



*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*

---

---

**La estrategia de la autoeficacia en la  
prevención de la obesidad infantil.**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LUISA FERNANDA GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

**DIRECTORA:**

**DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PEREZ MITRÉ**

**SINODALES:**

**DRA. CORINA CUEVAS RENAUD  
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi abuelita †**

A la Luz de mi vida, por ser como una segunda madre para mí, por todo tu amor, tus consejos y enseñanzas de vida, porque sin ti no sería lo que soy ahora. Estoy segura que desde donde estas, estas muy orgullosa de mi. Esto es para ti.

¡Te amo y te extraño mucho abu!

### **A mi madre**

Silvia, porque sólo puedo decirte ¡GRACIAS POR TANTO! Primero que nada por darme la vida, por tanto amor, por tanto trabajo y esfuerzo invertido en mí, por dármelo todo sin medida y porque gracias a eso estoy ahora en donde estoy. Esto es tuyo también, no fue fácil pero lo logramos mamá.

¡Te amo con todo mi corazón!

### **A mi hermana**

Isis, por haber llegado a mi vida y compartirlo todo. Por ser mi compañera y mi cómplice, por las risas y las peleas, y porque sé que pase lo que pase puedo contar contigo.

¡Te amo!

### **A un hombre maravilloso**

Alex, gracias por haber recorrido este camino a mi lado, por compartir conmigo triunfos y fracasos, alegrías y tristezas, por estar aquí sin importar nada y amarme sin condiciones.

¡Eres el mejor, te amo mucho!

**A una gran amiga**

Chivis, muchas gracias por todo, por guiarme durante todo este proceso, por brindarme tu confianza, tu cariño y tu comprensión, porque gracias a eso hoy puedo llamarte amiga.

¡Te quiero y te admiro mucho!

**A mi Directora de Tesina**

A la Doctora Gilda, por su amabilidad, orientación y valiosos aportes para la realización de este trabajo.

¡Muchas gracias!

**A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la  
UNAM**

Por hacer realidad este sueño realidad y ayudarme a cumplir una de tantas metas.

¡Gracias!

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CAPÍTULO I. OBESIDAD INFANTIL</b> .....	6
Definición.....	6
Diagnóstico.....	7
Clasificación .....	8
Epidemiología.....	9
Causas del sobrepeso y la obesidad infantil .....	11
Consecuencias del sobrepeso y obesidad infantil .....	13
Prevención de la obesidad infantil .....	14
Programas de intervención para el tratamiento de la obesidad en México.....	16
<b>CAPÍTULO II. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD</b> .....	23
Concepto de salud-enfermedad .....	23
Factores determinantes de la salud.....	24
Concepto de enfermedad .....	24
Prevención de la enfermedad.....	26
Promoción de la salud .....	27
Estilo de vida .....	31
Estilo de vida saludable.....	35
<b>CAPÍTULO III. AUTOEFICACIA</b> .....	39
Antecedentes teóricos de la autoeficacia .....	39
Definición de autoeficacia.....	42
Expectativas de autoeficacia y de resultado.....	43
Fuentes productoras de autoeficacia.....	44
Evaluación de la autoeficacia .....	45
Procesos activados por la eficacia .....	46
Autoeficacia y conductas de salud .....	47

Evidencia empírica de la relación de autoeficacia para la alimentación saludable, actividad física y control de peso en niños.....	50
<b>PROPUESTA DE TALLER</b> .....	66
Introducción .....	67
Justificación .....	68
Objetivo general .....	70
Objetivos específicos.....	70
Participantes.....	71
Materiales .....	71
Escenario .....	72
Instrumento de evaluación .....	72
Metodología.....	73
Procedimiento.....	73
<b>CARTAS DESCRIPTIVAS</b> .....	74
<b>CONCLUSIONES</b> .....	94
<b>REFERENCIAS</b> .....	96
<b>ANEXOS</b> .....	108

## **RESUMEN**

Actualmente, el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública, debido al incremento en la prevalencia observada en las últimas décadas, a su etiología multifactorial y a la gran cantidad de efectos negativos derivados de dicho trastorno. Al ser considerada una epidemia global, se hace presente la importancia de crear estrategias enfocadas en la prevención, haciendo énfasis en que las intervenciones relacionadas con hábitos alimentarios y estilos de vida deben empezar desde la infancia, por lo que es la mejor etapa para evitar la aparición o progresión de dicha enfermedad. La autoeficacia, por su parte, ha demostrado ser un factor de gran importancia en la motivación y esfuerzo para adoptar conductas saludables. Por lo anterior, el propósito de la presente propuesta\* es proporcionar a los participantes los conocimientos y habilidades necesarios que hagan posible un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida a través de la participación activa, por lo que se requiere la colaboración de niños de 4°, 5° y 6° de primaria de entre 8 y 13 años de edad, pertenecientes a una escuela de educación básica. Esta propuesta de taller está constituida por ocho sesiones con una duración de 2 horas cada una, distribuidas a lo largo de un mes, serán abordadas con actividades que promueven la autoeficacia a fin de prevenir la obesidad infantil. El instrumento a utilizar será el Inventario de Autoeficacia percibida para el control de peso adaptado y validado para niños (as). Para determinar el efecto del taller se espera encontrar un aumento significativo en la variable autoeficacia tras la aplicación del instrumento.

\*Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM "Programa para la formación del niño promotor de la salud alimentaria. Estrategia para la prevención de la obesidad".

## **INTRODUCCIÓN**

La obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas de salud más trascendentales debido al alarmante aumento en su prevalencia, situación por la que la OMS la denominó una epidemia global. De acuerdo con reportes de la OCDE (2013) a nivel mundial la población mexicana mayor de 20 años ocupa el segundo lugar con problemas de sobrepeso y obesidad; y la población infantil ocupa el primer lugar en sobrepeso. De 1980 a la fecha esta prevalencia se ha triplicado principalmente en la población adulta. En el año de 1988, el porcentaje en niños menores de cinco años era de 7.8% incrementándose a 9.7% para el 2012. De igual forma, en niños de 5 a 11 años su prevalencia alcanzó un 34.6% y en los jóvenes de 12 a 19 años un 35%.

Además de ser un problema de salud pública, es también una carga financiera importante ya que el costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos tipos de cánceres y atención de diabetes mellitus II), se incrementó en un 61% en el 2000-2008, al pasar de 26, 283 millones a por lo menos 42, 919 millones de pesos. Para el 2017 se estima que dicho gasto ascienda los 150, 860 millones de pesos (ANSA, 2010).

Partiendo de esto, resulta importante la creación de programas e intervenciones diseñados específicamente para mejorar la salud de las personas que padecen esta enfermedad o que estén en riesgo de adquirirla, de esta forma se previene la aparición de las comorbilidades asociadas y el impacto económico que produce dicho trastorno.

Dado que la niñez es la etapa en la que se consolidan diferentes hábitos y costumbres alimentarias y comportamentales es necesario implementar programas dirigidos a la creación de una cultura que involucre la realización de actividad física y estilos de alimentación apropiados desde temprana edad, con el fin de disminuir la problemática de la obesidad. Cuanto más temprano sea su inicio los beneficios a corto, mediano y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos (Gómez-Díaz, Rabago-Rodríguez, Castillo-Sotelo, Vásquez-Estupiñan, Barba, Castell, Andrés-Henao, Wachter, 2008).

Por otro lado, la autoeficacia es considerada la característica psicológica más importante para determinar cambios en la conducta y se refiere al conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones (Bandura, 1982, 1986, 1997, 1999). Por lo tanto, una persona con mayor autoeficacia tiende a comprometerse con mayor facilidad a un programa para mejorar sus hábitos saludables, adquiere los conocimientos suficientes y culmina determinada tarea con éxito que una con menor autoeficacia.

Por todo lo anterior, se realizó una investigación documental a cerca de la autoeficacia y su relación con la adquisición de conductas saludables, y se desarrolló una propuesta de taller para dar a conocer los principales factores asociados a esta enfermedad y otorgar recursos que posibiliten un cambio en el estilo de vida. Con esto se espera ofrecer a los niños y niñas la oportunidad de mejorar su salud a través de un aprendizaje activo, mejorando la comprensión de esta enfermedad y brindando herramientas a cada uno de ellos para que sea capaz de creer en la capacidad que poseen para poder realizar con éxito conductas saludables que se verán reflejadas en su salud con el paso del tiempo.

En el capítulo 1 se aborda el tema de la obesidad, se describen sus causas, consecuencias y epidemiología, así como algunos programas destinados a su prevención.

El capítulo 2 se describe el proceso salud-enfermedad y se trata la importancia de la salud y los estilos de vida.

El capítulo 3 está dedicado a explicar la importancia de la autoeficacia en la toma de decisiones, así como en la manera de actuar y pensar de las personas y se exponen las principales investigaciones que relacionan la autoeficacia con la adquisición de hábitos saludables en la infancia.

La propuesta consta de ocho sesiones, dos semanales durante un mes, en las cuales se trabajara: a) Definir que es la obesidad, así como sus principales características y complicaciones en la salud; b) Promover la autoeficacia como estrategia para un estilo de vida saludable; c) La realización

de prácticas vivenciales que ayudaran a los participantes a involucrarse más con el taller y con los beneficios del cambio que les espera, d) Reforzar la autoeficacia con cada actividad realizada y con cada respuesta dada por los participantes.

Finalmente se presentan las conclusiones obtenidas del presente trabajo.

## **CAPÍTULO I.**

### **OBESIDAD INFANTIL**

*“Que la comida sea tu alimento  
y el alimento tu medicina”.*

*Hipócrates*

El sobrepeso y la obesidad han tenido un dramático incremento a nivel mundial, en las últimas décadas se ha convertido en uno de los problemas más serios de salud pública, situación que ha generado un aumento en los costos de los sistemas de salud debido a sus comorbilidades asociadas (diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares).

#### **Definición**

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía el cual ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso (Vadillo, González, Garibay y García, 2013).

De acuerdo con la OMS (2016) el sobrepeso y la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que pone en riesgo la salud de la persona que la padece. Castro, Toledo, Macedo e Inclán (2012) la definen como un exceso de almacenamiento de energía en forma de grasa corporal, es decir, se caracteriza por un aumento del tejido adiposo que no guarda proporción con el depósito de proteínas, ni de carbohidratos.

Lizardo y Díaz (2011) la definen como una condición en la que hay un depósito excesivo de energía en forma de tejido graso en relación al valor esperado según sexo, talla y edad, con potenciales efectos adversos sobre la

salud, que a su vez repercute en el aspecto psicológico, social y educativo del individuo que la presenta (Reidl y Guillen, 2014).

## **Diagnóstico**

La clasificación de la obesidad durante la niñez resulta complicada, sobre todo por el hecho de que el cuerpo del niño está en continuo incremento de talla y modificación del peso corporal.

Uno de los métodos antropométricos más comunes que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla expresada en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). La OMS (1998) establece que una persona con un IMC  $\geq 25$  es tipificada con sobrepeso y obesa con IMC  $\geq 30$ .

Para poder definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad en niños se debe considerar primordialmente la edad y el sexo del individuo, puesto que estos índices tienden a modificarse ya sea que se trate de menores de dos años, niños en edad escolar (5 a 11 años) y adolescentes, esto se debe a que como se mencionaba anteriormente, el organismo de los niños experimenta una serie de cambios fisiológicos a medida que va creciendo. La OMS (1995) recomendó el uso del IMC para establecer los puntos de corte para definir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, estos valores son específicos para cada sexo y edad. Debido a la falta de unanimidad existen diferentes parámetros para el diagnóstico de la obesidad infantil. La IOTF recomienda utilizar normalmente el percentil 85 del IMC para definir sobrepeso y percentil 95 para definir la obesidad (Bellizi et al., 1999; Dietz & Robinson, 1998).

La obesidad comúnmente comienza en la infancia, entre las edades de 5 a 6 años y durante la adolescencia. Los estudios han demostrado que el adolescente que es obeso entre las edades de 10 a 13 años tiene un 80 por ciento de probabilidad de convertirse en un adulto obeso (American Academy of Child & Adolescent Psychiatric, 2008). En México, con relación a la elección para un determinado punto de corte se plantea que éste depende del objetivo que se persiga. Si el indicador define los beneficios de un programa de intervención, lo más recomendable es que el punto de corte tenga una alta

especificidad. El punto idóneo para definir sobrepeso es el centil 85. En la reunión del Consenso sobre Obesidad Infantil realizada por la Academia Nacional de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo,2002) se recomendó utilizar las gráficas de IMC del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2000).

### **Clasificación**

La obesidad infantil puede ser clasificada en función de cuál sea la causa, dependiendo del patrón de distribución de grasa corporal, del IMC, de la edad de comienzo de la obesidad y en función de la celularidad.

En función de la grasa corporal se puede clasificar la obesidad en:

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

Sobre la repercusión de las células adiposas Bilbao, Chávez y Juárez (2013) la clasifican en:

- a) Hiperplásica. Se caracteriza por el aumento del número de células adiposas.
- b) Hipertrófica. Se caracteriza por el aumento de volumen de los adipocitos.

De acuerdo a la edad de aparición la obesidad se clasifica en:

- a) Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia, la cual comienza de los dos años de edad. Cabe señalar que el criterio de consideración para el diagnóstico de obesidad dependerá del uso de percentiles de peso y talla por sexos (Chinchilla, 2005).

- b) Obesidad en el adulto la cual es más frecuente y su edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 40 años y se categoriza conforme a los puntos de corte establecido por la OMS, (1995) para este tipo de población (Chinchilla, 2005).

## **Epidemiología**

La obesidad se ha convertido en uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI, la prevalencia de obesidad en niños ha aumentado a escala mundial afectando a países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La OMS (2016) informó del impactante aumento que tuvo esta patología, ya que para el año 1990 se estimaba que el índice de personas que padecían sobrepeso y obesidad era de 32 millones incrementando de manera significativa en el 2013 donde la prevalencia ascendió a 42 millones y de mantenerse dichas tendencias, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso y obesidad aumentara a 70 millones para 2025.

El sobrepeso y la obesidad tomo importancia como problema de salud pública en el año de 1997, cuando una reunión consultiva de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió sobre el alto índice de prevalencia manifestada, considerándola como una peligrosa emergencia para la salud de la niñez. A raíz de esto, en 1998 en México se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Nutrición, la cual dio a conocer por primera vez la situación nutricia de cuatro regiones del país (Norte, Centro, Ciudad de México y sur) como a nivel nacional. En esta encuesta, las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad no representaban riesgo mayor para la sociedad ya que se detectó que un 10% de las mujeres de 12 a 14 años y 8% de las mujeres entre 15 y 19 años presentaban sobrepeso, en mujeres de edad reproductiva la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 10.2% y 14.6% respectivamente; y que tan solo de 5.3% de los menores de 5 años tenían sobrepeso y obesidad (en la región Norte la prevalencia eras de más de 7%, mientras que en el resto de las regiones se ubicaba en alrededor de 4% y 5%).

Tiempo después, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 mostró que en el ámbito nacional, el 30.6% de las mujeres de edad fértil tenían sobrepeso y 21.2% presentaban obesidad, viéndose más afectadas las mujeres de la

región norte del país ya que su prevalencia de sobrepeso y obesidad era de aproximadamente el 60%; en el Centro y la Ciudad de México, las tasas fueron similares a las nacionales y en el Sur la prevalencia fue ligera menor (49.9%). La comparación de los resultados de ambas encuestas mostró un aumento discreto de 0.8% en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años. Sin embargo, los resultados para niños en edad escolar (5 a 11 años), indicaron una tasa de 27.2%, por otro lado en la región Norte y la Ciudad de México la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 35.1% y 33.4% respectivamente, mientras que en el Centro y el Sur fue menor (25.4% y 21.9%). Para las edades de 10 a 17 años, un total de 18.8% de hombres adolescentes y 22.3% de mujeres adolescentes presentaron sobrepeso, así como 9.0% de hombres y 8.2 de mujeres presentaron obesidad. Para este año las tasas de prevalencia ya significaban mayor riesgo por lo que se volvió una situación de alarma a nivel nacional.

Si bien la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil a nivel mundial ha aumentado en los últimos años de forma alarmante en México se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en la infancia. La UNICEF (2013) establece que actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos, y es un problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.

En el 2012, la ENSANUT informó que la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad para población en edad escolar (5 a 11 años de edad) fue de 34.4% (19.8 y 14.6% respectivamente). Para las niñas esta cifra fue de 32% (20.2 y 11.8% respectivamente) y para los niños es casi 5 puntos porcentuales mayor 36.9% (19.5 y 17.4% respectivamente). Estas prevalencias representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar a nivel nacional y es considerada la cifra más alta registrada actualmente, ya que en 1999 la prevalencia de escolares con sobrepeso y obesidad fue de 26.9% (17.9 y 9.0 respectivamente), sin embargo, para 2006 está prevalencia aumento casi 8 puntos porcentuales obteniendo un 34.8%.

## **Causas del sobrepeso y la obesidad infantil**

La obesidad y el sobrepeso están asociados con un aumento en la morbilidad y con una disminución en la esperanza de vida; sin embargo, en tiempos pasados fue considerada como un signo de buena salud e incluso se asociaba a un bienestar económico y social. En la actualidad se vislumbra como lo que realmente es, una patología que conforme avanza, incrementa el riesgo de comorbilidades asociadas que disminuyen sustancialmente la calidad y expectativa de vida.

Uno de los principales factores que contribuyen al aumento del sobrepeso y la obesidad es la existencia de “ambientes obesogénicos”, es decir, la suma de las influencias que el entorno o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad en individuos o comunidades, y que simultáneamente actúan como barreras para mantener un peso saludable.

Ortiz-Pérez, Molina-Frechero, Martínez-Barbosa y Córdova-Moreno (2015) llevaron a cabo un estudio que incluyó a 1,456 escolares de ocho escuelas públicas de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México, cuyo objetivo fue analizar el contenido nutricional de los alimentos industrializados anunciados en televisión abierta con mayor audiencia infantil y la relación que guarda con la obesidad infantil. Los autores reportaron que se transmitieron 135 anuncios publicitarios no saludables y ninguno que promoviera el consumo de alimentos naturales o nutritivos. El 74% del tiempo fue ocupado por productos con alto contenido de carbohidratos y azúcar; el 17.5% por alimentos con alto contenido de grasa y sodio; y 8.5% correspondió a lácteos con alto contenido de azúcar. Los resultados del estudio muestran que la televisión mexicana realiza una promoción intensa de alimentos no saludables en la población infantil, por lo que los niños y niñas expuestos a la televisión tienen mayor riesgo de presentar obesidad ya que desplazan la actividad física y se encuentran frente a un monitor que promueve constantemente el consumo de alimentos industrializados de alta densidad energética, mientras ven programas infantiles ocasionando que los niños excedan sus requerimientos nutricionales,

aunado a esto, la falta de actividad física ocasiona una disminución de su tasa metabólica por estar en reposo, puede incrementar el riesgo de obesidad.

Como se observa en el estudio anterior, la promoción de alimentos con alto valor calórico y bajo índice nutricional ocasiona que las preferencias alimentarias se modifiquen, por esta razón, se lleva a cabo un estudio en el que se encuentran diversos hallazgos interesantes a cerca de las preferencias alimentarias de los niños en edad escolar, el primero de ellos es la confirmación del gusto por el sabor dulce de los alimentos el cual se refleja en el gusto por las frutas y alimentos dulces procesados como la leche saborizada, gelatinas y helados, en el segundo resultado se resalta la preferencia por alimentos con alta densidad energética y poco valor nutricio como pizzas o papas a la francesa (fritas) , (dentro de los 20 rimeros lugares de 70 alimentos evaluados), y por último se destacó la baja proporción de niños que les gustan las verduras (nopal, brócoli y calabaza, los más mencionados). Este patrón alimentario conformado con las características nutricionales de los alimentos calificados por los niños respecto a su agrado, lo que representa un elevado riesgo para su consumo y para la generación de sobrepeso y obesidad (Sánchez-García, Reyes-Morales y González-Unzaga, 2014).

Por otro lado, la inactividad física es considerada como el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en el mundo). Incluso, se estima que la falta de actividad física es la principal causa de aproximadamente un 21%-25% de los canceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2016).

Córdoba (2013) establece que al momento de recomendar actividad física en la población infantil se debe tomar en cuenta el desarrollo psicomotor del niño, por ejemplo, en preescolares se invita a realizar juegos libres con énfasis en la diversión, que no requieran organización y que incluyan pocas y sencillas instrucciones. Al grupo de infantes de 6 a 9 años actividades que mejoren habilidades motoras y el equilibrio introduciendo deportes más organizados cuyas reglas sean flexibles y su fin sea el entretenimiento y no la competencia. De los 9 a los 12 años de edad en la que los niños poseen la

capacidad de procesar instrucciones verbales e integran fácilmente la información, pueden realizar deportes más complejos como el basquetbol. También, a esta edad cuentan con la capacidad de iniciar con rutinas de entrenamiento bien estructuradas, al igual que el trabajo de fuerza usando pesos pequeños con un número de 15 a 20 repeticiones.

### **Consecuencias del sobrepeso y obesidad infantil**

De acuerdo con Kaufer & Toussanit (2008 p.285) se clasifican en:

A) Inmediatas. Se observa un incremento de las alteraciones ortopédicas como el pie plano, resistencia a la insulina, incremento de andrógenos, aumento de colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos, así como alteraciones pulmonares, menstruales, diabetes tipo 2 y psicológicas, como una autoimagen deteriorada.

B) Mediatas. Cuatro años posteriores a la aparición de la obesidad, se incrementa el riesgo de presentar, adicional a las manifestaciones inmediatas: hipercolesterolemia, lipoproteínas de baja densidad altas, lipoproteínas de alta densidad bajas y un incremento de 10 veces la hipertensión arterial.

C) Tardías. Aparecen cuando la obesidad se manifestó hasta la edad adulta ocasionando elevadas incidencias y prevalencias de enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal, aterosclerosis y artritis.

Por otro lado, algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este periodo con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos (Liria, 2012).

Las enfermedades crónicas asociadas con el exceso de peso no solo afectan la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo individual y social en costos de salud. Datos de la Secretaría de Salud del 2008 mostraron que el costo total de los gastos por daños a la salud asociados con adiposidad excesiva fue de 42,000 millones de pesos, equivalente al 13% del gasto en salud (0.3% del PIB), y se estima que para el año 2017 el costo podría

llegar a los 151 mil millones de pesos, situación que, aunque pudiera ser sostenible económicamente, no está solucionando la problemática y no previene la incidencia de la obesidad y las enfermedades asociadas a ésta, las cuales son incurables, costosas e incapacitantes (Gutiérrez-Delgado *et al.*, 2012).

### **Prevención de la obesidad infantil**

Debido al impacto social, económico y biológico que tiene la obesidad, se ha intensificado la búsqueda de las causas, consecuencias y soluciones del problema. Actualmente en la etiología participan determinantes genéticos, congénitos, sociales y culturales, pero la asociación que más impacto tiene sobre una acumulación excesiva de grasa es el cambio en el patrón de alimentación en conjunto con un estilo de vida sedentario, que están influidos por la adopción de nuevas conductas culturales

Castillo-Ruiz, Téllez-Luis y Rodríguez-Castillejos (2013), realizaron una revisión sistemática de los factores que influyen en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil para poder evaluar la efectividad de los mismos, donde proponen los siguientes puntos:

a) La prevención de la obesidad debe comenzar desde el primer año de vida, observando la altura y el peso; se debe incluir a la familia fomentando formas adecuadas de alimentación y estimulando la actividad física, pero también al entorno social. Aunque por otro lado se menciona que un programa de prevención efectivo debe iniciarse durante el embarazo y llevar un seguimiento a lo largo de la vida del niño. Estos programas deben estar enfocados en dos aspectos fundamentales: el ambiente obesogénico y los estilos de vida.

b) La modificación de la conducta alimentaria, el estímulo de la actividad física y el soporte emocional son los pilares para el tratamiento de la obesidad en el niño, el adolescente y el adulto. Con los niños principalmente se requiere de la participación activa de la familia para mantener una supervisión más directa y cercana con el mismo; y el fomento de hábitos de vida y la escuela son buenos lugares para fomentar actividades físicas efectivas y dar apoyo a

los niños con programas de educación nutricional y alimentaria. Además del entrenamiento para el personal de salud sobre manejo del sobrepeso y obesidad.

c) Enfoque multidisciplinar en donde el nutricionista, el psicólogo y el pediatra deben estar implicados y trabajar conjuntamente. Los tratamientos que resultan más eficaces son la dieta, la promoción de la actividad física, las técnicas de modificación de conducta, la farmacoterapia y la cirugía bariátrica intentando influir sobre uno o más de los factores conductuales, sociales, culturales, genéticos, metabólicos y hormonales que intervienen en el desarrollo de la obesidad.

d) Manejo dietético. Es importante ajustar las calorías de acuerdo con la edad y elaborar un programa de alimentación saludable que prevenga los trastornos metabólicos y optimice el balance energético. Debe considerarse, además del aporte calórico, el tipo de alimento, las combinaciones y horarios de comida.

Además de la Secretaria de Salud (2012, p.2-19) señala las siguientes recomendaciones en la Norma Oficial Mexicana NOM-043.

- Consumo de tres comidas y dos colaciones
- Los carbohidratos deben aportar de 60% a 65% del total de la energía de la dieta.
- Frutas y verduras regionales y de la estación, crudas y con cascara.
- Consumos de cereales de grano entero y derivados integrales son azúcar adicionada y tubérculos.
- Consumo de carnes blancas como pescado, aves como pavo y pollo sin piel y de carne magra, horneadas, cocidas a la parrilla.
- Preferir leche semidescremada o descremada.
- Incluir alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.

- Combinar cereales con leguminosas.
- Consumir agua natural
- Moderar el consumo de alimentos con alto contenido de azúcares refinados (botanas, golosinas, bebidas azucaradas y refrescos embotellados), colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sodio.
- Preferir aceites vegetales.
- Moderar el consumo de alimentos ahumados, embutidos y alimentos preparados al carbón o leña.
- Desayunar antes de ir a la escuela, y que los refrigerios sean de fácil conservación y contribuyan a la integración de alimentación correcta.
- Establecer horarios de alimentación.
- Procurar una correcta masticación; aprender a saborear los alimentos.
- Promover un ambiente de comida agradable; buscar la convivencia familiar.
- Evitar distracciones al comer, así como premios o castigos relacionados con la alimentación.
- Considerar productos dietéticos a discreción.
- En el caso de escolares, y sobre todo adolescentes, involucrados en la selección y preparación de los alimentos

### **Programas de intervención para el tratamiento de la obesidad en México**

En México se han desarrollado varios programas a lo largo de los años para combatir la obesidad y disminuir la carga de enfermedades no transmisibles relacionadas a ésta, algunos de estos programas son:

➤ 5 x día

La Fundación 5xDía, A.C. es una asociación, constituida en el año 2003, enfocada en mejorar los hábitos alimenticios de la población de México, promoviendo el consumo de frutas y verduras a través del programa “5 x Día”, procurando acercar a México a la meta de la OMS de consumir 400 gramos de frutas y verduras diariamente por persona (cinco por día, 2015).

El programa tiene el objetivo de promover la sana alimentación de la población mexicana, basándonos en el consumo de 3 Porciones de Verduras y 2 Porciones frutas al día. Además se brinda información de los beneficios de las frutas y verduras y se brinda conocimiento oportuno para mejorar la salud (Fundación cinco por día, 2015).

➤ PrevenIMSS

PrevenIMSS, es un programa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se realizó en el año 2004 dirigido a toda la población que estuviera adscrita a las unidades de medicina familiar y a los beneficiarios del programa IMSS-Oportunidades (IMSS, 2015).

➤ PrevenISSSTE

El Programa Preventivo Personalizado y Masivo de Salud, “PrevenISSSTE cerca de ti” inició en el 2010, con el objetivo de acercar la atención preventiva a los derechohabientes, se implementó una plataforma electrónica, herramienta que ofrece información en relación a factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de próstata, sobrepeso y obesidad así como abuso de sustancias como el alcohol, tabaco, drogas), brindando recomendaciones, mejorando las determinantes de salud y estimulando hábitos y conductas saludables.

Se busca otorgar atención preventiva a los derechohabientes con el fin de modificar su estilo de vida hacia uno más saludable; fomentar el autocuidado de la salud, identificar y controlar riesgos en salud, establecer diagnósticos tempranos, propiciar tratamientos oportunos y en consecuencia

prevenir y retrasar complicaciones ocasionados por las enfermedades crónicas degenerativas. Además se invita a la población a checar su peso, medirse en la alimentación y moverse.

Se establecieron consultorios en las Clínicas de Medicina Familiar y Clínicas Hospital, para la atención y empoderamiento de los derechohabientes que como resultado de la Evaluación de Riesgos en Salud (ERES) solicitan revisión integral con su médico.

➤ Muévete y métete en cintura

Es una campaña lanzada en 2008 que contempla diversas acciones focalizadas en diferentes entornos sociales, con la finalidad de promover una cultura de la alimentación saludable y de la actividad física entre todos los sectores de la población. La campaña se fundamenta en el desarrollo de seis estrategias con el propósito de lograr una cobertura más amplia de la población en sus entornos y actividades habituales, en cada una de las cuales se emplean diferentes acciones de acuerdo a las características del entorno:

- ✓ Muévete por tu Salud, se realizan actividades de promoción de la salud, alimentación correcta y fomento de actividad física. Además se contribuye al tratamiento dietético de los usuarios de los servicios de salud a través de diversos materiales y capacitaciones.
- ✓ Muévete en la Oficina, con la finalidad de disminuir el sobrepeso u obesidad en los oficinistas, se realizan rutinas de ejercicios de 10 minutos y se difunden mensajes de alimentación correcta y manejo positivo del estrés; se apoya con un video con rutinas a tiempo real, carteles y folletos para las personas que laboran en oficinas.
- ✓ Muévete en la Ciudad, difusión de mensajes clave de la campaña en espacios públicos. Se cuenta ya con 3 puntos de reunión para realizar actividad física en Paseo de la Reforma, dentro del Programa Muévete en Bici.
- ✓ Muévete en la Escuela, se apoya con pláticas de lonchera saludable, orientación con manteletas informativas del Plato del Bien Comer, así

mismo se participa activamente con rutinas de ejercicios didácticos y dinámicos.

- ✓ Muévete en el Parque, se participa en Jornadas y Ferias de Salud, promoviendo por medio de juegos la adopción de hábitos correctos de alimentación y la realización de actividad física.
- ✓ Muévete en lo cotidiano, se otorga información y orientación alimentaria en espacios de afluencia de personas con el fin de fomentar la incorporación de la actividad física en la vida cotidiana de los habitantes de la Ciudad de México de todas las edades (SSa, 2015).

➤ Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad

Fue una estrategia creada en el 2010, con un programa de acción en el contexto escolar, su objetivo fue desarrollar competencias a alumnos, padres, maestros y directores, para una vida saludable con énfasis en hábitos alimentarios correctos y actividad física, de esta manera prevenir, revertir y disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de educación básica (SEP, 2010).

➤ Plan de acción 2008-2013

Fue establecido por la OMS en el 2008 como la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, por lo que se creó este plan de acción de 6 años, uno de los objetivos era fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. Busca establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2013)

➤ Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, obesidad y la diabetes

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, obesidad y la diabetes (SSa,2015), promueve la construcción de una política

pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población, involucrando a los sectores público y privado, así como la sociedad civil. El objetivo es mejorar los niveles de bienestar de la población mexicana y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus.

Las acciones se dirigen a toda la población, particularmente a escolares y personas con sobrepeso y obesidad, así como las que padecen enfermedades no transmisibles, principalmente diabetes.

➤ Chécate, mídete, muévete

Es una campaña que se desprende de la “Estrategia Nacional contra el sobrepeso, obesidad y diabetes” encaminada a contener el aumento de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Promueve un estilo de vida saludable y sus beneficios individuales, familiares y sociales, a través del fomento y la promoción de la activación física y una alimentación saludable (SSa, 2015).

En ella se propone que cada individuo debe ser responsable de su propio cuidado, es decir, del autocuidado de la salud a través de tres pilares fundamentales:

- ✓ ¡CHÉCATE! regularmente:
  - Tu peso
  - Circunferencia de cintura
  - Tu presión arterial
  - Tus niveles de glucosa

✓ ¡MIDETE!

Modera tu consumo de sal, azúcar y grasa pues son sustancias que cuando se consumen en exceso se relacionan con el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer, entre otros.

✓ ¡MUÉVETE!

Practicar ejercicio con regularidad te puede ayudar a:

- Disminuir la grasa corporal
- Prevenir enfermedades y mantener la salud.
- Normalizar las cifras de glucosa, presión arterial y grasa (SSa, 2015)

➤ 5 pasos por la salud escolar

Tiene como objetivo la promoción de estilos saludables dentro del contexto escolar dado que es el lugar ideal para brindar orientación alimentaria y estilos de vida saludables y de este modo actuar en preservación de la salud y alcanzar una buena calidad de vida. Estos cinco pasos son:

- ✓ 1) Actívate. Fomenta la actividad física individual y colectiva, la recomendación son 30 minutos para adultos y 60 minutos para niños (as) y adolescentes.
- ✓ 2) Toma agua. Se recomienda que diariamente se consuman de seis a ocho vasos de agua simple potable debido a que es un elemento esencial para el buen funcionamiento del cuerpo y mantenimiento de un correcto estado de hidratación.
- ✓ 3) Come verduras y frutas. Este paso sugiere consumir 5 frutas y verduras al día ya que brindan importantes beneficios como fortalecer el sistema inmunológico, gracias a su fibra dietética mejora el tránsito intestinal además de que aporta diferentes colores a los platillos haciéndolos más apetecibles.

- ✓ 4) Mídete. Tiene como finalidad aprender a moderar conductas de riesgo para la salud, como el sedentarismo, comer en exceso o muy poco, el consumo excesivo de bebidas azucaradas, la violencia, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, el abuso sexual y otros aspectos importantes.
  
- ✓ 5) Comparte. Mantener un buen estado de salud física y emocional se facilita si todos los pasos expuestos son compartidos con gente del entorno escolar, familiar y en la comunidad. Realizar actividad física, practicar algún deporte, brindar apoyo a los que están alrededor y comer en familia proporciona un sentido de pertenencia a grupos saludables. Otro de sus beneficios es poder recibir apoyo de otras personas ayudando a detectar conductas de riesgo entre pares (SSa, 2015).

## **CAPÍTULO II.**

### **PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD**

*“La salud es la riqueza real y  
no piezas de oro y plata”.*

*Mahatma Gandhi.*

#### **Concepto de salud-enfermedad**

Lograr definir el concepto de salud no ha sido una tarea sencilla, ya que a lo largo del tiempo ha sufrido diversas modificaciones, que obedecen principalmente a las características propias de cada lugar y momento histórico.

Hasta el momento, la definición más aceptada es la que otorga la Organización Mundial de la Salud en 1946, quien la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición incorpora el factor social como determinante de la salud, además de los factores físico y mental tradicionalmente considerados, lo que produjo un cambio sustancial porque la salud dejó de ser considerada exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social (Mittelbrunn, 2013).

Por otro lado, Briceño-León (2000) establece que “la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15). Es decir, que todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que interactúan unos con otros, por lo que preservar la salud depende de la capacidad de controlar la interacción entre los factores físicos, biológicos, económico-sociales e incluso el espiritual.

Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas (Alcántara, 2008).

## **Factores determinantes de la salud**

En 1974, el informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprensivo para los determinantes de la salud, identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad se clasificaron de la siguiente manera:

- **Biología humana:** Se incluyen aspectos de salud física y mental desarrollados en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
- **Medio ambiente:** Engloba todos los fenómenos relacionados con la salud externos al cuerpo humano, sobre los cuales las personas tiene poco o ningún control.
- **Estilos de vida:** Conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre los cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
- **Organización de los servicios de la atención en salud:** consiste en la cantidad, calidad, ordenamiento, naturaleza y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud (Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacio, 2010 p. 131).

## **Concepto de enfermedad**

El vocablo “enfermedad” proviene del latín infirmitas-atis que significa “falta de firmeza” y hace referencia a las alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. De acuerdo con la OMS, la enfermedad es “una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS, 1948).

El diccionario médico de Stedman (Stedman’s Medical Dictionary) (26th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1995 citado en Schoenbach, 2000) define enfermedad como:

1. Una interrupción, cese o trastorno de las funciones, sistemas u órganos del cuerpo;

2. Una entidad mórbida caracterizada habitualmente por lo menos por dos de los siguientes criterios: uno o más agentes etiológicos reconocidos, grupo de signos y síntomas identificables, o alteraciones anatómicas consistentes.
3. Literalmente en inglés “dis-ease”, lo opuesto de “ease” (calma, tranquilidad,) cuando algo no está bien con una función corporal (Schoenbach, 2000 p. 61).

La enfermedad, es un proceso dinámico condicionado por múltiples factores que afectan al individuo y a su salud, se puede modificar o intervenir en diferentes etapas de su desarrollo. Las medidas de intervención para la enfermedad deben aplicarse lo antes posible para prevenir sus secuelas.

Cualquier enfermedad o proceso mórbido es resultado de un cambio. Los agentes causales o factores de riesgo presentes en el ambiente interaccionan, y después de un periodo de incubación variable, suele ser corto en las enfermedades infecciosas transmisibles y los accidentes, y largo en las enfermedades crónicas no transmisibles. La mayor o menor sensibilidad a la enfermedad está condicionada en gran medida por la carga genética y el ambiente socioeconómico prevalente. En ausencia de tratamiento, esta sigue su curso natural a la curación, la cronicidad, la invalidez o la muerte. Con tratamiento si es eficaz, el curso se modifica favorablemente hacia la mejora del nivel de salud.

Por lo que Leavell y Clark (1958 citado en Carrada-Bravo, 2000) en su historia natural de la enfermedad distinguen tres periodos:

1. Periodo Prepatogénico: Se caracteriza porque están presentes ciertos factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Todas las intervenciones que se aplican en este período se categorizan como prevención primaria y resultan en una menor incidencia de enfermedad.
2. Periodo Patogénico: Consta de dos fases, el presintomático y el de enfermedad clínica. En el primer caso no hay signos manifiestos de la enfermedad. en el estado clínico, los cambios de los órganos y tejidos

son ya suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el sujeto. Todas las intervenciones que se aplican en este periodo se llaman prevención Secundaria. No disminuyen la incidencia, es decir resultan la misma cantidad de casos nuevos. Sin embargo se puede tratar anticipadamente cuando la enfermedad está en un periodo de poco avance con el objeto de que evolucione mejor.

3. Desenlace del proceso: Esta etapa es considerada como las secuelas de la enfermedad expresadas en incapacidad, cronicidad, recuperación o muerte. Las intervenciones que se aplican en este período se llaman prevención terciaria (Carrada-Bravo, 2000 p. 57).

### **Prevención de la enfermedad**

La prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y crear cambios de conductas en las personas, anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo, así como reconocer los ambientes que resulten nocivos para la salud.

El término prevenir tiene como significado “preparar, llegar antes de; disponer de manera que se evite un daño o un mal, impedir que se realice” (Ferreira, 1986 en Czereznia 1999). Ante esto, Leavell y Clarck explican que la prevención en salud exige realizar una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad.

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 (OMS, 1998).

Las acciones preventivas se clasifican tres niveles:

- Prevención primaria. Tiene por objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades. Desde el punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia.

- Prevención secundaria. Actúa cuando la prevención primaria no ha existido o si ha existido pero fracasa. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno, por lo que en algunos casos mejora el pronóstico de la afección en relación al tratamiento efectuado después del diagnóstico habitual. Su principal objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad.
- Prevención terciaria. Ocurre cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está bien establecida y ha pasado a la cronicidad, hayan aparecido o no secuelas (limitación funcional somática o psíquica). Su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades si es que existen. En este caso la rehabilitación y reinserción social del enfermo con objeto de que se pueda valer y cuidar por si solo y se pueda integrar a su vida normal en la sociedad son fundamentales. (Salleras, 1994 p. 8).

Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) afirman que la prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma; es decir, la prevención se centra en la enfermedad y la promoción, en la salud.

### **Promoción de la salud**

La promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad debido a que se constituye de una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamientos relacionados con la salud y al desarrollo de estilos de vida saludables y sostenibles, contribuyendo así, al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad provocando la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad (Arredondo, 1992).

En 1946, Henry Sigerist fue el primero en usar la palabra promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida por el otro. Este autor afirmó que “la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación” (Sigerist, 1946 citado en Molina, 2010 párrafo. 3)

Kickbusch (2001) define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no adictivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de una persona.

En la carta de Ottawa (1986) se señala que la promoción de salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. Dentro de dicho documento se destacaron los prerrequisitos para la salud como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

En la Carta de Ottawa (OMS; 1986 p. 3) quedaron establecidas cinco funciones básicas necesarias para la promoción de la salud:

a) Elaboración de una política pública sana.

La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles. Su objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

b) Creación de ambientes favorables.

Impulsa la acción recíproca entre las personas, a protegerse entre sí y a cuidar su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, segura y estimulante. Procura que la protección y conservación de los recursos naturales sean prioridad de todos.

c) Reforzamiento de la acción comunitaria.

Radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza de este proceso proviene del poder y el control que tenga el individuo y la comunidad sobre sus propios destinos.

d) Reorientación de los servicios de salud.

Aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

Por lo anterior, se establece que hablar de promoción de salud, es hablar de una estrategia encaminada principalmente a desarrollar procesos y actividades tanto individuales como sociales con la finalidad de modificar conductas de riesgo y la adopción de un estilo de vida más saludable (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010). De igual forma, apunta a que las

personas y comunas tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y poblaciones saludables.

Como lo señala la Secretaria de Salud, para la población mexicana la promoción de la salud es fundamental para proteger y mejorar la salud de sus habitantes. Es considerada una acción política, educativa y social encargada de concientizar a la población sobre su salud ya que promueve estilos de vida saludable y acciones comunitarias encaminadas a resguardarla. Brinda oportunidades y posibilidades a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades para la creación de ambientes, sistemas y políticas que favorezcan a la salud y al bienestar de la población. No se trata únicamente de crear acciones dirigidas a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas, sino a desarrollar un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre los determinantes de salud y en consecuencia mejorarla (Secretaria de Salud, 2012).

El concepto de promoción de salud también ha sido definido como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y en consecuencia mejore. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él (Oblitas, 2010).

Una descripción más completa para facilitar la comprensión de este concepto es la que proporciona Nutbeam (1986 citado en Restrepo, 2001), quien menciona que la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo, mejorar su estado de salud (OMS, 1998 p. 10). Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de la promoción de la salud, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos autores este constructo se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo se acepta que hay algunas intervenciones promocionales en el ambiente personal, dirigidas a lograr cambios conductuales conocidos como *estilos de vida*. En el ámbito social, es en donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante, es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento (Restrepo, 2001).

El principal objetivo de la prevención es desarrollar recursos que eviten la aparición de la enfermedad. Por lo que deben realizarse acciones anticipatorias a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir el riesgo de contraer alguna enfermedad.

### **Estilo de vida**

El termino estilo de vida ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica y la epidemiología, aunque con significados diferenciados, la finalidad es la misma ya que la mayoría de las definiciones convergen en que son procesos sociales, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar.

Revisiones históricas señalan que los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX, siendo los sociólogos Karl Marx y Max Weber los primeros en hacer aportes al concepto de estilo de vida. Estos autores enfatizaron los determinantes sociales (nivel educativo, estatus social y puesto ocupacional) de su adopción y mantenimiento. Desde este enfoque, el estilo de vida es considerado un patrón de actividades o conductas que los individuos

eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social (Universidad de Sevilla, 2015).

A principios del siglo XX, en el ámbito de la psicología, aparece Alfred Adler produciendo un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Por lo tanto, desde esta perspectiva se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor (Hernández, 2010).

Posteriormente, durante la segunda mitad del siglo XX, la antropología también incorpora el término estilo de vida en sus trabajos para designar el rango de actividades en las que se implica un grupo. Esta disciplina enfatiza la importancia de la cultura, a diferencia de la sociología, quien hace mayor hincapié en los determinantes socioeconómicos.

De igual manera, en la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término estilo de vida ha tenido más impacto ha sido el área de la salud. En los años 50 empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre salud pública y el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas.

Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. Este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida (Hernández, 2010).

Pese a que el modelo biomédico fue considerado reduccionista debido a que afirmaba que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad, contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud logrando hacer más consiente a la población de que algunas de sus conductas ocasionaban riesgos para la salud.

Por otro lado, aunque han surgido muchos intentos de conceptualizar que es estilo de vida, todavía no existe una definición consensuada. Aún más,

los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos (Universidad de Sevilla, 2015).

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir *estar en el mundo*, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales (Guerrero & León, 2010).

Desde el punto de vista de la epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, unas veces son saludables y otras nocivas (Perea, 2004).

En 1986, la OMS definió estilo de vida como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (Cerón, 2012).

Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos por las personas de entre todas las alternativas disponibles, de acuerdo con circunstancias socioeconómicas y transculturales. Los estilos de vida incluyen preferencias relacionadas con la alimentación, actividad física, ingesta de alcohol, consumo de tabaco u otras drogas, educación en salud, actividades recreativas y de esparcimiento, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo ( Ruiz-Sandoval et. al., 2010).

Sanabria-Ferrad, González y Urrego (2007) consideran el estilo de vida como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y desiciones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el individuo interactúa con la sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que

se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales.

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Está relacionado con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por lo tanto alude a la forma personal en que el individuo se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. Actualmente, la familia es considerada un grupo particular con condiciones de vida similares, ya que posee un estilo de vida único que determina la salud del sistema y la de cada uno de sus miembros, concibiéndose así la categoría de estilo de vida familiar (Espinosa, 2004).

Lalonde (1974 citado en Rodríguez, 2015) menciona que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo respecto a su salud, y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Espinosa (2004) refiere que el estilo de vida y la actividad cotidiana condicionan el proceso de salud-enfermedad del sujeto, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, su vida sexual, entre otras actividades. Las actividades realizadas cotidianamente que integran el modo de vida de la población facilita conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico- epidemiológico y la promoción de la salud. Lo mismo ocurre con el estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico.

Se puede concluir que el estilo de vida ayuda a prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales, por lo que actualmente diversas investigaciones centran su atención en indagar como repercuten los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las

personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad.

### **Estilo de vida saludable**

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

En la actualidad, el estilo de vida saludable es considerado como un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental.

Marqués-Molías et al. (2009) mencionan que la adopción de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar o mantener un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. Algunos de ellos fueron descritos por Jackson de la siguiente manera:

1. Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
2. Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
3. Factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y esta, a su vez influye en los valores y en la experiencia de las personas.
4. Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
5. La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.

6. Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita (p. 79)

Maya (2001) define los estilos de vida saludables como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Rodríguez y Maza (2015) mencionan que si el estilo de vida de salud estudia la expresión cotidiana de individuos o grupos asociado a aquellos factores psicosociales que la determinan, posiblemente se alcancen niveles de conocimiento más explicativo, posibilitando que las campañas educativas, de promoción y prevención de la salud, se basa en el estudio de la interrelación de tales factores para su desempeño y reconozcan los límites de su alcance. Pero las conductas de salud constituyen el estilo de vida al igual que el resto de conductas y comportamientos de las personas no son innatas, el estilo de vida se va configurando y adquiriendo a lo largo del proceso de desarrollo humano.

El estilo de vida relacionado con la salud se caracteriza por:

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, "hábito".
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente (De la Cruz & Pino, 2009 p. 2).

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas distintas: en la primera de ellas se valoran factores individuales en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, dentro de esta se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno. A lo largo del desarrollo humano se establecen interacciones entre

ambos contextos, estableciendo patrones adaptativos de conducta conocidos como *estilo de vida relacionado con la salud*, determinados por cada uno de los factores anteriormente mencionados. A continuación se detallará con más precisión cada uno de los factores presentes en cada una de las perspectivas que determinan el estilo de vida saludable, estos son:

### **1. Genética y biología**

Como especie, nuestro genoma se ha adaptado al ambiente y circunstancias en las que hemos evolucionado, de forma que una alteración de las mismas, como el ambiente que disfrutamos hoy en los países desarrollados, supone un desfase que ha propiciado la aparición de problemas de salud, siendo el principal de ellos la obesidad. Lo anterior provocó el desarrollo de una nueva área de conocimientos llamada medicina evolucionista o Darwinista que pretende estudiar la salud bajo una perspectiva evolutiva. El sexo, la edad y otras características biológicas pueden ser también determinantes de la salud (De la Cruz & Pino, 2009 p. 3).

### **2. Conductas habituales**

Ligadas a los factores genéticos y biológicos, estas conductas condicionan la salud de los sujetos. Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada se considera como elemento fundamental para preservar la salud de los individuos. Así, encontramos que la alimentación es un factor que influye no sólo en el desarrollo de la obesidad y patologías asociadas. La práctica de actividad física habitual es, junto a la alimentación, una de las conductas con mayor relevancia para el mantenimiento de la salud, independientemente del sexo y de la edad de la persona (De la Cruz & Pino, 2009 p. 3).

Las variables de contexto que más frecuentemente se abordan son:

#### **1. El entorno afectivo próximo**

Las relaciones sociales determinan en gran medida, la adopción de gran parte de nuestras conductas habituales, por ejemplo, es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo. La

alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar, encontrando que existe agregación familiar en la prevalencia de obesidad o en los patrones habituales de activación física (De la Cruz & Pino, 2009 p. 4).

## **2. Aspectos sociales y económicos**

En epidemiología, se ha estudiado la influencia de variables socioeconómicas, encontrando que, en función del nivel de ingresos, se establece el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que parece que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente relacionados. Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Un factor que puede guardar relación con la salud son las características del entorno que se habita. Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no solo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales (De la Cruz & Pino, 2009 p. 4).

## **3. Determinantes medio-ambientales**

Las condiciones del entorno pueden determinar la salud de las personas; de hecho el deterioro de ciertas condiciones ambientales aumenta la prevalencia de problemas de salud. Las características del entorno físico de residencia son además objeto especial de estudio debido a la importancia del mismo en los hábitos de vida y la salud de las personas consistente (De la Cruz & Pino, 2009 p. 5).

De acuerdo con lo señalado, se calcula que en la actualidad, el efecto que produce el vivir una vida sana sin riesgos, es tan importante que influye de manera notable en una mayor esperanza de vida. Los individuos que adoptan un estilo de vida sano alcanzan a aumentar su longevidad entre el 30 y el 40% en relación a la longevidad actual (San Martín, 1997).

### **CAPÍTULO III.**

## **AUTOEFICACIA**

*Nuestro cuerpo son nuestros jardines,  
nuestras voluntades son nuestros jardineros.*

*William Shakespeare.*

La autoeficacia es un constructo que ha cobrado relevancia en los últimos años debido a que representa un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción, lo que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones (Prieto, 2003). Debido a la gran influencia que ejerce sobre la conducta humana, la autoeficacia se ha encargado de esclarecer las relaciones positivas existentes entre conceptos como la adopción de conductas saludables y la práctica de actividad física para poder elaborar programas efectivos de prevención de obesidad en escolares.

#### **Antecedentes teóricos de la autoeficacia**

Diversas teorías influyeron en la creación del concepto de autoeficacia, la principal fue la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, identificada en un primer momento como Teoría del Aprendizaje Social. En la Teoría Social Cognitiva, el aprendizaje era concebido como la adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información, en donde la parte social será patente en su reconocimiento del origen social de los pensamientos y acciones humanas y la dimensión cognitiva en el reconocimiento de la contribución de los procesos de pensamiento a la motivación, la emoción y la conducta humana (Bandura 1987).

Bandura (1986) describe el comportamiento desde la Teoría Social Cognitiva en una reciprocidad trídica del funcionamiento humano, el cual sostiene que el aprendizaje se produce por la determinación de tres elementos: factores personales, ambientales y conductuales que operan de forma interactiva como determinantes recíprocos. En este enfoque la conducta asume

un papel excepcional en la forma en la que el individuo afecta a las situaciones las cuales a su vez determinarán sus pensamientos, emociones y conducta.

La Teoría Social Cognitiva subraya la importancia de lo que Bandura denominará *Autosistema*, entendido por tal al conjunto de procesos por lo que el hombre regula su conducta a través de criterios internos y reacciones autoevaluadoras, como la capacidad simbolizadora, capacidad de previsión, capacidad vicaria, capacidad autorreguladora y la capacidad de autorreflexión.

La capacidad simbolizadora, permite a los seres humanos contar con un poderoso medio de cambio y adaptación al entorno que otorga una gran flexibilidad y permite trascender la propia experiencia sensorial. Esta capacidad permite al individuo representar cognitivamente su entorno y de esta forma ensayar de forma simbólica posibles soluciones a situaciones problemáticas que esté presente; generar nuevos cursos de acción; otorgar significado, forma y continuidad a las experiencias vividas así como anticipar cognitivamente acontecimientos futuros (Bandura, 1986).

Bandura (1987, citado en Olaz, 2001) indica que la capacidad de previsión permite a las personas motivarse y regular sus actos convirtiendo las consecuencias probables en motivadores cognitivos eficaces. Por medio de esta capacidad los sujetos predicen las consecuencias más probables de sus acciones futuras, se ponen metas a sí mismos y planifican cursos de acción para ocasiones previstas del futuro. Esta capacidad puede dar lugar a una conducta incluso cuando las condiciones presentes puedan no ser idóneas para ello, otorgándole a esta mayor flexibilidad y autonomía a los determinantes del entorno presente. La representación de los acontecimientos futuros tiene un importante rol causal en la conducta presente del individuo. La previsión se traduce en acción mediante la ayuda de mecanismos de autorregulación. Por su parte, la capacidad vicaria o del aprendizaje mediante la observación permite a los seres humanos la rápida adquisición de patrones de conducta nuevos y de habilidades complejas sin tener que recurrir al ensayo y error. Más aún, algunas capacidades complejas específicamente humanas, tales como las habilidades lingüísticas solo pueden adquirirse por aprendizaje

vicario. Esta capacidad ocupa un lugar primordial en lo que respecta a la transmisión de conductas por medio de señales sociales.

Bandura (1987) menciona dos capacidades fundamentales en el ser humano relacionadas al autosistema, la primera de ellas, es la capacidad autorreguladora y la capacidad de autorreflexión. Para esta teoría gran parte de la conducta del ser humano está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios actos. Mediante esta capacidad las personas determinan sus propios cursos de conducta. Una vez que los criterios internos de evaluación han sido establecidos, el ser humano los utiliza para evaluar sus actuaciones. Las discrepancias entre la actuación y los criterios internos activan las reacciones autoevaluadoras que sirven para influir en la conducta posterior. De esta manera, creando condiciones ambientales facilitadoras, utilizando métodos cognitivos y por medio del autorreforzamiento el individuo ejerce una función regulatoria sobre sus propios actos y sobre su motivación. Desde esta perspectiva, subrayar la importancia de esta capacidad no significa desconocer la importancia de las influencias ambientales, ya que los factores de entorno afectan continuamente los componentes del autosistema y las funciones autorreguladoras tienen su origen en éstos (Bandura, 1987 citado en Olaz, 2001).

Por último, la capacidad de autorreflexión, permite a la persona analizar sus experiencias y reflexionar sobre sus procesos mentales, alcanzando de esta forma un conocimiento genérico de sí mismo y el mundo que lo rodea, pudiendo además evaluar y modificar sus pensamientos. Por lo anterior, Bandura enfatiza la importancia de esta capacidad, por medio del cual el individuo puede observar sus ideas, actuar sobre ellas o predecir los acontecimientos a partir de las mismas, juzgar su adecuación a partir de los resultados y modificarlas sobre la base de estos últimos (Bandura, 1987). A partir de esta autorreflexión, se genera un conocimiento específico sobre el entorno y sobre sí mismo, generando juicios sobre la capacidad personal para desempeñarse con éxito en un contexto determinado, dicha percepción hace referencia a las creencias de autoeficacia.

### **Definición de autoeficacia**

La autoeficacia se define como *las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras* (Bandura, 1999, p.21). Dichas creencias influyen sobre el modo de pensar, sentir motivarse y actuar de las personas al mismo tiempo que contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos.

El punto central de esta teoría es la iniciación y persistencia de una conducta concerniente a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de ser capaz de enfrentar con éxito una situación de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios (Flores, González, Rangel y Valencia, 2010).

Por lo tanto, se considera que la percepción que el individuo tenga acerca de su propia capacidad es un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones encaminadas al logro de los objetivos personales. Dicha autopercepción, ejerce una fuerte influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos, e incluso en las reacciones emocionales que experimenten ante situaciones difíciles (Ornelas, Blanco, Aguirre y Guedea, 2012).

Este concepto no hace referencia a los recursos que se dispongan, sino a la opinión que se tenga sobre lo que se puede hacer con ellos para responder eficazmente a las situaciones críticas que se le presenten (Flores, González, Rangel y Valencia, 2010).

De acuerdo con Pajares (2002) estas creencias de autoeficacia afectan al comportamiento humano de cuatro formas. La primera influye en la elección de actividades y conductas, es decir, que el individuo elige y se compromete en actividades en las que se considera altamente eficaz y evita aquellas en las que se percibe ineficaz. La segunda, determina el grado de esfuerzo invertido en una actividad y la perseverancia frente a situaciones complejas que se presenten, cuanto mayor sea la autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo y perseverancia del sujeto frente a la actividad. La tercera, influye en los patrones

de pensamiento y las reacciones emocionales, así como en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o el fracaso en las actividades y la cuarta y última, permite al sujeto ser productor y no predictor de su futuro, imponiéndose retos, autorregulando sus esfuerzos, reduciendo el estrés y ampliando sus intereses.

La autoeficacia está estrechamente relacionada con la motivación para seguir determinado curso de acción o adoptar conductas de salud. Es así que, una persona con alta autoeficacia elige desempeñar tareas más complejas y desafiantes, estableciéndose metas y objetivos más altos. Ya que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura 1997). Los sujetos con un alto sentido de autoeficacia aumentarán su funcionamiento sociocognitivo en muchos dominios y afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como cambiables, más que como amenazantes (Carrasco y Del Barrio, 2002).

### **Expectativas de autoeficacia y de resultado**

Bandura (1997) distinguió dos conceptos de la teoría de autoeficacia: las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado. El primero de ellos hace referencia a la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento, y el segundo se utiliza para indicar la probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinados resultados. La expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción. Por último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

Ambos tipos de expectativas determinarán la elección de actividades, el esfuerzo, la persistencia, los patrones de pensamiento y las respuestas

emocionales que mostraran los individuos al llevar a cabo determinada acción, resulta evidente entonces, que a medida que las expectativas actúan como determinantes de una conducta también lo hacen como predictores de la misma (Villamarín, 1994).

Es importante aclarar que tanto las expectativas de resultados como las de autoeficacia no son variables globales ni estables, sino cogniciones específicas y cambiantes que se forman y se reelaboran constantemente a partir de la integración y procesamiento de la información obtenida de varias fuentes: los logros del pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción del estado fisiológico del organismo (Villamarín, 1994).

Tanto las expectativas de autoeficacia como de resultado, intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo. Dichas expectativas están influenciadas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo (Hurtado y Nascimiento, 2010).

### **Fuentes productoras de autoeficacia**

Bandura (1995 p.26) menciona que son cuatro las fuentes de autoeficacia:

- a) *Experiencia propia*: Es descrita como la fuente de información de autoeficacia más influyente ya que mientras los éxitos crean una fuerte creencia en relación a la eficacia, los fracasos generan lo opuesto, especialmente si se producen antes que el sentido de autoeficacia fuertemente establecido.
- b) *Experiencia indirecta o experiencia de los demás*: También conocidas como experiencias vicarias, ocurren al ver a una persona similar a uno realizar exitosamente la misma actividad, lo que envía un mensaje alentador al sujeto respecto a la posibilidad real de cumplir con una meta programada o un objetivo a cumplir. De igual manera, si se observa a un par fracasar a pesar de los esfuerzos, su motivación y su nivel de eficacia se verán afectados negativamente.

- c) *Persuasión verbal*: Bandura describe este aspecto como las expresiones de aliento que se dan al otro sujeto para fortalecer sus capacidades y dar mayor confianza para dominar un comportamiento o realizar determinada actividad. La estimulación verbal expresada como una voz de aliento y de motivación, obtiene una connotación de mayor efectividad cuando proviene de una fuente de confianza o de una persona con credibilidad cercana al sujeto, y en particular, si se brinda de manera educativa o en forma de asesoramiento (Bandura, 1997 citado en Barrios, 2015).
- d) *Retroalimentación fisiológica y emocional*. Los indicadores fisiológicos y emocionales son especialmente importantes para lidiar con agentes estresantes, logros físicos y el funcionamiento de la salud, y de acuerdo a la respuesta emocional que se desprenda frente a un estímulo, y su correspondiente respuesta fisiológica de excitación o aversión, será más relevante la expectativa de autoeficacia.

### **Evaluación de la autoeficacia**

Bandura (1997 citado en Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007) establece tres aspectos que deben ser tomados en cuenta en su evaluación: fortaleza, nivel y generalidad. La fortaleza se refiere a la medida en que la persona está dispuesta a iniciar una acción y mantenerla hasta alcanzar la meta deseada. La fortaleza puede variar en el esfuerzo que se ponga en realizar una tarea y en la persistencia ante las dificultades. Cuanto más fuerte es el sentido de eficacia personal, mayor será la perseverancia a pesar de las innumerables dificultades y obstáculos que se puedan presentar. El nivel hace mención a que tan dispuesta esta la persona a continuar en sus esfuerzos dependiendo de la exigencia de la tarea a la que se enfrenta. La eficacia personal percibida se puede limitar a demandas simples de la tarea, o extenderse a demandas moderadamente difíciles. Los individuos dependiendo del nivel de estas demandas evalúan sus capacidades y realizan una estimación de su capacidad para responder a las exigencias de determinada tarea. La generalidad se refiere a la medida en la que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar alguna actividad pueden extenderse a otros dominios.

La gente puede juzgarse eficaz a través de una amplia gama de actividades y contextos o solamente en ciertos dominios (Bandura, 1997).

### **Procesos activados por la eficacia**

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales que incluyen: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Bandura, 1999).

#### *Procesos cognitivos:*

Gran parte de la conducta humana, que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades. Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más retadores son los objetivos que se establecen las personas y más firme en su compromiso para alcanzarlos.

Las personas con un alto sentido de eficacia visualizan los escenarios de éxito que aportan pautas y apoyos positivos para la ejecución. Las que dudan de su eficacia visualizan los escenarios de fracaso y meditan sobre todas las cosas que podrían salirles mal. Es difícil lograr algo cuando se lucha contra las dudas en relación a uno mismo.

#### *Procesos motivacionales:*

La mayoría de la motivación humana se genera cognitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador, elaboran creencias sobre lo que pueden hacer, anticipan los resultados probables o acciones futuras, establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen, movilizan los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito (Bandura, 1999).

*Procesos afectivos:*

Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan estas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación.

Las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a las posibles amenazas y sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente. Las personas que creen que las posibles amenazas no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira, meditan sobre sus deficiencias para el manejo, magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden, mediante tales pensamientos ineficaces se desaniman y perjudican su nivel de funcionamiento, entonces, las personas actúan en concordancia con sus creencias de eficacia alteradas por el estado de ánimo (Bandura, 1999).

*Procesos de selección:*

La autoeficacia moldea el estilo de vida de cada persona. La autoeficacia percibida de cada persona hace que se elijan y creen ambientes equivalentes a las creencias en sus capacidades; buscan actividades y ambientes en los que sus capacidades y afecciones se vean menos amenazadas por situaciones que sobresalgan de su alcance (Bandura, 1999 p. 28).

**Autoeficacia y conductas de salud**

La autoeficacia ha demostrado ser un factor de gran importancia frente a la motivación para adoptar conductas que promuevan la salud o detengan conductas que resultan nocivas para ésta (Bandura, 1997). Ríos, Sánchez y Godoy (2010 citado en González, Valle, Freire y Ferradás, 2012) mencionan que este constructo se vincula con mejores resultados de salud, así como con el empleo de conductas protectoras y promotoras de la misma. Las personas con elevados niveles de eficacia posiblemente se mostraran más confiadas en su capacidad de responder a los estímulos del medio, y este tipo de creencias influirán sobre cómo se perciben y procesan las demandas o amenazas ambientales. Es por eso que existe evidencia empírica de que los individuos con alta autoeficacia tienden a implicarse en mayor medida con conductas

saludables (por ejemplo, hacer ejercicio periódicamente, prevenir enfermedades, recurrir a estrategias cognitivas efectivas en la reducción del dolor y el control de la ansiedad, el estrés o la depresión), informan de una mejor salud autopercebida y experimentan una mejor recuperación frente a las enfermedades (Olivari y Urra, 2007).

De acuerdo a las formulaciones de Bandura (1977, 1986, 1992), cuando un individuo se plantea la posibilidad de llevar a cabo una conducta de salud o cambiar un hábito no saludable hay tres elementos que explican la decisión resultante: 1) la creencia de que una situación determinada es perjudicial; 2) la creencia de que un cambio de comportamiento puede reducir la supuesta amenaza; y 3) la creencia de que es suficientemente competente como para adoptar una conducta beneficiosa o para dejar de practicar una que resultaría dañina. Es este último aspecto al que alude el concepto de expectativas de autoeficacia: las creencias acerca de la capacidad para ejercer control sobre la propia conducta y el medio en el que ésta tiene lugar.

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios indican consistentemente que también tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, están menos enfermos y deprimidos y se recuperan mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Vinaccia y cols., 2005 citado en Flores et al., 2010).

Pese a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Olivari y Urra, 2007). Varios estudios y teorías analizan la relación de la autoeficacia con las conductas vinculadas a la salud. Uno de los argumentos sobre los que se basan es que si una persona se siente capaz de emprender un hábito saludable, la probabilidad de persistir será mayor al inicio. De igual forma, a medida que un individuo va observando que es eficaz para realizar una tarea,

la seguridad para seguir manteniéndola se reforzará (Landerero y González, 2003; Ruiz, Berrocal, López, y Rivas, 2003).

Estos estudios permiten concluir que si modificamos las creencias de eficacia personal percibida sobre la práctica de una conducta de salud específica, como la actividad física, entonces lograremos que las personas se comprometan a la iniciación y el mantenimiento de esta conducta, constatando que la mera enseñanza de cómo llevar a cabo un plan diseñado para promover la actividad física no es eficiente, particularmente cuando las personas informan de baja autoeficacia percibida, estas personas requieren ganar mayor confianza en sus propios recursos para poder iniciar y mantener la actividad física (Luszczynska, Schwarzer, Lippke y Mazurkiewicz, 2011).

A través de la revisión teórica a cerca de la teoría de autoeficacia de Bandura se concibe que ha otorgado un marco conceptual y metodológico para la construcción de escalas de autoeficacia, brindando sugerencias fundamentales para su construcción y validación en diversos contextos. En el campo de la salud, se han construido numerosas escalas destinadas a la evaluación de la autoeficacia. Estas escalas han permitido una mayor comprensión del proceso y la implementación de intervenciones destinadas a la modificación de aquellas creencias de autoeficacia disfuncionales para la salud del sujeto. Por lo anterior, se revisaron algunos de los instrumentos psicométricos construidos a partir de los aportes de la teoría de la autoeficacia empleados en alimentación saludable, actividad física y programas de prevención empleados bajo esta perspectiva.

**Evidencia empírica de la relación de autoeficacia para la alimentación saludable, actividad física y control de peso en niños.**

<b>Instrumentos de autoeficacia general y conductas saludables.</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
Validación del instrumento de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos.	Flores, González-Celis y Valencia (2010).	309 niños de entre 6 y 12 años.	La confiabilidad y validez del instrumento permiten utilizar la variable autoeficacia como buen predictor para llevar a cabo conductas de protección a la salud en escolares, por lo que puede ser utilizado como herramienta de apoyo para los profesionales en el campo de la salud. Este instrumento es considerado una contribución importante debido a la poca existencia de instrumentos encargados de evaluar la autoeficacia percibida encaminadas a la realización de conductas que promuevan la salud en niños mexicanos.

<b>Instrumentos de autoeficacia y actividad física</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños.	Aedo y Ávila (2009)	900 niños de 7 a 10 años y 11 meses de edad residentes en la ciudad de México.	Se obtuvieron tres factores que explican el 64, 5% de la varianza: búsqueda de alternativas positivas hacia la actividad física, capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo y expectativas de habilidad o competencia. Se validó el modelo por medio de la bondad del ajuste, obteniéndose un 65% de residuos inferiores a 0,05, resultado indicativo de que el modelo factorial estimado se ajusta a los datos. La consistencia alfa de Cronbach fue de 0,733, la confiabilidad test-retest fue de 0,867. Resultando en el desarrollo de una escala con validez y confiabilidad adecuadas. Estos resultados permiten utilizarla como un buen indicador de la autoeficacia hacia la actividad física en niños de edad escolar, lo cual es importante en el desarrollo de programas cuyo objetivo son fomentar dicha conducta en este grupo de edad.

<p>Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso.</p>	<p>Juaregui, Reynaga-Estrada, Macías, López, Morales, Porras y Cabrera (2013).</p>	<p>Se contó con dos grupos pareados, un grupo de intervención (n=46) y un grupo control (n=20).</p>	<p>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.</p>
<p>Frecuencia de actividad física en niños y adolescentes: relación con su percepción de autoeficacia motriz, la práctica de su entorno social y su satisfacción con la educación física.</p>	<p>Hernández, Velázquez, Martínez, Garoz, López y López (2008)</p>	<p>437 niños de 10 a 15 años, estudiantes de cuarto a octavo grado.</p>	<p>Los resultados de las correlaciones entre autoeficacia y actividad física resultaron ser (0,50-0,70), un nivel estadísticamente significativo (<math>p &lt; 0,001</math>). Referente a validez de la escala se encontró que era de alta (0,67) desde el punto de vista del contenido y criterios, mientras que la fiabilidad era moderada (0,65). Los resultados del test-retest indicaron estabilidad en la escala. La escala se puede utilizar para determinar los niveles de actividad de autoeficacia en niños de primaria. Las propiedades psicométricas de los PASES apoyan su uso como instrumento de investigación en la medición, el nivel de actividad física y autoeficacia en niños turcos.</p>

<b>Instrumentos de autoeficacia y control de peso</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en Población Mexicana.	Gómez Peresmitré, García Meraz, Guzmán Saldaña y Del Castillo Arreola (2011).	831 participantes, de 10 a 16 años ( $M_e=12$ ), estudiantes de escuelas públicas del nivel básico de Pachuca, Hidalgo, México. 51% (n=421) fueron mujeres y 49% (n= 410) hombres.	Su objetivo fue adaptar, validar y confiabilizar el Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso (AP-CP) en población escolar mexicana. Se aplicaron análisis factoriales, exploratorios y confirmatorios, se obtuvieron dos versiones, una para hombres y otra para mujeres, del AP-CP. El análisis confirmatorio arrojó dos modelos de tres factores cada uno, con un buen ajuste de los datos y consistencia interna aceptable. Se encontró que la autoeficacia percibida para control de peso y actividad física se relaciona con el género; para control del peso los hombres señalan a la fuerza de voluntad, actividad física e ingesta alimentaria; las mujeres hacen referencia a conducta alimentaria y a actividad física programada y cotidiana. Se discute la utilidad del Inventario AP-CP para la prevención de la obesidad en las primeras etapas de vida.

<b>Programas de intervención</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
Efectividad del programa ecológico "Saltando por su salud" en la promoción de la actividad física en niños y niñas escolares de tercer grado.	Álvarez-Bogantes (2016).	34 niños y 32 niñas con edades promedio de 9.2 años, con un 30% de muestra de participantes con sobrepeso u obesidad.	Los niños y niñas en el grupo de intervención tuvieron un incremento significativo en la actividad física ( $p<.001$ ). Este programa mejoró el tiempo dedicado a la actividad física y a superar barreras para realizarla. Este estudio demostró que el componente de superación de las barreras en el constructo o mediador de autoeficacia se mejoró significativamente con respecto a la línea base y al grupo control. El uso del concepto de autoeficacia incluida en el modelo ecológico, mostró el camino para producir cambios en el factor de barreras para la realización de actividad física en la población infantil de este estudio, lo que lleva a establecer una relación con los cambios en la actividad física voluntaria de sus participantes.

<p>Efecto de una intervención educativa sobre los conocimientos y autoeficacia hacia la actividad física y la alimentación en escolares de Quintana Roo.</p>	<p>Aedo, Gómez, Vivas, Suinaga y Macías (2016).</p>	<p>131 escuelas del estado de Quintana Roo</p>	<p>Ésta intervención cumple su objetivo principal que es el de favorecer la formación de hábitos saludables, principalmente de alimentación, higiene y actividad física en niños de edad escolar, a través de incidir en sus principales determinantes, como: aumento en los conocimientos sobre alimentación correcta, la actividad física y los hábitos de higiene, aumento en la autoeficacia para realizar actividad física, principalmente en la búsqueda de alternativas para poder llevarla a cabo y en sus expectativas de habilidad, aumento en la autoeficacia para llevar a cabo una alimentación correcta, principalmente en la búsqueda de alternativas positivas.</p>
--	---	--	---

<p>A “Novel” Intervention: A pilot study of children’s literature and healthy lifestyles</p>	<p>Bravender ,Russell, Chung y Armstrong (2010).</p>	<p>81 niñas obesas de entre 9 a 13 años</p>	<p>Se utilizó como estrategia la lectura de un libro, que contaba la historia de una chica con sobrepeso y sus aventuras para mejorar su autoestima y su autoeficacia que le permitieron aprender la importancia de la adecuada nutrición y niveles saludables de actividad física; además, el libro incluía apéndices de comidas saludables y sugerencias de actividades físicas; en un periodo de 6 meses las participantes lograron reducir significativamente su IMC comparado con el grupo control.</p>
<p>“Smart Bodies” school wellness program increased children’s knowledge of healthy nutrition practices and self- efficacy to consume fruit and vegetables.</p>	<p>Tuuri, Zanovec, Silverman, Geaghan, Holston, Guarino, Roy, Murphy y Solmon (2008).</p>	<p>Estudiantes de cuarto y quinto grado</p>	<p>Los resultados del presente estudio indican que el programa “cuerpos inteligentes” incrementó de manera efectiva el conocimiento sobre nutrición, autoconfianza, consumo de frutas y vegetales en estudiantes de quinto y cuarto grado.</p>

<p>Relations of physical self-concept and self-efficacy with frequency of voluntary physical activity in preadolescents: Implications for after-school care programming</p>	<p>Annesi (2006).</p>	<p>Los participantes del grupo control en el 2003 (n = 41) y en el grupo de intervención en 2005 (n = 84).</p>	<p>Se utilizaron dos grupos de tratamiento demostrando un aumento significativo en la frecuencia de la actividad física voluntaria de más de 12 semanas. La versión de 2005 demostró, además, mejoras significativas tanto en el autoconcepto físico y las barreras de ejercicios autoeficacia. Dentro de los grupos de tratamiento, se encontraron correlaciones significativas entre los cambios en el autoconcepto físico y la autoeficacia y sesiones de actividad física completada. La regresión múltiple indicó que el 7% y el 28% de la variación en la actividad física voluntaria se explican por la entrada simultánea de los cambios en el autoconcepto físico y la autoeficacia.</p>
---	-----------------------	--	---

<p>Effects of an obesity control program based on behavior modification and self-efficacy in obese elementary school children.</p>	<p>Seo, Kim y Kang (2005)</p>	<p>57 niños obesos (grupo experimental = 28, grupo de control = 29).</p>	<p>Este estudio afirma que un programa de control de peso realizado dentro de las instalaciones escolares basado en la modificación del comportamiento y la autoeficacia puede ser eficaz para disminuir la incidencia de obesidad e incrementar los niveles de autoeficacia dietética. Los padres, profesores y profesionales de la salud de la escuela deben ser alentados a participar en los programas que se implementen con el fin de prevenir dicha enfermedad. Recomienda que el programa sea implementado como parte del curso escolar y no como asignatura electiva.</p>
--	-------------------------------	--	--

<p>Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartidas por un profesional sanitario.</p>	<p>Oliva, Tous, Gil, Longo, Pereira y García (2013).</p>	<p>Intervención aleatorizado por bloques realizado en una muestra de 107 alumnos de entre 9-15 años. Sobre un grupo de intervención (54 alumnos).</p>	<p>Estudio piloto sobre el impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables. Después de la intervención educativa, los alumnos aprendieron que los cereales, el pan, las pastas, frutas y verduras son alimentos que deben consumirse diariamente, que respetar el horario de cada comida, apagar el televisor mientras se está a la mesa, comer despacio y masticar bien son buenos hábitos de alimentación. Aprendieron que son y donde se encuentran las grasas trans. Al principio de la intervención los niños (68.8%) sabían que la obesidad infantil es un problema de salud cada vez más frecuente y tras dos meses de ella esto aumento en un 20.6% en número de niños que son conscientes del problema.</p>
--	--	---	---

<p>Diseño y evaluación de una estrategia para la prevención de la obesidad en el niño mexicano.</p>	<p>Bonvecchio, Safdie, Theodore, Aburto, Gust, Villanueva, Nava y Rivera (2007).</p>	<p>12 escuelas publicas</p>	<p>Se encontró que existe un ambiente promotor de la obesidad dentro del ambiente escolar. Las estrategias se enfocaron a cambios normativos para mejorar el ambiente con el objetivo de promover un balance energético modificando la alimentación y la AF reforzadas con un componente de comunicación educativa.</p>
<p>Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar.</p>	<p>Calleja, Muñoz, Ballesteros, Vidal, López, Cano, García y García (2011).</p>	<p>Niños de 5º y 6º de primaria, con edades comprendidas entre 10 y 13 años.</p>	<p>Intervención realizada en población escolar en la se buscó modificar las costumbres alimentarias a través de un almuerzo saludable. Su objetivo fue conocer los hábitos de almuerzo de la población escolar, la prevalencia de sobrepeso y obesidad así como la implantación de hábitos de alimentación saludable y la educación nutrimental de los escolares. Tras el análisis de los resultados, se obtuvo un incremento del 9,2% de niños que almorzaban, produciendo una modificación en el tipo de alimentos consumidos a la hora del almuerzo al finalizar la intervención.</p>

<p>Los elementos de efectividad de los programas de educación nutricional infantil: la educación nutricional culinaria y sus beneficios</p>	<p>Al-Alia (2016).</p>	<p>Niños de 6 a 12 años.</p>	<p>El aprendizaje sobre cómo preparar y cocinar los alimentos ha demostrado beneficios como el incremento de consumo de frutas y verduras, mejora las creencias acerca de la alimentación, las conductas alimentarias, la prevención de la obesidad infantil e incrementa favorablemente las elecciones dietéticas. Se indicó que en el grupo intervenido se incrementaron los niveles de preferencia por las verduras y cereales integrales, aumento los conocimientos y mejoro la habilidad culinaria. Se sugirió que las comidas fueran realizadas con los niños más pequeños ya que puede ser un enfoque prometedor en su educación nutrimental.</p>
---	------------------------	------------------------------	--

<p>Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: the AVall study.</p>	<p>Llargues, Franco, Recasens, Nadal, Vila , Pérez, Manresa, Recasens, Salvador, Serra, Roure y Castells. (2011).</p>		<p>Se reportó que gracias a la implementación de un programa que consistía en material educacional sobre comida saludable y juegos para promover la actividad física durante el tiempo de descanso escolar a través de la metodología educacional de Investigación, Visión, Acción y Cambio –IVAC-, en 6 escuelas de España, se redujo la prevalencia del sobrepeso en un 62%.</p>
<p>Programa educativo afecta positivamente el consumo de grasa, frutas, verduras y actividad física en escolares Mexicanos.</p>	<p>Quizán-Plata, Villarreal Meneses, Esparza Romero, Bolaños Villar, y Díaz Zavala (2014).</p>	<p>129 escolares, el 48.84% (n=63) fueron intervenidos y 51.16% (n=66) no intervenidos</p>	<p>El consumo de frutas y verduras de los escolares intervenidos fue significativamente mayor y el consumo de grasas disminuyó en comparación al grupo control. De igual forma, se encontró que los escolares intervenidos aumentaron el número de horas de actividad física y las actividades sedentarias disminuyeron, además, mostraron un incremento favorable en conocimiento sobre nutrición a comparación de los no intervenidos.</p>

<p>A primary-school-based study to reduce the prevalence of childhood obesity – the EdAI (Education in Alimentation) study: a randomized controlled trial</p>	<p>Tarro, Llauradó, Albaladejo, Moriña, Arija, Solà y Giralt (2014).</p>	<p>24 escuelas con 36 aulas y 1,550. Instituciones de control consistieron en 14 escuelas que participaron 39 aulas y 800 alumnos, entre 7 y 8 años de edad.</p>	<p>Las actividades de intervención, clases prácticas en las que se incidía en los hábitos saludables, la introducción de objetivos nutricionales y también las actividades para niños y niñas con sus familias redujeron la prevalencia de obesidad, especialmente en los niños, donde se observó un crecimiento de la prevalencia entre el inicio y el final del estudio del 2,03% en el grupo de niños que no habían recibido la intervención y una reducción del -2,36% en el grupo que la recibió. Entre las niñas se observó también un decrecimiento de la prevalencia de obesidad más acentuado en el grupo que recibió la intervención: -1,66% de decrecimiento entre las niñas que habían recibido la intervención y un -1,03% en el grupo que no la recibió.</p>
---	--	--	--

<p>Efecto de un programa de actividad física y alimentación saludable aplicado a hijos y padres para la prevención de la obesidad infantil</p>	<p>Díaz, Mena, Celis-Morales, Salas y Valdivia (2015).</p>	<p>312 escolares de 5 a 7 años de edad de ocho escuelas básicas de la comuna de Chillán</p>	<p>El índice de Masa Corporal (IMC) disminuyó significativamente post intervención (-0,2 kg.m-2); al analizar estos resultados por sexo, sólo los varones presentaron una reducción significativa (-0,3 kg.m-2). Al analizar el efecto de la intervención en aquellos escolares con sobrepeso u obesidad pre intervención se observaron cambios significativos en el IMC, los cuales fueron asociados a cambios en la alimentación y los niveles de actividad física. Por lo que se concluye que las intervenciones multidisciplinarias aplicadas a escolares del primer ciclo de enseñanza básica son efectivas a la hora de reducir los niveles de IMC e incrementar los niveles de actividad física y la calidad de la alimentación en escolares con sobrepeso u obesidad.</p>
--	--	---	---

Tras la revisión bibliográfica sobre la autoeficacia y su relación con conductas de salud, control de peso, realización de actividad física e intervenciones realizadas con el fin de prevenir obesidad en escolares se encontró que gran cantidad de estudios son diseñados específicamente para jóvenes y adultos, y en menor grado, a niños por lo que se recomienda la creación tanto de escalas que evalúen el nivel de autoeficacia como de programas enfocados a la prevención de obesidad principalmente en esta población. Destacando que si se modifican las creencias de eficacia personal sobre la práctica de una conducta promotora de salud, se logra que las personas se crean capaces de iniciar un programa de modificación de comportamiento y de mantenerlo en el tiempo (Bandura, 1995).

# Propuesta de taller

## “La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil”

*Una actitud saludable es contagiosa,  
pero no esperes a tomarla de otras personas,  
se un portador.-Tom Stoppard.*

## **Introducción**

En la actualidad, el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) representa un alarmante problema de salud pública a nivel mundial, de alta prevalencia y desarrollo gradual afecta a países de bajos y medianos ingresos, impactando principalmente a las zonas con mayor urbanización. Dicha condición incrementa significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad prematura y el costo social de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) indica que la obesidad infantil es atribuible a diversos factores, específicamente al cambio dietético que se caracteriza por una ingesta hipercalórica basada en un alto consumo de grasas y azúcares pero deficientes en vitaminas, minerales y otros micronutrientes esenciales, sin mencionar la tendencia a la disminución de la actividad física; está última como producto de la incorporación de la tecnología a la vida cotidiana de los niños como los videojuegos y el número de horas invertidas frente al televisor. Hay que destacar que un niño con sobrepeso u obesidad tiende a seguir siéndolo en la edad adulta, lo que propicia la aparición prematura de enfermedades no transmisibles como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Debido a que la escuela constituye uno de los principales ambientes en donde se pueden desarrollar acciones encaminadas a prevenir el problema del sobrepeso y la obesidad se hace presente la necesidad de crear campañas preventivas en este contexto, en donde se fomenten estilos de vida saludable y de esta manera evitar la aparición de sus comorbilidades asociadas. De acuerdo con diversas investigaciones, la percepción de la autoeficacia actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina en gran medida la elección de actividades la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas, así como patrones de pensamiento y respuestas emocionales asociadas (Carrasco & Del Barrio, 2002). Por lo que se destaca que una persona con alta autoeficacia tiene más probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos que otra con baja autoeficacia.

## **Justificación**

La obesidad infantil, específicamente, ha demostrado ser uno de los principales problemas de salud pública ya que afecta a países de bajos, medianos y altos ingresos económicos. En 2014, se estimó una prevalencia aproximada de 41 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo (OMS, 2016). En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) reveló que los niños en edad escolar (ambos sexos) de 5 a 11 años mostraron una prevalencia del 34.4% de sobrepeso y obesidad (19.8 y 14.6%, respectivamente) representando alrededor de 5,664, 870 niños con esta condición. Por su parte, la UNICEF (2013) establece que actualmente, México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil, precedido solo por los Estados Unidos.

La obesidad es considerada una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, debido a que es el principal factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías que condicionan un deterioro en la calidad de vida de las personas. Se afirma que la obesidad infantil después de los 3 años de edad, se asocia a largo plazo con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta, así como de sufrir dificultades respiratorias, resistencia a la insulina, mayor riesgo de fracturas e hipertensión y una gran cantidad de efectos psicológicos negativos (Aranceta, Pérez, Rivas y Serra, 2005; OMS, 2016).

La obesidad además de ser un problema de salud pública, es también una carga financiera considerable, el costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad, se incrementó en un 61% en el 2000-2008, al pasar de 26, 283 millones a 42, 919 millones de pesos. Para el 2017 se estima que dicho gasto ascienda los 150, 860 millones de pesos (ANSA, 2010).

Ante tal situación, se pone de manifiesto la necesidad de implementar la creación de programas de prevención dirigidos a promover comportamientos saludables específicamente en la población infantil ya que como lo establece

Aedo y Ávila (2009) es el periodo evolutivo ideal para la adopción de un estilo de vida saludable.

Para dicho fin, la autoeficacia ha demostrado ser un factor de gran importancia en la motivación para adoptar conductas favorecedoras para la salud o para erradicar conductas que resulten nocivas para está (Bandura, 1997). Por lo tanto, este enfoque será de gran ayuda para incrementar la creencia en la capacidad que cada niño tiene para llevar a cabo determinada actividad, en este caso, para poder alimentarse adecuadamente y seguir las recomendaciones sobre la práctica de actividad física según sea su edad.

La implementación de un taller que trabaje de manera integral un cambio en el de estilo de vida donde se brinden ventajas de llevar un estilo de vida saludable así como el riesgo que implica para la salud tener sobrepeso u obesidad. A partir de esto se promoverá el aprendizaje activo, es decir, se aprenderá haciendo, esto con la finalidad de complementar y reforzar lo que en la teoría se ha revisado.

## **Objetivo general**

Instrumentar un taller de promoción de alimentación saludable y práctica de actividad física, utilizando como principal estrategia la autoeficacia, con el fin de prevenir la obesidad en población infantil.

## **Objetivos específicos**

- a) El participante logrará definir el concepto de autoeficacia, y su importancia.
- b) El participante definirá qué es la obesidad y cuáles son sus características.
- c) El participante conocerá las principales causas y consecuencias de la obesidad, además de reconocerla como una enfermedad degenerativa e incapacitante.
- d) El participante logrará emplear correctamente el plato del bien comer a través de actividades didácticas.
- e) El participante aprenderá a seleccionar alimentos adecuados de acuerdo a sus necesidades.
- f) El participante identificará conductas alimentarias inadecuadas reemplazándolas por hábitos saludables.
- g) El participante promoverá la práctica de actividad física y explicará sus beneficios.
- h) El participante incrementará la autoeficacia en la toma de decisiones relacionadas a alimentación saludable y actividad física.
- i) El participante promoverá la autoeficacia para realizar conductas saludables a pares y familiares.

## **Participantes**

El taller estará enfocado a alumnos de 4º, 5º y 6º grado de primaria, con edades de 9 a 13 años que presenten el consentimiento informado por parte de sus padres y/o tutores y se encuentren en la disponibilidad de participar.

## **Criterios de exclusión**

- Niños y niñas que presenten algún problema médico o psicológico y/o con capacidad diferente.

## **Materiales**

<b>Materiales</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Pizarrón	Fijo o portátil	1
Laptop	Portátil	1
Cañón	Fijo o portátil	1
Bocinas	Portátiles	1
Cuestionarios	Fotocopias	35
Power Point del plato del buen comer	Presentación	1
Kits de los 5 grupos de alimentos	Figuras de los alimentos que conforman el plato del buen comer	1
Juegos	Memorama	1
Pelotas	Del tamaño de un balón de fútbol	5
Resortes	Ocho metros	5

## Escenario

<b>INSTITUCIÓN</b>		
Centro de estudios interesado en la participación de su alumnado en el taller.		
<b>Aula</b>		
<b>Dimensiones</b>	<b>Min:</b> 8 x 8 m <sup>2</sup> <b>Máx:</b> 16 x 16 m <sup>2</sup>	
<b>Mobiliario</b>	<b>Mesas</b>	2 (cerca del pizarrón)
	<b>Sillas</b>	30 (colocadas en semicírculo).
<b>Iluminación</b>	Adecuada, natural o artificial.	
<b>Ventilación</b>	Adecuada, que cuente con ventanas.	
<b>Equipo necesario</b>	Laptop, equipo de proyección, bocinas, carteles expositivos.	

## Instrumento de evaluación (Anexo)

“Inventario de autoeficacia percibida para el control de peso” de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007) adaptado en niñas y niños mexicanos por Rodríguez (2015). Es un cuestionario de auto-aplicación, el coeficiente de confiabilidad indica una alta consistencia interna del instrumento con un valor de Alfa de Cronbach de 0.96, presenta buena validez de constructo, está integrado por 30 ítems que explican el 43% de la varianza total. El instrumento consta de 30 ítems con 4 opciones de respuesta: “No soy capaz de hacerlo”, “Soy capaz de intentarlo”, “Soy capaz de hacerlo”, “Soy muy capaz de hacerlo”. Está formado por 4 factores: Factor .1 Autoeficacia hacia la actividad física, Factor 2. Autoeficacia para evitar alimentos con bajo aporte nutricional, Factor 3. Autoeficacia para la elección de alimentos saludables y Factor 4. Autoeficacia para control de la alimentación emocional.

### **Evaluación inicial**

Se aplicara un cuestionario al inicio del taller con la finalidad de evaluar el nivel de autoeficacia de los participantes.

### **Evaluación final**

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos de la presente propuesta se utilizará el diseño pretest-postest, en el que se aplicará el mismo instrumento de evaluación antes y después de la intervención. Se espera que al comparar ambos cuestionarios, se encuentre un incremento significativo en los niveles de autoeficacia de los participantes después de haberse expuesto al taller.

### **Metodología**

El presente taller tiene como finalidad incrementar el nivel de autoeficacia tanto para la alimentación saludable, como para la actividad física, como estrategias preventivas para la obesidad. Se utilizara un diseño cuasi experimental, con mediciones, pretest, postest y seguimiento.

### **Procedimiento**

- 1) Se solicitará el permiso a la institución educativa en la que se pretende aplicar el taller.
- 2) Se solicitará el consentimiento informado firmado por padres de familia
- 3) Aplicación del instrumento (línea base).
- 4) Aplicación del taller.
- 5) Aplicación del instrumento después del taller.

## CARTAS DESCRIPTIVAS

Carta descriptiva					
Sesión 1. Presentación del taller.					
Objetivos: Sensibilizar a padres de familia y maestros sobre la necesidad de: a) Establecer en los estudiantes buenos hábitos alimentarios, b) Brindar información acerca de las problemáticas asociadas con obesidad.					
Actividad	Duración	Temas	Procedimiento	Asistentes	Material
Presentación con padres de familia y personal académico. Consentimiento para firma.	60 min.	-Alimentación correcta. -Consejos para comer saludablemente. -Ejercicio saludable -Obesidad	Se compromete a maestros y padres de familia a fomentar una alimentación sana en sus hogares y que involucren a sus hijos reafirmando los conocimientos adquiridos.	Padres de familia y profesores	-Laptop y cañón - Presentación en Power Point. -Carta consentimiento.
¿Qué es la autoeficacia? ¿Para qué sirve?	20 min.	-Autoeficacia aplicada a la alimentación saludable.	Informar tanto a profesores como padres de familia acerca del tema de autoeficacia.	Padres de familia y profesores	-Laptop y cañón - Presentación en Power Point
Aplicación de pretest.	30 min.	Obtención de línea base	Se le proporcionará a cada participante una copia del cuestionario y se les pide que respondan lo más honestamente posible.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria	- Cuestionarios -Lápices y plumas - Consentimiento firmado.

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 2. Alimentación saludable.</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar una alimentación saludable a través de: a) Identificar las necesidades de alimentación, b) Promover el uso correcto del plato del bien comer, c) Promover la alimentación rica y saludable y d) Promover la autoeficacia para alimentación sana.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Bienvenida y presentación.	10 min.	- Consentimiento informado.	El facilitador se presentará y dará la bienvenida a los participantes. Se les repartirá un gafete con la leyenda "YO SOY_____ Y SOY CAPAZ DE _____". Se les pedirá que coloquen su nombre y lo que son capaces de hacer durante el taller.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Gafetes -Marcadores
Presentación de los participantes.	20 min.	-Presentación de alumnos.	Dinámica "Coctel de frutas".	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano.
Presentación de los objetivos	10 min.	-Presentación de objetivos -Establecimiento de reglas.	El facilitador se apoyará de una presentación en Power Point para exponer los objetivos del taller.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
¿Para qué nos alimentamos?	10 min.	-¿Para qué nos alimentamos? -¿Se creen capaces de tener respuestas correctas?	A través de una lluvia de ideas el instructor recolectará lo que los participantes creen sobre las necesidades alimentarias.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Diurex -Hojas de colores. -Papel bond blanco. -Marcadores.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 2. Alimentación saludable (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar una alimentación saludable a través de: a) Identificar las necesidades de alimentación, b) Promover el uso correcto del plato del bien comer, c) Promover la alimentación rica y saludable y d) Promover la autoeficacia para alimentación sana.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
¿En qué consiste una alimentación correcta?	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plato del bien comer</li> <li>-Detección de necesidades alimentarias</li> <li>-Características de una alimentación saludable</li> <li>-¿Qué significa comer saludable?</li> </ul>	El instructor expondrá los temas que involucran una alimentación adecuada.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Laptop</li> <li>-Cañón</li> <li>-Presentación en Power Point</li> </ul>
Plato del bien comer	15 min.	-Descripción de los grupos de alimentos y sus funciones.	El instructor dará a conocer los 5 grupos alimentarios y sus funciones. Posterior a esto, se pedirá a un participante que pase al frente a poner sobre un dibujo en tela del plato del bien comer los alimentos correspondientes.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Esquema en tela del plato del bien comer y sus elementos.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 2. Alimentación saludable (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar una alimentación saludable a través de: a) Identificar las necesidades de alimentación, b) Promover el uso correcto del plato del bien comer, c) Promover la alimentación rica y saludable y d) Promover la autoeficacia para alimentación sana.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
La importancia de realizar 5 comidas al día.	10 min.	-3 comidas fuertes (desayuno, comida y cena) y 2 colaciones. -Porción de cada alimento. -Plato del bien comer.	El instructor expondrá la importancia de alimentarse 5 veces al día, se retomará el plato del bien comer y se explicará en que porciones se necesita cada uno de sus elementos dependiendo del momento del día.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
Creando mí alimento.	30 min.	-Porción correcta de los alimentos en diferentes tiempos de comida. -Creación de sus propios alimentos (menús sencillos).	Se repartirá a cada participante un plato con las divisiones marcadas en el plato del bien comer. Se pedirá que elaboren su comida con cada uno de esos elementos. Se especificará el tiempo de comida.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Platos educativos. -Alimentos que componen el plato del bien comer.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 3. Alimentación saludable.</b>					
<b>Objetivos: Promover autoeficacia para la alimentación saludable.</b>					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Saludo	10 min.	-Repaso de la sesión anterior.	El facilitador saludará y preguntará a los participantes como se sintieron en la sesión anterior. Se hará un breve repaso de lo que se vio anteriormente.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Pelota
El arcoíris de la nutrición.	30 min.	-Información sobre las frutas, verduras y hortalizas existentes clasificados por colores. -Exponer los beneficios de cada uno de los anteriores.	El instructor expondrá una gran variedad de frutas y vegetales, las describirá en color y en que benefician al cuerpo humano.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
Carteles coloridos.	30 min.	-Conocimiento de diferentes alimentos.	Se pedirá realizar un cartel en el que pongan su fruta, verdura u hortaliza favorita y expongan: NOMBRE, CARACTERISTICAS, PROCEDENCIA Y PLATOS QUE SE PUEDEN PREPARAR.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Cartulinas -Tijeras -Pegamento en barra -Revistas

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 3. Alimentación saludable (Continuación).</b>					
<b>Objetivos: Promover autoeficacia para la alimentación saludable.</b>					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
"Adivina qué"	30 min.	-Reconocimiento de los alimentos presentados anteriormente.	Se le pide al grupo que seleccionen una pareja, uno de ellos deberá colocar una tarjeta en su frente con el nombre de un integrante del plato del bien comer sin que éste la vea, posteriormente el participante que este en frente de él le proporcionará pistas con el fin de que su pareja logre adivinar más integrantes del plato. La pareja que adivine más frutas o verduras gana. (Pistas: Cómo es, para qué sirve, se come en, etc.).	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Tarjetas con el nombre y el dibujo de las frutas, verduras u hortalizas.
Pura agua pura	20 min.	-Jarra del buen beber -Beneficios de tomar agua pura.	Se expondrán cuales son las bebidas saludables y la cantidad de líquido que se recomienda consumir diariamente.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Esquema armable de la jarra del buen beber.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 3. Alimentación saludable (Continuación).</b>					
<b>Objetivos: Promover autoeficacia para la alimentación saludable.</b>					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
"Role playing"	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar hábitos saludables/no saludables.</li> <li>-Autoeficacia para alimentación saludable</li> </ul>	<p>Se expondrán dos situaciones de visita al súper mercado o al mercado local. Un equipo representará una familia con malos hábitos alimentarios, se elegirán tres participantes un papá, una mamá y un hijo, en este escenario el niño opta por comida chatarra en vez de una opción más saludable. En el otro escenario se encuentra una familia que elige frutas y verduras, a lo largo del recorrido el niño se encuentra con refrescos, chocolates y papas, pero prefiere llevar manzanas y uvas. Se retroalimentara a los niños preguntándoles que niño fue más auto eficaz al elegir su comida. Y se pregunta en ¿Qué niño eres el 1 o el 2? ¿Se creen capaces de poder cambiar su alimentación por una más saludable?</p>	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escenario de súper mercado.</li> <li>-Golosinas</li> <li>-Frutas y verduras</li> </ul>

Carta descriptiva					
Sesión 4. Actividad física.					
Objetivos: Promover la autoeficacia para la realización de actividad física.					
Actividad	Duración	Temas	Procedimiento	Asistentes	Material
Saludo	10 min.	-Repaso de la sesión anterior.	El instructor pasará una bolsita con papelitos, de los cuales cinco están marcados con una "X". El participante que la saque tendrá que responder la pregunta asignada por el instructor.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Bolsa de papelitos (5 marcados).
"Era una sandía gorda, gorda"	10 min.	-Actividad física=diversión	El instructor les pedirá a los participantes que formen un círculo y que sigan el baile como él lo lleva.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano
Ejercicio saludable	10 min.	-Beneficios de la actividad física para la salud.	El instructor expondrá la importancia y los beneficios de realizar actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 4. Actividad física (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Promover la autoeficacia para la realización de actividad física.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Pirámide de la actividad física.	20 min.	-Exponer niveles existentes de actividad física.	El instructor expondrá las características de la pirámide y se les preguntará en qué nivel se encuentran ellos. Preguntar ¿Se creen capaces de realizar más actividad física de la que realizan?	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
Actividad física en el patio.	50 min.	-Actividad física aeróbica moderada.	El instructor explicará en que consiste la actividad física aeróbica de intensidad moderada y la ejecutará con los participantes. Se realizará un calentamiento y posteriormente una caminata rápida. Se les explicará que deberán crear una tabla gimnastica con pasos creados por ellos mismos.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano.
Hidratación.	10 min.	-Hidratación.	El instructor hará mención de la importancia y beneficios que tiene hidratarse después de realizar actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano -Botellas de agua

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 5. Prevención de la obesidad.</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar un peso sano a través de: a) Identificar las causas y las consecuencias de la obesidad, b) Promover el ejercicio saludable y c) Promover consumo de alimentos saludables durante el recreo.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Saludo	5 min.	-Repaso de la sesión anterior.	Se hará un breve repaso de lo que se vio anteriormente.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano
Causas y consecuencias de la obesidad	10 min.	-Causas y consecuencias de la obesidad	El instructor retomará la actividad del "role playing" relacionando la escena donde el niño optaba por la alimentación que no era saludable. Posteriormente se expondrán las causas y las consecuencias de la obesidad.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
¿Se puede prevenir?	5 min.	-Consejos para prevenir la obesidad	El instructor expondrá diferentes alternativas que ayudan a prevenir la obesidad.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 5. Prevención de la obesidad (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar un peso sano a través de: a) Identificar las causas y las consecuencias de la obesidad, b) Promover el ejercicio saludable y c) Promover consumo de alimentos saludables durante el recreo.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Compras saludables e inteligentes	20 min.	-Compras saludables en el recreo. -Desventajas de la comida chatarra. -Ventajas de los productos saludables.	Se simularan dos tienditas escolares, una saludable y la otra no. El instructor preguntará a los participantes ¿quién se siente capaz de realizar una compra?  Se seleccionan algunos niños y se les pedirá que realicen en el pizarrón una lista de lo que comprarían. Con base a eso, se expondrán los beneficios de los productos saludables y las desventajas de los alimentos chatarra. se analizarán las compras que se realizaron.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Papel pellón -Recortes y envolturas de alimentos saludables y alimentos chatarra.
Degustación de alimentos.	15 min.	-Ampliar el conocimiento actual de los alimentos que se normalmente se consumen.	Se colocarán charolas con diferentes tipos de hortalizas, frutas, verduras, cereales, tubérculos y leguminosas.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Charolas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frutas</li> <li>○ Verduras</li> <li>○ Cereales</li> <li>○ Tubérculos</li> <li>○ Leguminosas</li> </ul>

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 5. Prevención de la obesidad (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar un peso sano a través de: a) Identificar las causas y las consecuencias de la obesidad, b) Promover el ejercicio saludable y c) Promover consumo de alimentos saludables durante el recreo.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Creando mi lonchera saludable	15 min.	-Alimentos que integran una lonchera saludable. -Autoeficacia para alimentación saludable.	El instructor expondrá los elementos que deben integrar una lonchera saludable. Se promueve autoeficacia para la creación de su propio lunch con alimentos saludables.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Loncheras -Alimentos variados.
Autocuidado	5 min.	-Identificación de factores de riesgo asociados a la obesidad.	Se contará una historia a los participantes sobre una persona que no tiene hábitos alimentarios adecuados, se les pedirá identificar las consecuencias que ocasiona este estilo de alimentación y las anoten un una hoja. Se les pedirá que realicen el dibujo de una plantita y escriban todo lo que necesita para que crezca fuerte. Ahora se les pedirá que dibujen un bebé para relacionarlo con la planta y alrededor dibujaran lo que necesita para crecer lo más sano posible tomando en cuenta los aspectos que se han mencionado.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Cuento. -Hojas blancas. -Colores.

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 5. Prevención de la obesidad (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Fomentar un peso sano a través de: a) Identificar las causas y las consecuencias de la obesidad, b) Promover el ejercicio saludable y c) Promover consumo de alimentos saludables durante el recreo.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Actividad física en el patio	30 min.	-Actividad física aeróbica de intensidad alta	El instructor explicará en que consiste la actividad física aeróbica de intensidad alta y la ejecutará con los participantes. Se realizará un calentamiento y posteriormente una carrera de relevos. Se precederá a la realización de los pasos de la tabla gimnastica con ideas de los participantes.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano
Hidratación	5 min.	-Hidratación	El instructor reiterará la importancia de hidratarse después de la actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano -Botellas de agua.

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 6. Actividad física.</b>					
<b>Objetivos:</b> Que el participante logre poner en práctica lo aprendido en la parte teórica.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Saludo	5 min.	-Repaso de la sesión anterior.	El instructor pedirá a algunos participantes que recuerden lo que se vio en la sesión anterior.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano
“Sopa de letras y crucigrama de actividad física”	15 min.	-Aplicar conocimientos adquiridos sobre la actividad física.	Se le entregará a cada participante dos hojas en las se encontrará el crucigrama y la sopa de letras y se les pedirá que lo contesten.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Copias con sopa de letras y crucigramas.
Rescatando juegos de papa y abuelos.	40 min.	-Mostrar los juegos con los que se divertían nuestros abuelos y padres.	Se les mostraran algunos de los juegos que se usaban anteriormente por nuestros papas y abuelos. Posterior a esto, se les pedirá que formen 5 quipos para poder proporcionarles el tipo de material que prefieran.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Pelota -Cuerdas -Paliacate -Instrucciones de cada juego

Carta descriptiva					
Sesión 6. Actividad física (Continuación).					
Objetivos: Que el participante logre poner en práctica lo aprendido en la parte teórica.					
Actividad	Duración	Temas	Procedimiento	Asistentes	Material
¿Activo o inactivo?	20 min.	- Reflexión sobre el nivel de actividad física que se realiza	El instructor invitará a los participante a realizar una reflexión interviniendo con preguntas como: ✓ ¿Qué tan activo eres? ✓ ¿En qué parte de la pirámide te encuentras? ✓ ¿Te sientes capaz de realizar más actividad física de la que haces?	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Laptop -Cañón -Presentación en Power Point.
Actividades físicas en el patio.	40 min.	-Fortalecimiento de huesos	El instructor explicará y ejecutará con los participantes ejercicios físicos de resistencia, utilizando el propio peso corporal, abdominales, sentadillas y lagartijas. Se continuará con la realización de la realización de su rutina gimnastica.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano.
Hidratación.	5 min.	-Hidratación.	Se pide a los alumnos hidratarse posterior a la actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Botellas de agua.

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 7. Soy muy capaz de...</b>					
<b>Objetivos:</b> Promover la autoeficacia para un estilo de vida saludable.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Saludo	5 min.	-Repaso de la sesión anterior.	El instructor dirá un acertijo a algún participante si su respuesta es incorrecta el participante tendrá que hacer un breve resumen de lo que se vio la sesión anterior.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Recurso humano
Creación de disfraces	30 min.	-Creatividad -Estilos de vida saludables	El instructor dará la instrucción a los participantes de crearse un disfraz con materiales que estarán a su disposición para que posteriormente representen una pequeña dramatización. Los temas que el instructor brindará son: autoeficacia, alimentación saludable y actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	-Telas de colores -Pelucas -Diferentes tipos de ropa
Haciendo historia	30 min.	-Alimentación saludable -Actividad física -Autoeficacia	Los participantes pasaran al frente a representar la historia que ellos mismos crearon. Se harán pequeñas intervenciones al finalizar cada representación para hacer una breve retroalimentación a los alumnos.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria	-Recurso humano

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 7. Soy muy capaz de... (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Promover la autoeficacia para un estilo de vida saludable.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Soy muy capaz de...	20 min.	-Alimentación saludable -Actividad física -Autoeficacia	Se le pedirá a cada participante que recuerden las historias que presentaron y que reflexionen sobre algo que no estén haciendo actualmente y que ahora se creen capaces de cambiar. Posteriormente se les pedirá que pongan su nombre y escriban aquello de lo que se sienten capaces ahora y lo decoren a su gusto.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria	-Papel Kraft -Hojas blancas y de colores -Plumones -Revistas -Tijeras -Pegamento
Actividades físicas en el patio	30 min.	-Fortalecimiento de músculos.	El instructor explicará y ejecutará con los participantes ejercicios físicos encargados de fortalecer los huesos como, saltar la cuerda, correr y bailar. Se pulirán los últimos detalles de la rutina gimnastica creada por los participantes.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria	-Recurso humano
Hidratación	5 min.	-Hidratación	Se remarca la importancia de hidratarse después de realizar actividad física.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria	-Recurso humano -Botellas de agua.

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 8. Yo sí me pongo la camiseta.</b>					
<b>Objetivos:</b> Promoción de la autoeficacia para un estilo de vida saludable.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Saludo	5 min.	-Síntesis de todas las sesiones del taller.	El instructor hará un resumen de lo revisado durante las sesiones. Agradecerá a los alumnos su participación durante todo el taller y les reiterará que son capaces de lograr aquellas cosas de las que se crean muy capaces de lograr.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Inicio de la presentación del taller	5 min.	-Bienvenida a los alumnos	El instructor dará la bienvenida a los alumnos de otras aulas y se les pedirá que respeten a sus compañeros quienes les compartirán lo que han visto a lo largo del mes.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
¿Qué es la autoeficacia?	5 min.	-Autoeficacia	Un grupo de alumnos presentará en un cartel elaborado por ellos mismos, con el significado “ <i>autoeficacia</i> ” y su importancia.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
¿Por qué nos alimentamos?	5 min.	-Alimentación saludable	Un grupo de alumnos presentará un cartel elaborado por ellos mismos el <i>¿Por qué nos alimentamos?</i>	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 8. Yo sí me pongo la camiseta (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Promoción de la autoeficacia para un estilo de vida saludable.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
Plato del bien comer	5 min.	-Alimentos que integran el plato del bien comer	Un grupo de alumnos expondrán el <i>plato del bien comer</i> y su importancia.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Presentación de carteles	5 min.	-Alimentación saludable	Los alumnos expondrán los carteles previamente elaborados durante el taller, en los que se encuentran sus frutas, verduras u hortalizas favoritas mencionando nombre, características, procedencia y platos que se pueden preparar.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Degustación de alimentos	10 min.	-Alimentación saludable	Se brindará a los alumnos una degustación de los alimentos que se les han mencionado para que los conozcan.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Jarra del buen beber	5 min.	-Alimentación saludable	Un grupo de alumnos presentará un cartel elaborado por ellos mismos hablando de <i>la jarra del buen beber</i> .	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Pirámide de la actividad física	5 min.	-Actividad física	Un grupo de alumnos explicará en qué consiste cada nivel de la <i>pirámide de la actividad física</i> .	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano

*La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil.*

<b>Carta descriptiva</b>					
<b>Sesión 8. Yo sí me pongo la camiseta (Continuación).</b>					
<b>Objetivos:</b> Promoción de la autoeficacia para un estilo de vida saludable.					
<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>	<b>Temas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Material</b>
¿Qué es la obesidad? ¿Cuáles son sus causas y consecuencias?	5 min.	-Obesidad. Causas y consecuencias.	Un grupo de alumnos expondrá el tema de "obesidad" así como sus causas y consecuencias.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
¿Se puede prevenir?	5 min.	-Prevención de la obesidad	Un grupo de alumnos presentará diferentes propuestas para prevenir la obesidad.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Presentación de tablas gimnásticas	40 min.	-Actividad física	Cada grupo de alumnos presentará la tabla gimnástica realizada y ensayada desde las primeras sesiones del taller.	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano
Cierre del taller	5 min.	-Cierre del taller	Se agradecerá a cada uno de los alumnos que participaron en el taller motivándolos a creer en sus propias capacidades para lograr las metas que se propongan. Se entregará a cada participante una playera con la leyenda "SOY CAPAZ DE ALIMENTARME SANAMENTE".	Toda la comunidad escolar	-Recurso humano

## **CONCLUSIONES**

Dado que la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia, su tratamiento debe centrarse en promover una alimentación saludable, variada y equilibrada que permita un crecimiento adecuado, la práctica regular de actividad física y la modificación de actividades y comportamientos alimentarios de los niños y su entorno familiar. La necesidad de contar con nuevas estrategias orientadas a inculcar estilos de vida saludables en edades tempranas llevo a proponer este taller basado en la promoción temprana de actividad física y hábitos alimentarios correctos, es por eso que a lo largo del mismo se ofrece a los participantes la oportunidad de que a través de una educación integral adquieran conocimientos sobre estilos de vida saludables y logren ser capaces de hacerlos parte de su vida cotidiana.

Su importancia radica en que la prevención de la obesidad en la niñez es mucho más efectiva que revertirla cuando ya existe en la etapa adulta así como sus comorbilidades asociadas ocasionadas por esta condición, lo que hace que la prevención sea prioritaria en etapas tempranas.

Este taller además, ayudará a los participantes a introducir cambios en su alimentación y en la realización de actividad física haciendo uso de la variable autoeficacia como estrategia para llevar a cabo conductas saludables y de esta forma prevenir la obesidad en esta etapa de desarrollo tan importante.

Se ha comprobado que las intervenciones realizadas a nivel escolar son una de las estrategias más importantes para combatir la obesidad en la población infantil, esto debido a que los primeros años de enseñanza básica constituyen un periodo fundamental de desarrollo de hábitos de alimentación así como para crear el hábito de realizar actividad física, el contacto con el profesorado es constante, existe mayor posibilidad de integrar a los padres y el costo por niño en un programa de prevención es bajo si se compara con los costos para tratar las morbilidades asociadas a la obesidad.

Debido a que la autoeficacia señala la importancia acerca de las propias capacidades para organizar y ejecutar acciones en pro de la salud, estas influirán sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas mejorando su estilo de vida. A partir del presente taller se ofrece que los niños que hayan estado expuestos incrementen su rendimiento escolar, debido a que en la información se encuentra la importancia de creer en la capacidad de que pueden realizar acciones que los beneficien, como alimentarse sanamente, realizar actividad física, e incluso salir bien en los exámenes (atención y memoria).

Se concluye que al ser un taller que integra diversos aspectos relacionados a estilos de vida saludable permitirá a corto plazo que el niño sea agente promotor de conductas saludables dentro de su familia y comunidad, a mediano y largo plazo, que el conocimiento adquirido sea significativo y se mantenga en la edad adulta.

Finalmente, se destaca que mientras más tiempo permanece un hábito, más tiempo también costará erradicarlo y puede incluso no ser modificado por lo que la educación hacia un estilo de vida saludable, debe incluir el trabajo conjunto de la familia, el contexto escolar y un equipo multidisciplinario de salud.

## REFERENCIAS

- Aedo, Á, & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 324-329. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001000006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000006)
- Aedo, S. M. A., Fernández, G. T. N. J., Rodríguez, V. G., Suinaga, R. T. C., & Gómez, M. A. (2016). Efecto de una intervención educativa sobre los conocimientos y la autoeficacia hacia la actividad física y la alimentación en escolares de Quintana Roo. *Rednutrición*, 7(20), 275-285.
- Al-Ali, N., & Arriaga, A. A. (2016). Los elementos de efectividad de los programas de educación nutricional infantil: la educación nutricional culinaria y sus beneficios. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(1), 61-68.
- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatric. (2008). *La Obesidad en Niños y Adolescentes*. Recuperado de [http://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FF-Spanish/La-Obesidad-en-los-Ni%C3%B1os-y-Adolescentes-079.aspx](http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FF-Spanish/La-Obesidad-en-los-Ni%C3%B1os-y-Adolescentes-079.aspx)
- Annesi, J. J. (2006). Relations of physical self-concept and self-efficacy with frequency of voluntary physical activity in preadolescents: Implications for after-school care programming. *PubMed*, 61(4), 515-520.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254-261. Recuperado de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005)

- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1977). Cognitive process mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios en la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Barquera, S., Rivera, J., Campos, I., Hernández, L., Santos-Burgoa... & Hernández, M. (2012). *Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Secretaría de Salud, México.
- Barrios, D. A. L. (2015). *Autoeficacia para la practica de actividad fisica en niños de 7 a 10 años*. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- Bravender, T., Russell, A., Chung, J. R., & Armstrong, C. S.(2010). A “Novel” Intervention: Pilot Study of Children’s Literature and Healthy Lifestyles. *Pediatrics*, 125(3), 489-497.
- Bellizi, M. C., Dietz, W. H. (1999). Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 173S-175S.
- Bilbao, L., Chavez, J., & Juarez, E. (2013). Definición, etiología y clasificación del sobrepeso y la obesidad. En Rodríguez, P. Larrosa, A. (Eds.), *Desnutrición y obesidad en pediatría*. (pp. 167-178). México: Alfil.

- Bonvecchio, A., Safdie, M. Theodore, F., Aburto, N. Gust, T., Villanueva, M., Nava, F., & Rivera, J. A. (2007). Diseño y evaluación de una estrategia para la prevención de la obesidad en el niño mexicano. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 49, 229.
- Briceño-León, R. (2000). *Bienestar, salud pública y cambio social*. En Briceño-León, R., De Souza, M., y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias* (pp. 15-24). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Calleja-Fernández, A., Muñoz -Weigand, C., Ballesteros-Pomar , M. D., Vidal-Casariago, A., López-Gómez, J.J., Cano-Rodríguez, I., García-Arias, M.T. & García-Fernández, M.C. (2011). Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 560-565. Recuperado en 22 de junio de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid=s0212-16112011000300019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=s0212-16112011000300019&lng=es&tlng=es).
- Carrada-Bravo, T. (2000). Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. *Revista del Instituto Nacional de enfermedades respiratorias*, 13(1), 51-62. Recuperado el 22 de Julio del 2016 de [www.medigraphic.com/pdfs/iner](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner)
- Carrasco, M., & Barrio, V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes, *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Castillo-Ruiz, O., Téllez-Luis, L. S. J., & Rodríguez-Castillejos, C. C. G. (2013). Factores que influyen en la prevención y tratamiento efectivo de la obesidad infantil. *Investigación y Ciencia*, 59, 57-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/674/67430113007/>
- Castro, A. M., Toledo, R. A. A., Macedo, C. L. E., & Inclán, R. V. (2012). La obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. *Revista Médica del Hospital General de México*. 75(1), 41-49.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *2000 CDC Growth Charts for the United States: Methods and Development*. Recuperado de [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_11/sr11\\_246.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf)

- Chiang, S. M. T., Torres, R. M, S., Maldonado, D. M. & González, R. U. (2003). Propuesta de un programa de promoción sobre un estilo de vida saludable en preescolares mediante una intervención multidisciplinaria. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(4), 245-252.
- Chinchilla, M. A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría: Concepto y Clasificación de la obesidad*. Barcelona, España: Masson.
- Córdoba, D. P. (2013). Actividad física como estrategia en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Gastrohnutp*, 15(1), S27-S29.
- Czeresnia, D. (1999). *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. Recuperado de [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia\\_\\_dina\\_\\_el\\_\\_concepto\\_de\\_salud\\_y\\_la\\_diferencia\\_entre\\_prevenicion\\_y\\_promocion\\_\\_CONCEPTO\\_DE\\_SALUD\\_DIFERENCIA\\_ENTRE\\_PROMOCION\\_Y\\_PREVENICION.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el__concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion__CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENICION.pdf)
- De la Cruz, S. E. & Pino, O. J. (2006). *Estilo de vida relacionado con la salud*. Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Murcia. Recuperado el 20 de julio de 2016 de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
- Díaz, M. X., Mena, B. C., Celis-Morales, C., Salas, C., & Valdivia, M. P. (2015). Efecto de un programa de actividad física y alimentación saludable aplicado a hijos y padres para la prevención de la obesidad infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 110-117.
- Espinosa, G. L. (2004). Cambios del modo de vida y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(3). Recuperado el 20 de julio de 2016 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009)

- Flores-León, A., González-Celis, A. & Valencia, A. ( 2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos. *Revista de psicología y salud*, 20 (10), 23-30.
- Fundación 5xDía (2015). 5 frutas y verduras por día. Disponible en: <http://cincopordia.com.mx/wpcinco/fundacion-campo-educacion-y-salud-a-c/>
- Giraldo, O. A., Toro, R. M. Y., Macías, L. M. A., Valencia, G. C. A., & Palacio, R. S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143. Recuperado en 20 de julio de 2016 de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Gómez-Díaz, R. A., Rábago- Rodríguez, R., Castillo-Sotelo, E., Vázquez-Estupiñan, F., Barba, R., Castell, A., Andrés-Henao, S. & Wachter, N.H (2008). Tratamiento del niño obeso. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6), 529-546.
- González, C. R., Valle, A. A., Freire, R. C., & Ferradás, C. M. (2012). Relaciones entre la autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 40-48.
- Guerrero, M. L. R. & León, S. A. R. (2010). Estilo de vida y salud. *Artículos arbitrados*, 14(48), 13-19. Recuperado el 25 de julio de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
- 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, S. R. M. E., Gómez-Peresmitré, G., García, M. M., & Del Castillo, A. A. (2011). Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 9 (2), 78-88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440009>

Hernández A. J. A., Velázquez, B. R., Martínez, M. E., Garoz, P. I., López, C. C. & López, R. A. (2008). Frecuencia de actividad física en niños y adolescentes: relación con su percepción de autoeficacia motriz, la práctica de su entorno social y su satisfacción con la educación física. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the study of education and Development*, 31(1), 79-92.

Hernández, M. H. (2010). *Modelo de Creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara*. Tesis de doctorado inédita. Departamento de psicopedagogía y educación física, Universidad de Alcalá.

Hurtado, M. S. D., & Nascimento, C. L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18, 655-662.

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2015). *PrevesIMSS en tu empresa, estrategia para fomentar el bienestar integral de los trabajadores*. Recuperado de <https://imssedomexpte.wordpress.com/2015/03/26/prevenimss-en-tu-empresa-estrategia-para-fomentar-el-bienestar-integral-de-los-trabajadores/>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSTE] (2015). Revisado en <http://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>

Jauregui, U. E. E., Lopez, T. J. R., Macías, S. A. N., Porras, R. S., Reynaga, E. P., Morales, A. J. J., & Cabrera, G, J. L. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 2 (2), 69-75. Recuperado de <http://revistas.um.es/sportk/article/download/194641/159741>

Kauffer, H., & 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://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462008000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462008000600009&script=sci_arttext)

- Kickbusch, I. (2001). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *Promoción de la Salud: una antología*, 557. Washington, D.C.: OPS
- Lizardo, A. E. & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista Médica Hondureña*, 79(4), 208-213.
- Llargues, E., Franco, R., Recasens, A., Nadal, A., Vila, M., Perez, M. J., Manresa, J. M., Recasens, I. Salvador, G., Serra, J., Roure, E., & Castells, C. (2011). Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: the AVall study. *PubMed*, 65(10), 896-901.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning behavior relationship in intervention designer to promote physical activity. *Psychology & Health*, 26, 151-166.
- Marqués Molías, F., Cabezas Peña, C., Camaralles Guillem, F., Córdoba García, R., Gómez Puente, J., Muños Seco, E., Ramírez Manent, J. I., Díaz Herráez, D., López Santiago, A., Megido Badía, M. J., Navarro Matillas, B., & Robledo de Dios, T. (2009). *Recomendaciones sobre el estilo de vida*. Recuperado el 25 de julio de 2016 de <http://myslide.es/documents/estilos-de-vida-y-salud.html>
- Maya, S. L. H. (2001). Estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. *Centro de documentación Virtual en Recreación, Tiempo libre y Ocio – FUNLIBRE*. Recuperado el 20 de julio de 2016 de [www.funlibre.org/documentos/lemaya1](http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1)
- Mittelbrunn, P. C. (2013). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. *Asociación para la defensa de la sanidad pública*. Recuperado de [http://fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado\\_7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)

- Norma Oficial Mexicana. (2012). *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Secretaria de Salud. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)
- Oblitas, G. L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ª ed.). Bogotá: Cengage learning.
- Olaz, F. O. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología U.N.C Argentina.
- Oliva, R. R., Tous, R. M., Gil, B. B., Longo, G. A., Pereira, C. J. L., & García, L. P. P. (2013). Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartidas por un profesional sanitario. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1567-1573.
- Olivari M. C., & Urra M. E. (2007) Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(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.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1995). El estudio físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. *Serie de Informes Técnicos de la OMS*, 854.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *Promoción de la salud*. Glosario, Ginebra, DC: Autor. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial*. Recuperado de [http://www.who.int/gard/publications/B122\\_9-sp.pdf](http://www.who.int/gard/publications/B122_9-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización mundial de la salud [OMS] (2016) *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 20 de julio de 2016 de [www.who.int/suggestions/faq/es/](http://www.who.int/suggestions/faq/es/)

Organización para la Cooperación y Desarrollo económicos [OCDE] (2013). *La obesidad y la economía de la prevención*. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/46068468.pdf>

Ortiz-Pérez, H., Molina-Frechero, N., Martínez-Barbosa, I., & Córdova-Moreno, R. (2015). Contenido nutricional de los alimentos promovidos por el canal 5 de la televisión mexicana dirigidos a la población infantil. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(3), 260-266. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n3/art06.pdf>

Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy*. Recuperado de <http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html>

Perea, Q. R. (2004). *Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Prieto, N. L. (2001). La autoeficacia en el contexto académico: exploración bibliográfica comentada. *Miscelánea comillas*, 53, 281-292.

Quizán-Plata, T., Villareal, M. L., Esparza, R. J., Bolaños, V. A. V. & Díaz, Z. R. (2014). Programa educativo afecta positivamente el consumo de grasa, frutas, verduras y actividad física en escolares Mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(3), 552-561.

- Reidl, L., Guillén, R. (2014). Importancia del estudio y tratamiento de la obesidad. En Guillén, R. R. S., *Psicología de la obesidad: Esferas de vida. Multidisciplina y complejidad.* (2ª ed.). (pp. 23-28). México: Manual Moderno.
- Restrepo, E. H. (2001). Conceptos y definiciones. En Restrepo, E. H. & Málaga, H., *Promoción de la salud: como construir una vida saludable* (pp. 24-33). Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Rodríguez, S. J., & Maza, V. X. T. (2015). *Autoeficacia percibida y conductas saludables en escolares de primaria.* Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Román Y., Díaz B., & Cárdenas M., & Lugli Z. (2007). Construcción y validación de Inventario Autoeficacia percibida para el control de peso. *Revista Ciencia y salud*, 18(1), 45-58.
- Ruiz-Sandoval, J. L., León-Jiménez, C., Chiquete Anaya, E., Sosa-Hernández, J. L., Espinosa-Casillas, C. A., Cantú-Brito, C., & Villareal Careaga, J. (2010). Estilos de vida y prevención primaria y secundaria de enfermedad vascular cerebral. *Revista de Investigación Clínica*, 62(2), 181-19.
- Ruiz, V. M., Berrocal, C., López, A. E., & Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de la conducta de ingesta. *Psicothema*, 15(1), 36-40. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1019.pdf>
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Dirección General de Salud Pública*, 12 (1), 5-12.
- Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., & Urrego, M. D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15(2), 207-217.
- Sánchez-García, R., Reyes-Morales, H., & González-Unzaga, M. A. (2014). Preferencias alimentarias y estado de nutrición en niños escolares de las Ciudad de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(6), 358-366. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462014000600006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000600006)

San Martín, Hernán (1997). *Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano*. Buendía J. Gerontología y Salud. Madrid.

Schoenbach, J. V. (2000). *El fenómeno de la enfermedad. Conceptos de definición, clasificación, detección y rastreo de enfermedades y otros estados de salud*. El concepto de historia natural, el espectro del desarrollo y las manifestaciones de las condiciones patológicas en individuos y poblaciones. 59-87. Recuperado de <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/FenomenoDeLaEnfermedad.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*. Recuperado de [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion\\_sept.pdf](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf)

Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el control de Sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México: IEPSA.

Secretaría de Salud. (2015). *Chécate, Mídete, Muévete*. Recuperado de <http://checatemitetemuevete.gob.mx/>

Secretaría de Salud. (2015). *Muévete y metete en cintura*. Recuperado de [http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=55](http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=55)

Secretaría de Salud. (2016). *Estrategia 5 pasos para la salud escolar*. Recuperado de [http://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia\\_5\\_pasos.pdf](http://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia_5_pasos.pdf)

Seo, N. S., Kim, Y. H., & Kang, H. Y. (2005). Effects of an obesity control program based on behavior modification and self-efficacy in obese elementary school children. *PubMed*, 35(3), 611-20.

- Tarro, L., Llauradó, Albaladejo, R., Moriña, D., Arijá, V., Solà, R., & Giralt, M. (2014). A primary-school-based study to reduce the prevalence of childhood obesity-the EdAI (Educación en Alimentación) study: a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 1-13.
- Tuuri, G., Zanovec, M., Silverman, L., Geaghan, J., Solmon, M., Holston, D., Guarino, A., Roy, H., & Murphy, E. (2008). "Smart Bodies" school wellness program increased children's knowledge of healthy nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. *Appetite*, 52, 445-451.
- UNICEF (2013). *Salud y Nutrición*. Recuperado de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Universidad de Sevilla (2015). Estilos de vida saludables. *Estilos de vida y promoción de la salud: material didáctico*, 1-30. Recuperado de <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
- Vadillo, O. F., González, C. T., Garibay, N. N., & García, A. (2013). *Obesidad Infantil*. En Rivera, D. J. A., Hernández, A. M., Aguilar, S. C. A., Vadillo, R. C., & Murayama (Eds.), *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de estado* (pp.290-322) México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial de la UNAM.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna*, 33(1), 11-14.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.

# **ANEXOS**









17. Soy capaz de hacer ejercicio regularmente.

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

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

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

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

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

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

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

21. Soy capaz de caminar más rápido.

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





México D.F. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por este medio solicitamos el consentimiento para que su hijo (a) \_\_\_\_\_ participe activamente en un taller de prevención cuyo propósito es promover estilos de vida saludable que lleva por título “**La estrategia de la autoeficacia en la prevención de la obesidad infantil**”. Dicho taller se aplicará en las instalaciones de la escuela primaria \_\_\_\_\_ y está dirigido a los niños de 4°, 5° y 6° año. Este taller está a cargo de la pasante en Psicología Luisa Fernanda González González egresada de la Universidad Salesiana, en el taller se abordarán temas como autoeficacia, alimentación saludable y actividad física. Es importante subrayar que se cuenta con el apoyo de los profesores de esta institución y de acuerdo a los criterios éticos que rigen nuestra disciplina, es mi deber darle a conocer, a usted y a su hijo (a), las siguientes consideraciones:

- ◆ Se solicitara la participación voluntaria a las participantes (sus hijos)
- ◆ Se mantendrá el anonimato de los mismos
- ◆ Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación
- ◆ Los participantes podrán abandonar la intervención si así lo deciden, sin que esto implique ningún riesgo para su salud.
- ◆ No se utilizara ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de su hijo.
- ◆ Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades de la escuela, y si ustedes lo deciden, se llevara a cabo una exposición de los mismos.

Si usted considera que su hijo puede beneficiarse participando en dicho programa, le solicitamos su consentimiento firmado. Si desea más información al respecto me pongo a su disposición en las instalaciones de la escuela durante los días de aplicación del taller o en el teléfono 53962430.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante