



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

“Contrastación de creencias de padres con hijos en sobrepeso y normopeso y su relación con hábitos saludables”.

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A (N):**

**Nelli Stefanie Zetina Mera**  
**Edna Del Valle Salgado**

**Director: Mtro. Angel Francisco García Pacheco**  
**Dictaminadores: Lic. Marco Vinicio Velasco Del Valle**  
**Lic. Karina Serrano Alvarado**

Los Reyes Iztacala, Edo. De México,

2013.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	4
<b>Capítulo 1. Sobrepeso y Obesidad.</b>	
1.1 Sobrepeso y obesidad, la nueva enfermedad	8
1.2 sobrepeso y obesidad en la infancia	10
<b>Capítulo 2. Factor genético y Socio-Cultural</b>	
2.1 Factor genético	13
2.2 Factor socio-cultural	16
<b>Capítulo 3. Creencias</b>	
3.1 Estilos de vida	19
<b>Capítulo 4. Hábitos de alimentación y actividad física</b>	
4.1 Alimentación	22
4.2 Actividad Física	26
<b>Capítulo 5. Imagen corporal e intervenciones psicológicas</b>	
5.1 Afecciones psicológicas en niños con sobrepeso y obesidad	33
5.2 Imagen corporal	35
5.3 Intervenciones psicológicas	36
5.4 Técnicas de modificación de conducta.	39
<b>Método</b>	44
<b>Procedimiento</b>	47
<b>Resultados</b>	
8.1. Análisis estadístico	49
8.2. Descriptivos	49

8.3. Alimentación	53
8.4. Correlación	57
8.5. Comparación	61
8.6 Análisis Cualitativo	65
8.6.1 Creencias sobre prácticas de alimentación	65
8.6.2 Creencias sobre actividad física	68
8.6.3 Creencias sobre imagen corporal	71
8.6.4 Creencias sobre el factor hereditario	76
8.6.5 Creencias del factor sociocultural	78
<b>Discusión</b>	81
<b>Conclusión</b>	86
<b>Bibliografía</b>	89
<b>Anexos</b>	

## RESUMEN

Algunas enfermedades pueden prevenirse por el individuo comportándose saludablemente; La organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE, 2012) da a conocer que México es el 4º lugar en obesidad infantil y que el 70% de la población adulta sufre de sobrepeso, además de ser el 2º lugar en obesidad a nivel mundial. La relación entre padres e hijos es una línea clara de investigación desde hace algunos años. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue contrastar las creencias de padres que tienen hijos con sobrepeso y normopeso, así como identificar la relación con algunos hábitos saludables.

**Participantes.** 58 padres con hijos de entre 6 y 9 años, que cursan la educación primaria pública, con normopeso y sobrepeso infantil.

**Diseño.** Se realizó un estudio no experimental de tipo transversal, con un diseño correlacional. Se utilizó una metodología cuantitativa y cualitativa.

**Resultados.** En el análisis cuantitativo se encontraron asociaciones lineales estadísticamente significativas e inversamente proporcionales entre el IMC de los participantes y su gasto energético metabólico ( $rP = -0.006$ ,  $p < 0.01$ ), entre diámetro de cintura e índice de masa corporal ( $rP = .730$ ,  $p < .01$ ), además entre IMC y MET's totales ( $rP = -.360$ ,  $p < .05$ ); por otro lado, no se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, entre el IMC de los participantes y el IMC de sus hijos ( $rP = -0.411$ ,  $p > 0.05$ ). Las comparaciones muestran diferencias del gasto energético metabólico ( $X^2(1) = 13.150$ ,  $p < 0.05$ ) y en los grupos por tipo de peso ( $X^2(1) = 26.947$ ,  $p < 0.05$ ). En el análisis cualitativo no se encontró diferencia en ambos grupos de padres, es decir, los padres mantienen creencias similares con respecto de los problemas de peso y de su forma de prevenirlos.

**Conclusión.** Las creencias fundadas en la falta de información de los adultos resultan conductas de riesgo para ellos y sus hijos, lo que supone un incremento gradual en el peso de sus hijos aun cuando se considera tener un régimen alimenticio adecuado.

# INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se define como un estado de bienestar, aún hoy, no existe un consenso acerca de este concepto, que integre la capacidad funcional, el grado y la calidad de interacción social, el bienestar psicológico, las sensaciones físicas o somáticas, tales como el dolor y la satisfacción con la propia vida. Suele denominarse calidad de vida en relación a la salud; en este sentido se utilizan valores más amplios que los que miden específicamente la salud, incluyendo la libertad, los aspectos económicos y la calidad del entorno (Manidi, 2002).

En relación a lo anterior Gregory (2009) menciona que, calidad de vida es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, entre otros. Indicadores de calidad de vida incluyen ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social.

Para Braguinsky (1999), la expresión calidad de vida es de alguna manera elástica y puede ser estudiada considerando algunos aspectos objetivos de la vida de cada persona; por ejemplo, los indicadores provenientes del marco económico, médico y social, como ingreso familiar, la calidad de la vivienda, empleo, tasa de mortalidad.

Por su parte la OMS (1998) define calidad 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 tanto por los factores psicosociales como por las características personales, considerándolo como sinónimo de las conductas relacionadas con la salud.

Es posible notar que el concepto de calidad de vida abarca distintos factores; sin embargo a lo que se refiere en salud, es un concepto más amplio en el que se involucran múltiples causas, que la pueden llevar a verse afectada, uno de estos

son las enfermedades, que en muchas ocasiones pueden ser prevenidas por el propio individuo; tal es el caso del sobrepeso y la obesidad.

La epidemia de la obesidad despegó alrededor de 1980 y desde entonces ha ido creciendo inexorablemente en la mayor parte de los países. Es un problema de salud pública, de alcance mundial, con un elevado costo sanitario, social y económico. Tiene un negativo impacto para la salud, aumentando los riesgos individuales de desarrollar una serie de condiciones médicas muy relevantes como la diabetes, la hipertensión, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. El 70% de la población adulta en nuestro país sufre de sobrepeso. En México la obesidad ha afectado más a las mujeres ya que el 34% sufre de sobrepeso a comparación con los hombres que son un 24.2% de la población. Hoy en día México se encuentra en segundo lugar de los países con mayor índice de obesidad en su población con el 30%, superado de nuevo por Estados Unidos de América con el 33.8%, según datos dados a conocer por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE 2012).

La obesidad infantil en uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, ya que los niños con sobrepeso tienen muchas probabilidades de convertirse en adultos obesos, y en comparación con los niños en normopeso, tienen más probabilidad de sufrir a edades más tempranas diabetes y enfermedades cardiovasculares. En el 2005 había en el mundo más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso, siendo el sobrepeso y la obesidad los principales causantes de muertes en el mundo más que la desnutrición. (Vazquez, De Cos y Nomdedeu 2011).

La obesidad en población infantil entre cinco y once años aumentó en México un 40 por ciento entre 1999 y 2006. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN, 1999) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en escolares de ambos sexos aumentó un tercio en ese lapso, el sexo masculino mostró los mayores aumentos en obesidad. Según estos resultados, uno de cada tres adolescentes presentaba

obesidad o sobrepeso, lo que representó 5, 757,400 adolescentes en el país con estas enfermedades. Las cifras corresponden con la Organización Mundial de la Salud quien indicó en 2010 que el 31 por ciento de los mexicanos de entre 5 y 17 años manifestaba obesidad, ocupando el primer lugar en obesidad infantil (Duran, 2010) y ya para 2012, México ocuparía el cuarto lugar superado por Grecia, Estados Unidos e Italia.

Estos datos no son alentadores ya que México sigue ocupando los primeros lugares ante la presencia de sobrepeso y obesidad en su población, a pesar de las medidas que se han tomado ante esta problemática, entre las que destaca la creación de programas de prevención, se creó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como estrategia para combatir el sobrepeso y la obesidad, en este sentido se comenzó por la modificación al reglamento de las escuelas para disminuir la venta de comida chatarra a los estudiantes.

Por otro lado, la televisión y la radio difundieron una campaña llamada “5 Pasos”, que promueve la adopción de hábitos saludables de forma sencilla y fácil de recordar. Las cinco recomendaciones son: actívate, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte; de igual forma el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó el programa Prevenimss y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) un similar llamado Prevenissste, cuya labor se centraría en llevar un control del peso y la talla de los derechohabientes, diagnosticar enfermedades como diabetes e hipertensión y mantenerlas también bajo control (Secretaría de salud 2010). Sin embargo estos programas no han generado el impacto esperado en la población, ya que la prevalencia en el aumento de peso en la población Mexicana continúa, como se mencionó anteriormente se sigue ocupando los primeros lugares en sobrepeso y obesidad a nivel mundial.

Con base en los datos presentados y la importancia de la calidad de vida en el proceso de salud enfermedad, se pretende tomar como indicador las creencias de los padres que tienen hijos con sobrepeso y normopesos para contrastar sus creencias, así como identificar la relación con algunos hábitos saludables.

# SOBREPESO Y OBESIDAD

## 1.1 Sobrepeso y obesidad, la nueva enfermedad.

En la mayor parte de los registros hospitalarios y epidemiológicos no se había considerado a la obesidad como un dato a recopilar sino hasta épocas recientes, y aun así, solo de una manera incipiente y esporádica; sería más frecuente considerarlo como un factor de riesgo que como un problema por si misma (Lizardo, 2002). Méndez (2002) coincide en que el sobrepeso y la obesidad no han sido considerados como una enfermedad, sino hasta muy recientemente y se ha convertido en una patología al igual que la delgadez un ideal de belleza, siendo la preocupación más un asunto de estética que por asuntos de salud.

A pesar de que el sobrepeso y la obesidad no son problemas relativamente nuevos, la (OMS, 1999) define a la obesidad como una enfermedad en la que un acúmulo excesivo de grasa perjudica la salud. A partir de ahí las investigaciones son cada vez más frecuentes acotando las aproximaciones al fenómeno de la obesidad. Gallardo y Moreno (2001) mencionan que el término sobrepeso se utiliza para indicar un exceso de peso en relación con la estatura, se trata de un exceso leve de peso, mientras que la obesidad se refiere a excesos muchos mayores de peso que afectan seriamente a la salud. La diferencia entre estos dos términos no es arbitraria, se define a partir del índice de masa corporal, es decir, un cálculo específico del peso en relación con la estatura. Marquez y Garatachea (2009) mencionan que la obesidad se define como el índice de masa corporal superior a 30, mientras que los valores entre 25 y 29,9 se consideran como indicativos de sobrepeso.

Por otra parte, De la Serna (2008) comenta que la obesidad es una desviación del peso corporal por encima de los estándares, con una proporción anormalmente alta de grasa sobre la masa total del cuerpo se debe a una acumulación de energía sobrante, por un desequilibrio entre lo comido y lo gastado a causa de una

elevada ingesta, poca pérdida de energía o un sistema metabólico hipoactivo. Cuando el peso supera en un 30% a lo que corresponde por edad, talla y constitución provoca importantes repercusiones en la salud, con consecuencias sociales, psicológicas laborales y económicas. Por lo que el peso corporal está en función del balance energético, es decir, de la relación entre el aporte calórico y el gasto de energía, un balance energético positivo da lugar a una ganancia de peso, mientras que un balance energético negativo tiene el efecto contrario.

Uno de los principales escollos para evaluar la magnitud del problema ha sido la disparidad de criterios para definir la obesidad y sus grados. Esta circunstancia ha hecho difícil realizar comparaciones y valorar de manera objetiva y rigurosa la evolución del problema.

Desde una perspectiva de salud pública, abordar la problemática de la obesidad nos lleva sin duda a considerar la relación entre la composición corporal (y por tanto la adiposidad) y la mortalidad y la morbilidad a largo plazo con el fin de poder establecer el concepto de “peso saludable”. El IMC es un índice de peso para altura, que se relaciona fuertemente con la adiposidad total.

Se clasifica el estado nutricional en: 1) delgadez o desnutrición calórica; 2) normalidad; y 3) sobrenutrición, subdividida a su vez en: sobrepeso y obesidades grado I a III. (Vazquez, De Cos y Nomdedeu 2011).

Los términos obesidad, sobrepeso y adiposidad no son sinónimos, ya que se habla de obesidad cuando el índice de masa corporal es superior a 30, considerando altura, constitución y edad, cuando el IMC sobrepasa 40 se habla de obesidad mórbida; el peso ideal sería el que mantiene un IMC de 20-25 y es el más saludable. La adiposidad hace referencia al exceso de grasa corporal y a su distribución; dichos cálculos se realizan midiendo la masa grasa, la masa magra o el agua corporal (De la Serna, 2008).

La obesidad es una condición en la que el acumulo anormal o excesivo de grasa perjudica a la salud. La cuantificación de este exceso de grasa, así como su distribución en el organismo, puede hacerse por muy diversos métodos pero parecía imprescindible elegir un método sencillo que permitiese el diagnóstico y gradación del problema con fines epidemiológicos. Aunque las poblaciones de distintas razas y entornos ambientales muy diferentes varían en cuanto al riesgo que supone el acumulo de una determinada cantidad de grasa o un reparto de la misma, lo cierto es que era muy importante la unificación en la definición y gradación de la obesidad. Esta unificación se decide según el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura (Vazquez, De Cos y Nomdedeu 2011).

El aumento en la prevalencia de los casos de sobrepeso y la obesidad en todo el mundo se produce sobre un fondo de reducción progresiva en el gasto calórico energético derivado del trabajo y de las actividades laborales, así como por un elevado aporte calórico en la dieta, siendo un fenómeno cada vez más extendido, tanto en los adultos como en la población infantil.

En el caso de la obesidad infantil debe hacerse a partir de los percentiles del IMC. Este índice es muy cambiante durante el desarrollo: asciende rápidamente en la primera infancia, cae durante la edad preescolar, para volver a ascender hasta la vida adulta. Por eso no es posible utilizar punto de corte como en la población adulta y se necesitan curvas de referencia poblacionales del IMC para niños. (Vazquez, De Cos y Nomdedeu, 2011).

## **1.2 Sobrepeso y obesidad en la infancia.**

El sobrepeso y la obesidad se pueden prevenir desde muy temprana edad por lo que es importante la intervención desde la etapa infantil. Tanto en México como en otras partes del mundo la obesidad infantil, se ha incrementado a tal grado, que constituye un problema importante de salud pública, es considerada como una

epidemia. Un estudio que causo impacto fue el informe de la Encuesta Urbana de alimentación y nutrición (2002), realizadas a familias de nivel socioeconómico bajo en el área metropolitana de la ciudad de México, en este reporte, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preescolares va en aumento. (Korbaman, 2002). Por ejemplo De la Serna (2008) argumenta que en los niños, existe sobrepeso en el 14-15% de la población entre los 6-12 años; resulta especialmente grave, porque se origina una obesidad hiperplásica difícil de controlar en el futuro, donde el aumento de casos infantiles se ha relacionado con negligencias por parte de los padres, alimentación inadecuada "comida basura" y con el abuso de ver televisión se come más y se hace menos ejercicio; lo que predeciría que una cuarta parte de los obesos lo son desde la infancia y tres cuartas partes se harían así en la edad adulta.

Una referencia obligada para México es Estados Unidos, en la tercera encuesta sobre salud nacional se observó que al comparar los resultados de la incidencia de obesidad en tres periodos se encontró que: en los niños de 6 a 11 años, la obesidad aumentó de 7.6% en 1980 a 10.9% en 1991 y alcanzó el 14% en 1994; mientras que en los adolescentes de 12 a 17 años, hubo un incremento de 5.7% en 1980 a 10.8% en 1991 y alcanzó un 12% en 1994. Es decir en ambos grupos se observó un incremento de 50% en un lapso de tan solo 15 años, hallazgo verdaderamente preocupante. Así mismo se estima que entre 5% y 25% de los niños y adolescentes son obesos (Calzada, 2003).

Un problema de especial importancia es que la incidencia de enfermedades relacionadas con la obesidad está aumentando drásticamente en la infancia y aunque las consecuencias para la salud de exceso de grasa corporal no se manifiestan de forma inmediata, es muy probable que la epidemia actual de obesidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes se refleje más adelante en una prevalencia sin precedentes de la diabetes tipo II, cáncer de mama posmenopáusico, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, artritis en las rodillas, dolor de espalda y otras alteraciones (Marquez y Garatachea, 2009).

La etiología es multifactorial, con causas genéticas modificadas por otras hormonales, ambientales y de conducta; determinados tipos de alimentación y el sedentarismo lo favorecen, al igual que aspectos geográficos, familiares, étnicos, ambientales, profesionales y socioeconómicos. Los cambios en el estilo de vida, con incremento en la ingesta calórica, disminución de la actividad física y tendencia al sedentarismo han favorecido el aumento de la obesidad en los países occidentales.

La obesidad y el sobrepeso constituye particularmente en la infancia un problema de difícil medición y solución por diversos motivos relacionados con las características fisiológicas (etapa de crecimiento, desarrollo físico y maduración sexual) y psicológica (etapa crítica en el desarrollo de la imagen corporal y autoestima) Majem y Aranceta (2001).

# FACTOR GENÉTICO Y SOCIO- CULTURAL

## 2.1 Factor genético.

El interés por la genética de la obesidad humana fue en aumento durante la última década, en parte porque se corroboró que algunas formas de obesidad se asociaban con alto riesgo comorbilidades variadas y alto índice de mortalidad (Braguinsky, 1999). El sobrepeso y la obesidad no pueden ser contemplados únicamente como un problema endócrino o de comportamiento, ya que es sabido que si se somete a un grupo de individuos a un mismo régimen de ingesta de energía y ejercicio físico aparecerán diferencias individuales en cuanto a la ganancia o pérdida de masa corporal. Son los factores genéticos los que determinan esta variación interpersonal (Orera y Saavedra, 2005).

El componente hereditario se comenzó a valorar en las primeras décadas del siglo XX, pero solo en los últimos años se dispuso de datos objetivos sobre los posibles genes implicados en el desarrollo de la obesidad. El porcentaje de variaciones del contenido de tejido graso controlado por los genes no está todavía bien definido, pero se estima entre el 20-80%. En 1986, el epidemiólogo holandés Sturnkard concluye que el índice de masa corporal de 3.580 hombres y mujeres daneses adoptados se correlaciona con el de sus padres biológicos (con los que no habían convivido) y no con los adoptivos para todo el espectro, desde los delgados hasta los muy obesos.

La esperanza está puesta en la búsqueda de genes, dentro de las zonas cromosómicas señaladas como posiblemente asociadas con la obesidad. La UCP2, proteína desacopadora-2, parece ser la que más probabilidad tiene de convertirse en el primer gen responsable de la obesidad humana. Esta proteína se encuentra en la membrana mitocondriana y se expresa en el tejido adiposo (Calero 2005). Peña y Bacallo (2002) hablan sobre la hipótesis del “genotipo de ahorro”, el cual es el desarrollo de un mecanismo de adaptación metabólica. La

hipótesis postula que las poblaciones expuestas a un consumo inadecuado o fluctuante de alimentos, generan formas adaptativas, para lograr un nivel alto de eficiencia en el uso de la energía y el depósito de grasa.

Se pueden reconocer cuatro tipos de obesidad humana en relación a los fenotipos: el primero se caracteriza por un exceso de grasa corporal sin particular concentración adiposa en un sitio específico del organismo, el segundo fenotipo se define por un exceso de tejido adiposo en el tronco, particularmente en el área abdominal y es equivalente a la llamada obesidad androide o forma masculina de obesidad, el tercero presenta exceso depósito grasa en el área visceral del abdomen, y el último es la obesidad gluteofemoral que se observa principalmente en el sexo femenino (Bouchard,1999).

O'Donnell (2005) menciona que la obesidad es una enfermedad poligénica que resulta de la interacción de un número aún desconocido de genes, algunos de los cuales son responsables de una apreciable cantidad de la variación fenotípica, y otros en mucha menor proporción. Hasta el año 2001 se habían descrito más de 200 factores genéticos específicos relacionados con el riesgo de sobrepeso y obesidad. Diversos estudios han estimado que entre 30-50% y hasta 65-75% de la varianza en IMC o adiposidad puede ser explicado por causas genéticas. La inversa corresponde a factores ambientales. Este grado de heredabilidad de la obesidad es similar a la de la talla sin embargo, existe coincidencia que en la mayoría de los casos, factores ambientales contribuyen fuertemente al desarrollo del sobrepeso y obesidad y se ha considerado que aquellos niños genéticamente susceptibles de engordar están en riesgo, sino se modifica tempranamente el medioambiente en el que crecerán.

La segregación de los genes no es percibida directamente, y cualquiera que fuera la incidencia del genotipo sobre la etiología, ésta es generalmente atenuada o exacerbada por factores no genéticos.

Más de 200 genes intervienen en el proceso del hambre, apetito saciedad, eficiencia metabólica, tendencia a la actividad y termogénesis; el gen del apetito, el GAD2, aumenta la producción de una sustancia química que exacerba el apetito. La obesidad muestra una elevada asociación familiar. Si los dos padres presentan sobrepeso, el 80% de los hijos lo sufrirá; si ninguno de los padres lo sufre, el riesgo resulta inferior al 10% (De la Serna, 2008).

La obesidad humana no ha sido catalogada por el momento dentro del grupo de las enfermedades hereditarias. Sin embargo, estudios realizados sobre todo monozigóticos demuestran que existen en cierto modo un componente genético dentro de esta enfermedad. Sin embargo, está claro que los factores genéticos interactúan con los ambientales para determinar el contenido de grasa del cuerpo (Martín y Roche 2001).

Estudiando a grupos de familias y gemelos univitelinos y bivitelinos, Bouchard y cols llegaron a la conclusión de que el 50% de la variación de la grasa corporal es transmitible y de este componente, una mitad estaría bajo control genético y el otro bajo control no genético e incluso que la heredabilidad alcanzaría al 80%. Se ha encontrado un factor genético que influye en la heredabilidad de la cantidad de grasa subcutánea, distribución de la grasa corporal, densidad corporal y masa magra; la proporción de grasa total estaría más claramente determinada por las relaciones genéticas que por influencias ambientales y existirán factores hereditarios de tipo poligénico que incrementan el riesgo cuanto mayor es el número de obesos en la familia.

En otras palabras, la variación en la grasa corporal humana es producida por una red compleja de variables: genéticas, nutricionales, metabólicas, gasto energético, psicológicas y sociales.

## 2.2 Factor socio-cultural

Estamos rodeados de mensajes que nos inducen a pensar que nunca estamos lo suficientemente sanos ni somos lo suficientemente bellos. Dos factores abundan la proliferación de los más diversos productos dedicados al cuidado corporal: por un lado el continuo aumento en la incidencia de enfermedades hipocinéticas debida a estilos de vida sedentarios, y por otro lado, el creciente deseo de tener una apariencia inalcanzable (Devis, 2000). La obesidad es un problema complejo firmemente relacionado con factores socioculturales: por lo tanto, la calidad de vida puede tener diferentes dimensiones entre los distintos grupos poblacionales.

Braguinsky (1999) menciona que existen diferencias según sexo, raza y clase social; en general las mujeres son más gruesas que los varones en todas las culturas; además de que se observa una relación inversa entre obesidad y nivel económico, sobre todo en mujeres, siendo más obesas las de clase inferior.

Por otro lado el incremento en la dependencia de la tecnología ha reducido de forma sustancial la actividad física, relacionada con el trabajo y el gasto energético necesario para las actividades comunes de la vida diaria (Marquez y Garatachea, 2009). Estudios epidemiológicos sugieren que las principales causas están con los cambios ambientales y en los estilos de vida que han tenido lugar en los últimos tiempos donde los niños y jóvenes ocupan su tiempo de ocio principalmente en actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videoconsolas, utilizar una computadora, además de que la disminución de seguridad vial y la falta de independencia de los niños son más hechos que contribuyen a reducir la actividad física de éstos (Manidi 2002).

Pedron y Hernández (2001) resaltan la influencia de la televisión en cuanto a pautas de consumo y modelos de imagen corporal promoción del sedentarismo y

de hábitos de ingesta alimentaria asociados al tiempo en que se permanece delante de la pantalla.

Por lo que ver la televisión se ha convertido en la segunda actividad del niño después de dormir y la principal actividad de ocio y tiempo libre, ocupando ya más tiempo que el dedicado a la escuela, hay que añadirle el dedicado a los videojuegos y a las nuevas tecnologías de la información, como la computadora e internet, la telefonía móvil entre otros.

Con respecto a lo anterior se llevó a cabo una reciente revisión de los patrones de inactividad en adolescentes de Estados Unidos, de las 24 horas semanales que dedican a estas actividades, encontrando que 15.7 hrs. semanales corresponden a ver televisión, y 8.3 hrs. a videos, video juegos, computadora e internet. Al finalizar los estudios escolares, los niños de Estados Unidos han dedicado aproximadamente 3 años a ver la televisión. Es preocupante la progresiva privacidad con que el niño ve televisión, ya que solo una minoría de los padres la ven siempre con sus hijos y aumenta el número de niños que tiene televisión en la habitación, por lo que el control horario, de programas y anuncios y de lo que comen mientras lo ven es mínimo o inexistente. La visión de la televisión puede afectar negativamente la conducta y la salud de los niños, en especial por la inactividad que produce, la disminución del tiempo de actividad física que ocasiona y por los hábitos alimenticios que induce, ambos favoreciendo el riesgo de sobrepeso y obesidad Majem y Aranceta (2001).

Otro aspecto relevante es el ambiente de agresividad e inseguridad que se vive en los cordones periféricos urbanos lo que impide que la población practique ejercicios físicos en una forma sistemática, Peña y Bacallo (2002).

## CREENCIAS SOBRE SALUD

Existen distintos tipos de creencias: creencias sobre la causa, creencias sobre el significado, las cuales se traducirán en comportamientos congruentes con la creencia y creencias sobre la identidad, las cuales engloban causa, significado y límites y son éstas las que pueden impedir que la gente cambie, sobre todo porque muy a menudo no se es consciente de ellas. Las creencias pueden referirse al mundo exterior, incluyendo a las demás personas o pueden tener que ver con su propia identidad. Las creencias son en gran medida procesos de pensamiento organizado, puesto que son principalmente inconscientes, resultan difíciles de identificar (Dilts, Hallbom y Smith 1996).

Las creencias relacionadas a la salud se les han denominado salutismo, el cual es el sistema de creencias, valores y prácticas sociales que conforman una conciencia falsa o limitada sobre la salud. Determinados mensajes sobre la salud, muy arraigados en nuestra sociedad, nos induce a pensar que la salud es un valor absoluto que se logra a través del esfuerzo personal, sin tener en cuenta otros factores sociales, económicos, políticos y medioambientales. Es decir el salutismo es el entremado de creencias, valores y prácticas sociales que conforman una conciencia falsa o limitada sobre la salud. (Devis, 2000).

Las diversas creencias llevan a las personas a adoptar diversas actitudes con respecto a sus vidas, lo cual plantea cambios de costumbres y metas; ya sean a corto y mediano plazo. Así también, las creencias en torno a la obesidad, proporcionan diversas formas de adaptación al medio social que incluyen la aceptación de la condición física, la planeación de la vida día a día y los rituales de comportamiento referentes al estilo de vida. Por ejemplo Resendi (2006), enfatiza que para comprender las conceptualizaciones de los procesos salud-enfermedad, se deben estudiar dos cosas: la separación cuerpo-mente y la incorporación de aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

El modelo propuesto por Fishbein y Azjen (1980) permite obtener mediciones de los factores mediacionales de la conducta. La referencia para el concepto de creencia en el trabajo, es el de Azjen y Fishbein, 1975 quienes definen la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. Bajo este marco según los autores existen la formación de tres tipos de creencias: descriptivas, inferenciales e informativas.

La Teoría de la Acción Razonada menciona cinco etapas que ayudan a identificar aquellas creencias que fomenten la salud: 1) La percepción de riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones. 2) El reconocimiento de estos factores para otras personas como pares o grupos de referencia. 3) La percepción de los factores en sí mismo o aceptación de la susceptibilidad personal. 4) La decisión de adoptar la precaución y 5) La toma de decisiones. (Arrivillaga, M. 2003, pp.187).

Finalmente, las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.

Existe relación entre las áreas de la Teoría de la Acción Razonada propuesta por Azjen y Fishbein, (1980) y las creencias de los padres de niños de primaria respecto de la obesidad.

### **3.1 Estilo de vida**

Las creencias son resultado de la influencia contextual y sociocultural en la adquisición de hábitos a lo largo de la vida y determinan los estilos de vida adoptados por los sujetos. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus relaciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado

durante sus procesos de sociabilización, estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, entre otros; las cuales son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. Se considera una conducta aprendida que se forma en las primeras etapas de desarrollo de un individuo a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquirida es muy difícil de modificar (Dilts, 1996).

Mendoza (1994) matiza dicha definición al considerar estilo de vida como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo. En la siguiente tabla Mendoza enumera algunos factores determinantes.

Tabla 1. Factores determinantes de los estilos de vida

Factores determinantes	Rasgos
Características individuales.	Pueden ser genéticas o adquiridas: personalidad, interés, educación recibida.
Características del entorno microsocial.	Vivienda, familia, amigos, vecinos, ambiente laboral o estudiantil, grupos de adscripción voluntaria.
Factores macrosociales.	Sistema social, cultura imperante en la sociedad, influencia de los grupos económicos y otros grupos de presión, medios de comunicación, instituciones oficiales.
Medio físico-geográfico.	Condiciones de vida.

Un estilo de vida se estructura a partir de un conjunto de creencias y conductas que generan en el sujeto un interés, un atractivo intrínseco, preferente, que favorecen que éstas permanezcan como alternativa a otros patrones o estilos de vida que se consideran no saludables.

Por lo tanto, el estilo de vida es de naturaleza conductual y observable, y viene determinado por las creencias, actitudes, los valores y las motivaciones de los individuos; por lo que se pueden considerar como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud, entendiendo por patrones conductuales formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.

En opinión de Mendoza (1994), no puede hablarse de un único estilo de vida, puesto que dependería de la definición de salud que se adopte; aclarando que el estilo ideal de vida saludable no existe, porque implicaría que sólo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable; en el que cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro; por todo ello cabe pensar que quizás a lo que se debería hacer referencia es a hábitos saludables de vida.

El estilo de vida activo y el mantenerse en forma pueden prevenir la obesidad y el aumento de peso que se dan en personas de mediana edad. Además, la actividad física, asociada a una dieta hipocalórica, puede tener un efecto beneficioso en personas que ya son obesas o tienen sobrepeso (Marquez y Garatachea, 2005).

# HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

## 4.1 Alimentación

Todos los seres vivos requieren de alimento para su subsistencia, en el caso de los humanos la comida se halla rodeada de una serie de connotaciones sociales, económicas, culturales, psicológicas, ambientales, hedónicas que hacen del acto de comer una circunstancia muy compleja de estudiar y de analizar en sus componentes. Las razones para la aceptación o el rechazo de algunos alimentos se hallan impregnadas de experiencias personales agradables o desagradables y de concepciones culturales provenientes del pasado (O'Donnell 2005).

Actualmente vivimos en una sociedad con una importante y variada oferta de alimentos. Además la población cada vez está más sensibilizada frente a la necesidad y el deseo de mantener la salud y la importancia de la dieta, pero factores externos como modas, publicidad, horarios laborales, disponibilidad económica, entre otros influyen también a la hora de seleccionar los alimentos, la frecuencia de las comidas y el tipo de preparación culinaria (Orera y Saavedra, 2005).

En el caso del niño escolar la estrecha dependencia familiar se rompe y las relaciones se amplían a otros ámbitos. La escolarización le permite adquirir cierto grado de autonomía en su alimentación, al realizar algunas de las comidas fuera de su casa sin supervisión familiar. En esta etapa se consolidan los hábitos alimentarios y en este proceso tiene una importancia capital los factores educativos tanto en el seno de la familia como en la escuela. Además en el curso del proceso de socialización el niño consigue incorporar nuevos hábitos alimentarios. Por ello es fundamental que la familia sepa crear unos hábitos alimentarios saludables y reciba en la escuela el apoyo e instrucción suficiente para el desarrollo de estos (Pedrón y Hernández 2001).

Con respecto a las hábitos alimenticios Calzada, (2003) menciona que los cambios más importantes en el comportamiento que han ocurrido durante el último decenio, son la preferencia por alimentos altos en grasa con mayor densidad energética, aunada a un estilo de vida sedentario. Este último se relaciona con el uso de equipos eléctricos que ahorran trabajo en el hogar, el uso de transporte automático y la reducción en el tiempo invertido en actividad física por el aumento en el tiempo dedicado a ver televisión o trabajar con la computadora.

De la Serna (2008), menciona que la ingesta es la causa principal de obesidad, en el que el exceso de calorías ingeridas se acumula preferentemente en forma de grasa, la cual resulta difícil quemar porque el organismo prefiere quemar hidratos de carbono y la energía sobrante se acumula en forma de triglicéridos. Algunas personas tienen predisposición hacia la gordura, como si aprovecharan más la energía, el obeso primero incrementa el tamaño de las células adiposas y después el número, estas células una vez formadas no desaparecen y requieren más grasa para ser llenadas, por eso su importancia de prevenirlo desde la infancia impidiendo su multiplicación.

Cuando los niños comen en exceso, se eleva el número de adipocitos y después resulta difícil adelgazar, por lo que el número de células grasa aumenta hasta 5 veces entre el primer año y los 22; una vez formadas, no se reduce la cantidad aunque baje el peso, y sólo disminuye el tamaño. Cuando el máximo volumen de la célula se alcanza en la niñez, proliferan las células (hiperplasia). Un niño hiperplásico dispone de más células grasas que uno delgado y cuando crece tiene más riesgo de ser obeso.

Un estudio realizado por Loaiza y Atalah (2006) en el que el objetivo fue Determinar la prevalencia de obesidad en escolares de Punta Arenas y los principales factores de riesgo asociados en una muestra aleatoria, estratificada, proporcional de 361 escolares de los cuales se determinó peso, talla y se clasificó el estado nutricional de acuerdo a IMC. Aplicando una encuesta al escolar y su familia sobre variables biosociales, actividad física y consumo alimentario; entre

los resultados obtuvieron que la prevalencia de obesidad fuera 23,8% y 22% de sobrepeso. Los escolares ven en promedio  $3,0 \pm 1,7$  horas de TV/día y sólo practican actividad física extra programática  $0,7 \pm 1,4$  horas/semana. La alimentación es poco saludable. Los análisis multivariados demostraron mayor riesgo de obesidad con un IMC materno  $\geq 25$  (OR 2,8 IC 1,6-5,0), edad materna  $< 25$  o  $> 40$  años (OR 2,0 IC 1,2-3,3),  $> 4$  horas/día frente a TV (OR 1,7 IC 1,0-2,9) y tener 1 hermano o ser hijo único (OR 1,8 IC 1,1-3,1).

Tipos de obesidad: La obesidad puede ser sintomática o idiopática. Las formas sintomáticas se dividen en: a) exógenas, por sobrealimentación, y b) endógenas, por endocrinopatías o alteraciones en el hipotálamo.

El 85-90% de las obesidades son exógenas, por ingesta excesiva, malos hábitos de vida y escaso ejercicio. Sólo el 5-10% puede deberse a causas físicas específicas, como endocrinopatías, lesiones cerebrales o enfermedades hereditarias.

En la obesidad por sobrealimentación influye sobre todo la ingesta de grasa e hidratos de carbono y casi nada de proteínas, al igual presenta algunas características conductuales y fisiológicas específicas y a veces se acompaña de amnesia parcial o total del episodio de ingesta.

Algunos trastornos psiquiátricos suscitan cambios en los hábitos alimenticios, como ocurre en la depresión atípica el trastorno bipolar y en algunas psicosis, al igual diversos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, y en menor grado, ansiolíticos, la pueden favorecer por incremento de la ingesta o reducción de la energía consumida.

La imagen estereotipada de la persona obesa como glotona ha sido sostenida repetidamente por los medios de comunicación. No es inusual escuchar comentarios acerca de la enorme cantidad de comida consumida por ciertos individuos y la manera en que comen (Braguinsky, 1999).

En un abordaje más científico y objetivo, los investigadores han tratado de valorar las diferentes conductas alimentarias en los obesos para evaluar si estos comportamientos contribuyen de alguna manera a la ganancia de peso. Se esperaba que si la manera de comer afectaba al peso corporal, los cambios en el estilo de comer producirían cambios en el grado de obesidad. Por lo que el mismo autor menciona algunos estudios realizados en torno a las variables que influyen en el sobrepeso y obesidad en relación a la alimentación:

Volumen de la ingesta. Varios estudios en ámbitos "naturales" (restaurantes) evaluaron la hipótesis de que los obesos ingerirían cantidades más grandes de comida que los individuos de peso normal; los resultados sin embargo, fueron contradictorios: cinco estudios hallaron que los obesos comían más que los no obesos; y tres no encontraron diferencias. En estudios de laboratorio que comparan obesos con sujetos de peso normal, observan no encontrar diferencias en la cantidad ingerida; es posible que en el marco del laboratorio, los obesos hayan estado más cohibidos y por lo tanto restringieran su ingesta aun cuando el laboratorio fuese preparado para enmascarar la intención del experimento.

Esto indica que es poco probable que la medición de la ingesta en una comida indique lo suficiente a cerca de la ingesta global como para pronosticar los efectos en el peso corporal.

Velocidad al comer. Se ha argumentado que el comer rápido podría ser un factor obesígeno, dado que permite una mayor ingesta de comida antes de que aparezcan las señales de saciedad resultantes de esa ingesta, pero la velocidad al comer usualmente cambia en el curso de una comida y por lo tanto, los estudios que miden la velocidad al comer solamente en una parte de la comida no cuentan toda la historia. De hecho, investigadores que han medido la velocidad al comer durante toda la comida no hallaron diferencias significativas entre individuos con sobrepeso y con peso normal. Sin embargo, los intentos para disminuir esa

velocidad han contribuido a la pérdida de peso en programas de tratamiento conductual en algunos individuos, aunque no ha mostrado ser significativo.

Densidad calórica de la ingesta. Las comidas de mayor densidad calórica son generalmente sabrosas. Las personas de peso normal comen más cantidad de comida cuando ésta es especialmente sabrosa, pero existe evidencia de que el efecto es más exagerado en sujetos con sobrepeso, lo cual puede ser explicado por la condición de estar a dieta más que por el peso. Estudios en recién nacidos de un día de edad mostraron que los hijos de padres obesos prefirieron sustancias más dulces que los de padres de peso normal, lo que sugiere que una preferencia hacia los dulces puede ser un rasgo genético que aumenta el riesgo de obesidad.

#### **4.2 Actividad Física**

En la actualidad, está cada vez más admitido, tanto entre los profesionales de la actividad física como entre los de la salud, que la actividad y la condición físicas tiene una influencia positiva sobre la salud de las personas. La actividad física, entendida como proceso, constituye una exigencia natural del organismo que debe ser alentada durante toda la vida (educación), (Van 2002).

Bouchard y Cols (1993) definen a la actividad física como todo movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos y cuyo resultado es un aumento sustancial del gasto energético en relación con el gasto en reposo.

Otra definición es la que da Moreno y Carro (2007) en la que describen a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que producen gasto energético por encima del metabolismo basal. Armstrong y Welsman (1997) argumentan que la medición de la actividad física puede realizarse a través de métodos directos que analizan el movimiento (agua doblemente marcada, podómetros, acelerómetros, medición de la frecuencia cardiaca, entre otros) e indirectos (valoración de la condición física, cuestionario o diarios de actividad física) que hacen una estimación de ésta.

La OMS (2012) menciona que la actividad física no debe confundirse con el "ejercicio", ya que este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física; mientras que los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas, forman parte de la actividad física no estructurada.

Vazquez, De Cos y Nomdedeu (2011) argumentan que la reducción de los niveles de actividad física es uno de los factores más importantes en el aumento de la obesidad. La Organización Mundial de la Salud ha incluido la práctica de ejercicio físico entre las recomendaciones generales para la prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Los términos más comunes utilizados en relación con el ejercicio físico son:

**TABLA 2. Términos utilizados en relación con el ejercicio físico.**

Actividad física	Son todos los movimientos del cuerpo que resultan en un gasto energético. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, andar, ir de compras o trabajar.
Ejercicio	Movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Es un esfuerzo intencionado y planificado.
Deporte	Actividad física ejercida como competición que se rige por unas normas.
Forma física	Serie de atributos, como la resistencia, la movilidad y la fuerza, que se requieren para realizar actividad física.

La obesidad es más frecuente en las personas sedentarias en relación con las que hacen asiduamente ejercicio físico. Se ha observado que aquellos que dedican más tiempo a la realización de actividades sedentarias y no practican

habitualmente deporte presentan con mayor frecuencia sobrecarga ponderal (Martínez- González y cols, 1999).

O´ Donell (2005) menciona que la obesidad no solo se debe únicamente a los mecanismos genéticos, ambientales, alimentarios y psicológicos involucrados, sino que la obesidad resulta de un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto de energía que se hace a través de la actividad física. En algunas personas un factor pesa más que otro en la génesis del sobrepeso y la obesidad.

El conocimiento, las actitudes, la conducta y las habilidades sociales están asociadas con la adopción y el mantenimiento de niveles de práctica física regular; en este sentido también la promoción de la actividad física es una de las claves para la participación en los programas de actividad física, donde uno de los inconvenientes más habituales para establecer como hábito cualquier actividad física en el estilo de vida de los sujetos es el abandono de los programas de ejercicio físico, la ausencia de continuidad y práctica regular. Dicho concepto está relacionado con el concepto de adherencia al ejercicio físico, o práctica continuada sin periodos de abandono. El concepto de adherencia al ejercicio físico ha sido utilizado por distintos autores y se enmarca en un campo de investigación desarrollado por la psicología social, en función de la actitud hacia el ejercicio y la intencionalidad de su práctica, la percepción por parte del propio individuo y su capacidad de autocontrol (Marquez y Garatachea, 2009).

Por tanto, se manifiesta que las características de los individuos, su entorno y comportamiento son las causas potenciales u obstáculos para la participación en estos programas de actividad física.

Devis (2000) argumenta que la actividad física es un proceso y desde el punto de vista de la salud, es más importante el proceso que el resultado, donde los mayores beneficios se obtienen cuando se pasa del sedentarismo a niveles

moderados de condición o actividad física, y los beneficios disminuyen cuando se pasa de niveles moderados a altos niveles de condición física o actividad.

La disminución de la actividad física sería, por tanto, uno de los factores de mayor contribución a la actual epidemia de obesidad que afecta a diversos países en todo el mundo y es una de las razones de la necesidad de políticas tendentes a aumentarla.

El ejercicio físico es útil para mantener, mejorar y promover la salud y la aptitud física, en la pérdida, el control y mantenimiento de peso, y puede reducir el nivel de mortalidad precoz en las personas con sobrepeso y/o obesidad; destacando que modestos incrementos de la actividad física suelen acompañarse de grandes mejorías en la salud y en la prevención de enfermedades especialmente metabólico vascular (Braguinsky, 1999).

Existen distintos tipos de actividades físicas, en el que el ritmo de ejecución, los movimientos corporales, la existencia o ausencia de competición, el medio en el que se realizan y otras características particulares las hacen diferentes en cuanto a la intensidad que requieren (Devis, 2000).

**TABLA 3. Actividades Físicas.**

Deportes	Fronton, tenis, badminton, balonmano, futbol, rugby, golf, beisbol, esqui, atletismo, waterpolo, judo.
Otro tipo de Ejercicio	Yoga, tai chi, gimnasia, mantenimiento, step.
Ejercicios de preparación física	Flexión de brazos, multisaltos, estiramientos musculares..
Actividades ciclicas	Andar, correr, nadar, ir en bici, remar,

	esquiar.
Bailes y danzas	Danzas del mundo: africana, europea, regionales, contemporánea, de salón, clásica, flamenco, baile libre.
Actividades en la naturaleza	Escala, rafting, parapente, senderismo.
Juegos	Juegos populares, de pelota, de persecución.
Actividades cotidianas	Andar, subir escaleras, barrer, manualidades, limpiar.

El ejercicio físico produce una completa serie de cambios metabólicos y psicológicos; puede modificar el peso, la composición corporal, el apetito, y el metabolismo basal, y además puede tener importantes efectos saludables independientemente de la pérdida de peso, como la sensación de bienestar, estimular la autoestima y ayudar a mantener la motivación y la adherencia permanente (Braguinsky, 1999).

Mendoza (1994) confirma que ante el creciente número de datos e investigaciones se ha puesto de manifiesto que a pesar de los efectos saludables de la práctica de actividad física, es imprescindible conocer las razones o los factores que determinan que los individuos mantengan estilos de vida activos, razón por la que gran parte de los estudios realizados se han dedicado a explorar las distintas variables (psicosociales, psicológicas y sociodemográficas) que parecen distinguir a los individuos que siguen programas de ejercicios de aquellos otros que mantienen un estilo de vida sedentario, siendo muy importante el estudio de motivaciones desde este enfoque.

Las motivaciones son los elementos básicos que dan sentido a la experiencia deportiva, son fundamentales porque canalizan y dirigen el impulso que lleva al sujeto a desarrollar dicha experiencia incitándolos a la acción (Márquez y Garatachea, 2009).

El ejercicio físico mejora el humor, la sensación psicológica de bienestar, la autoestima y la autovaloración, y contribuye a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. Por medio del ejercicio físico la persona con obesidad se permite una mejor relación con su cuerpo, al que generalmente ve, usa y disfruta poco, y es probable que el ejercicio físico permita una mejor adherencia a un programa alimentario (De la Serna, 2008).

Sin embargo el grado de deserción de los pacientes con obesidad con diferentes programas de ejercicio físico, inclusive el de realizar simples caminatas, oscila entre el 50-70%, por eso hay que establecer objetivos reales, flexibles y adecuados durante el tratamiento, ya que la adherencia al ejercicio físico así como otras conductas relacionadas con la salud, están influidas por los contextos social y familiar, particularmente conyugue, hijos o padres (Braguinsky, 1999).

El programa de ejercicios tiene que ser atractivo, practicable y aceptable, y es muy importante el grado de compromiso del médico, la selección de los participantes y una indicación personalizada del ejercicio, ya que no se debe indicar un mismo esquema de ejercicios para todos los pacientes, sino que deben reconocerse las diferencias individuales dadas por la forma clínica de la obesidad, la historia personal, las características personales, etc; dentro de algunos límites, se debe adecuar el trabajo físico al paciente y no a la inversa, y generalmente indicar una actividad física moderada, gradual y progresiva (Márquez y Garatachea, 2009).

Devis (2000) señala que tres aspectos se deberían tomar en cuenta: a) el tipo de ejercicios que se prescribirá; b) los mecanismos para lograr una mayor adherencia (reforzamientos positivos); c) la prevención de la recaída o deserción.

Para Mahoney (1999) el hecho de que la obesidad sea característica de ciertas familias, y que a veces se presente desde los primeros años de vida, se debe por lo menos parcialmente a que los hijos adquieren de sus padres muchos de sus hábitos alimentarios y actividad física.

# FACTOR PSICOLÓGICO Y SUS INTERVENCIONES

## 5.1 Afecciones psicológicas en niños con sobrepeso y obesidad.

Las repercusiones psicológicas de la obesidad son importantes. La vivencia que se tiene de uno mismo está muy unida a la del cuerpo y a veces se desarrolla de manera errónea.

Los estudios mencionados, retoman aquellos factores como son alimentación y actividad física, dejando de lado los factores psicológicos y socioeconómicos que según la literatura nos indica influyen de manera importante dentro del desarrollo del sobrepeso y obesidad. Todo esto desencadena otra problemática, además de las complicaciones en la salud del niños que presenta sobrepeso y obesidad, debido a que esto también le afecta psicológicamente; Méndez (2002) postula que este factor psicológico está matizado por la cultura social y la tolerabilidad en las que las personas están inmersas, siendo un mundo comercial ambivalente en el que la publicidad incita a consumir comida chatarra, al mismo tiempo que enaltece al ideal estético de la delgadez. Para las personas con sobrepeso u obesidad, la imagen corporal resulta una influencia psicológica determinante aun cuando ésta es menos objetiva. El autor agrega que los rasgos de personalidad de las personas con sobrepeso muestran un incremento en las dimensiones que miden depresión, autoconciencia así como disminución en asertividad y con menos habilidades sociales, sus pensamientos son más autodestructivos y pesimistas; estas actitudes negativas se encuentran en adultos, niños, y aun en profesionales de la salud.

Del mismo modo Majem y Aranceta (2001) mencionan que estos niños que padecen sobrepeso y obesidad, tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena actitudes antisociales que los conducen al aislamiento, depresión e inactividad y frecuentemente, producen

aumento de la ingesta de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetua el cuadro de obesidad.

En el aspecto social los niños obesos, corren el riesgo de convertirse en el blanco de burla de sus compañeros, ya que, debido a su gran masa corporal, son torpes y lentos para los juegos y, por lo regular, son pasivos, temerosos e incapaces de defenderse de sus atacantes. Psicológicamente, no sorprende que los insultos que se les aplican constantemente provoquen sentimientos de angustia y aislamiento o soledad (Korbaman, 2007).

Los factores que se han encontrado a lo largo de las investigaciones en lo que respecta a sobrepeso y obesidad son distintos, desde aquellos que son biológicos, hasta los culturales y psicológicos a estos dos últimos no dándoles un mayor peso, ya que a partir de nuevas tecnologías, la vida se ha vuelto más sedentaria, pero esto ha causado un impacto que no solo ha llegado a afectar en la salud del individuo, sino también en un aspecto psicológico, ante esto se han buscado crear tratamientos y técnicas que apoyen en la erradicación de este padecimiento.

Según De la Serna (2008) no están plenamente identificados los factores de riesgo psicológico en relación con la obesidad, aunque existen personas que reaccionan comiendo ante el estrés, el aburrimiento o la depresión, por lo que se come en mayor cantidad no por hambre, sino por la calma que proporciona, siendo la ansiedad y las situaciones frustrantes o temidas las que pueden incrementar la ingesta.

La obesidad puede limitar las relaciones sociales, incrementar las dificultades en el mundo laboral para obtener un trabajo y para encontrar una pareja en el plano afectivo; también puede hacer sufrir un trato menos respetuoso, o soportar actitudes de marginación y rechazo, que se observan incluso entre los niños (Devis, 2000).

## 5.2 Imagen corporal.

Psicológica y socialmente, las repercusiones de la obesidad son importantes; las personas obesas se consideran menos atractivas, inteligentes, competentes o disciplinadas, sin que haya razones objetivas para tales prejuicios o creencias (Dilts, 1996).

En relación a esto Braguinsky (1999) menciona que los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente de discriminación, por lo que la psicopatología en los obesos se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza.

Aunque la insatisfacción con la imagen corporal es común entre adolescentes, es más intensa en las jóvenes obesas, sintiendo muchas veces que sus cuerpos son feos y despreciables y que son vistas por los otros con hostilidad y desprecio.

Así mismo el autor dice que en los últimos años se han realizado estudios en grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso, observando que aún el prejuicio se encuentra en niños de 6 años, quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, feo, tonto y mentiroso; en un estudio similar, estudiantes universitarios fueron interrogados para evaluar varias categorías de personas así como sus preferencias para elegir pareja en el matrimonio, encontrando que preferían antes que personas obesas a estafadores, consumidores de cocaína, ciegos y rateros.

Se ha sugerido recientemente que los estudios en esta área pueden ser separados en tres niveles o generaciones:

Primera generación: estudia poblaciones de obesos y no obesos, sin hallar diferencias en los efectos globales de sus funciones psicológicas.

Segunda generación: estudia poblaciones de obesos en busca de factores de riesgo que puedan identificar dentro de esta población aquellos individuos que sufrirían por su obesidad y las áreas de funcionamiento más afectadas.

Tercera generación: propone la realización de estudios prospectivos que establezcan las causas vinculares entre obesidad y las áreas específicas de conflicto.

En los estudios de primera generación confirman la impresión de que hay pocas diferencias significativas en lo psicológico entre obesos y no obesos de la población general, al igual que en estudios realizados en niños y adolescentes.

### **5.3 Intervenciones psicológicas.**

Muchas alteraciones psicológicas del niño con sobrepeso y obesidad mejoran tras el tratamiento, sin embargo este es difícil y a menudo fracasa. A ello hay que añadirle el rechazo y el fracaso escolar y social que puede conllevar el sobrepeso y la obesidad en este periodo. Representa una enfermedad social que afecta a la calidad de vida de las personas afectadas y a sus familiares. La combinación de la educación nutricional y la promoción de la actividad física en edades muy tempranas son, a la espera de los últimos avances en la investigación, la estrategia preventiva y curativa más adecuada Majem y Aranceta (2001).

El aumento notable en la prevalencia de obesidad y de los riesgos de salud asociados a ella justifica ampliamente que se dediquen esfuerzos para la prevención de esta enfermedad. Estos esfuerzos preventivos deben comenzar durante la niñez para que los hábitos adquiridos durante esta etapa permanezcan a lo largo de la vida (Calzada, 2003).

Por tanto las intervenciones psicológicas han ido dirigidas a facilitar la modificación de comportamientos y actitudes, en este sentido utilizando como parámetro

algunos modelos Manidi (2002) menciona algunos de estos que pertenecen a la psicología de la salud, se organizan alrededor de tres ejes. El primero es el eje general de la salud a la cual pertenecen dos modelos: el de Becker que es un modelo interaccionista y el de salutogénesis desarrollado por Antonovsky y consiste en una manera de pensar que insiste en los factores que permiten predecir las consecuencias saludables de toda intervención. El profesional desarrolla su reflexión intentando prevenir la aparición de enfermedades o de patologías, de un modo particular en individuos o grupos de alto riesgo. Este modelo deriva del postulado de que todo individuo está continuamente enfrentado al desequilibrio; se pone el acento en la capacidad del individuo para adaptarse de manera activa a un entorno inevitablemente estresante, su objetivo es, entonces estructurar y reforzar las defensas del individuo desde el sistema social, el entorno físico, las capacidades cognitivas, afectivas y el organismo.

Un segundo eje está caracterizado por los modelos de la psicología del comportamiento, el principal es el Health Belief Model de Becker que postula el hecho de que para adoptar una actitud de prevención del estado de salud son necesarias dos condiciones, por una parte sentir la propia salud amenaza y, por otra, estar convencido de que una práctica particular de salud es eficaz para disminuir dicha amenaza; es decir para la adopción de un comportamiento de prevención, hay la creencia de que existen comportamientos específicos eficaces contra amenazas específicas y la creencia de que los beneficios para la salud son superiores al coste implícito en esfuerzo, tiempo e inversión personal.

Un ejemplo de esto es la teoría de la acción planificada, donde Azjen y Madden (1986) demostraron que los individuos aceptan adoptar comportamientos preventivos cuando están convencidos de ser capaces de alcanzar el objetivo deseado y, al mismo tiempo, si evalúan positivamente el comportamiento que desean modificar. Por último, la sensación de controlar suficientemente los factores externos e internos de los que depende la capacidad de alcanzar el objetivo buscado resulta vital para esta aproximación.

El último eje está constituido por los modelos de la educación para la salud que implican una serie de planificaciones de la acción de la salud; donde Green, Kreuter, Deeds y Partridge (1980, 1991) proponen el modelo conocido por el acrónimo PRECEDE PROCEED (causas de predisposición, reforzamiento que permiten el diagnóstico y evaluación educativa ) y está constituido por seis fases o etapas que consisten principalmente en establecer diagnósticos epidemiológico, social de los factores que influyen en la calidad de vida y el estado de salud de las personas implicadas; diagnóstico de comportamiento que implica distinguir entre razones de comportamiento y otras razones; condiciones de aprendizaje definiendo los factores predeterminantes, de sostén y de refuerzo; definición de las etapas de aplicación y comercialización del programa de educación para la salud, también tomando en cuenta el entorno social y físico en el que se inscriben estas innovaciones.

Como se puede observar estos modelos tratan de incorporar los distintos factores que influyen para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, lo cual es de suma importancia ya que permite actuar de manera efectiva en la mejoría de la salud y bienestar psicológico que en muchas ocasiones no se le da la importancia necesaria; por tanto a continuación se presenta de manera general en qué consiste principalmente una intervención psicológica desde una perspectiva cognitivo conductual que abarca aspectos de hábitos alimenticios y actividad física según Saldaña (2001) .

Los tratamientos conductuales para la obesidad infantil han sido desarrollados para modificar las hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, a fin de alcanzar un estilo de vida saludable; observándose que el énfasis de los tratamientos está puesto en los hábitos y no en el peso, facilitando este cambio de estilo de vida reestructurando el medio ambiental, influir en los hábitos de alimentación y actividad física del propio niño y de su familia; sin dejar de lado aquellas estrategias dirigidas a la modificación de las emociones negativas,

causadas en ocasiones por el rechazo y recriminación que pueden sufrir los niños por su condición.

Por lo que se requiere dedicar tiempo al análisis cuidadoso de los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física del niño y probablemente de su familia; teniendo en cuenta su edad, las habilidades y las capacidades que presenta, por otro lado los hábitos que tiene al momento de iniciar su tratamiento, para introducir pequeños cambios en su alimentación y actividad física.

Una técnica de gran utilidad es la autoobservación, es decir, aprender a observar y anotar lo que se come o el ejercicio que se hace. Anotar las horas que se pasa jugando con el ordenador o viendo la televisión, fijando como objetivo que se hará 10 minutos de ejercicio físico.

#### **5.4 Técnicas de modificación de conducta.**

Los programas de tratamiento cognitivo- conductuales están compuestos de un conjunto de estrategias dirigidas a dotar a los niños y a sus padres de las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida de forma lenta pero permanente

Autocontrol: es el componente básico de todos los tratamientos conductuales para perder peso, dotar a los niños de habilidades para auto-observar su propia conducta, auto-registrarla y auto-reforzarse y de este modo observar los cambios que se producen, ya que muy frecuentemente el simple hecho de observar y registrar una conducta produce cambios significativos; se logran dar cuenta de que siempre comen lo mismo y que realmente existen otros alimentos que les gustan y que casi no ingieren.

Contratos conductuales: se emplean para comprometer al niño con las prescripciones que se le proporcionan de forma precisa y clara y permiten la

administración de refuerzos de los logros, acordando con sus padres cuáles serán los cambios que realizarán durante la siguiente semana y una vez adquiridos los compromisos podrán ser modificados.

Control de estímulos: se le denomina así a la modificación de estímulos o señales que preceden a la conducta de comer o que favorecen el sedentarismo sustituyéndolos por otro tipo de señales que faciliten una alimentación más correcta y un estilo de vida más activo. Su objetivo es establecer nuevas rutinas en el estilo de vida del niño y frecuentemente de la familia, orientadas a potenciar una alimentación más correcta y más actividad física, enseñándoles a comer despacio, masticar correctamente, no llenarse mucho la boca o no picar de otros platos.

Por lo tanto el psicólogo deberá enseñar a identificar las situaciones de riesgo, y entrenarles en estrategias resolución de problemas y en asertividad. El entrenamiento en estas estrategias mejorará las habilidades de los niños para mantener el peso perdido; y mejorará el estado emocional del pequeño.

Hasta este momento dentro de la información revisada vemos que no solamente la alimentación juega un papel importante ya que la actividad física es fundamental para la vida cotidiana; sin embargo los términos actividad física, ejercicio físico y forma física representan conceptos muy diferentes; la actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, el nivel de actividad física es muy variable de unas personas a otras y es muy difícil de cuantificar; el ejercicio físico es una forma de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y con la finalidad en general de mejorar o mantener la forma física; la forma física se conceptúa en función de 10 componentes que pueden agruparse en dos grandes categorías: a) aspectos relacionados con habilidades: agilidad, equilibrio, coordinación, potencia, tiempo de reacción y velocidad, y b) aspectos relacionados con la salud: fondo cardiopulmonar, fuerza muscular, resistencia muscular y flexibilidad (op. cit.).

El papel de la actividad física en el tratamiento de sobrepeso u obesidad contempla intervenciones por medio del ejercicio aeróbico; ejercicio aeróbico contemplado con dieta frente a solo dieta o ejercicio de resistencia; ya que se coincide en la efectividad de añadir ejercicio físico a la dieta para mantener la pérdida de peso. (Serra y Aranceta, 2001).

Como se puede observar la práctica de actividad física en los programas de tratamiento tiene que cubrir varios objetivos: promover un estilo de vida activo y saludable, mejorar el estado cardiovascular y la movilidad del niño, mejorar el bienestar psicosocial, especialmente mediante el incremento de las interacciones sociales, y el aumento de la autoestima y del estado de ánimo y facilitar el mantenimiento del peso perdido.

Existen diversas teorías y modelos que se han generado para la prevención de sobrepeso y obesidad las cuales tienen como finalidad enseñar a las personas a mejorar su calidad de vida, sin embargo esto no es una tarea fácil además de que no se contempla en su totalidad esta enfermedad por que solo se retoman algunos factores, que traen como consecuencia, en algunos casos, la falta de efectividad de los tratamientos utilizados, además de que el ritmo de vida es distinto y está en un continuo cambio.

Antes de realizar cualquier tipo de intervención es importante hacer un análisis a profundidad para conocer como es la alimentación del niño, el tipo de actividad física que realiza, como influyen en él los medios de comunicación y el concepto que tiene de si mismo, así como la creencia de los padres si este es un problema que se hereda, esto puede obtenerse con ayuda de instrumentos, pero esto no es suficiente; por lo que el presente trabajo pretende tomar en cuenta la influencia que ejercen los padres hacia sus hijos sobre estas variables, tomando en cuenta que son modelos a seguir, el origen radica en aquellas creencias que como padres reflejan en sus actitudes y en las de sus hijos llegando a afectar incluso hasta su salud.

Para poder obtener información sobre dichas creencias se propone llevar a cabo la técnica de los grupos focales, la cual es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. Los grupos focales en la investigación logran obtener información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serían posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social.

Los datos disponibles en la actualidad nos indican que el número de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad aumenta año tras año; ocurriendo paradójicamente cuando se han iniciado programas preventivos escolares para mejorar los hábitos alimentarios; pero pareciendo que los cambios en los comportamientos y actitudes, factores fundamentales en la prevención y tratamiento de sobrepeso y obesidad, requieren más elementos que solamente una información nutricional correcta.

Los padres tienen que desempeñar un papel muy importante y activo a lo largo de todo el tratamiento. Conviene que participen en todo el proceso, recibiendo toda la información nutricional, física y colaborando como modelos de cambio y administradores de contingencias de refuerzo y facilitando los cambios del medio ambiente.

En México en el año 2010 los niños de 5 a 11 años en un 31.5% tenían sobrepeso de estos, 21.1% tenía exceso de peso y 10.5% obesidad, mientras que 10.3% de los infantes se ubicaron en la condición de talla baja. Por sexo, los indicadores tienen comportamientos similares, 21.7% de los niños tenían sobrepeso, en tanto que la cifra para las mujeres fue de 20.4%, respecto a la obesidad, 9.1% de los niños presentaron este problema y 11.9% de las niñas eran

afectadas por esta situación (INEGI 2010). Y esta condición sigue aumentando, actualmente México se encuentra entre los primeros lugares de obesidad a nivel mundial.

Por tanto el objetivo general del presente trabajo será contrastar las creencias de padres que tienen hijos con sobrepeso y normopeso, e identificar su relación con las variables: genética, hábitos alimenticios, actividad física y socio-culturales, en ambos grupos de padres.

Objetivos particulares.

Describir las creencias de ambos grupos de padres respecto a:

- Prácticas de alimentación
- Actividad física
- imagen corporal
- factor hereditario
- factor sociocultural

Identificar si dichas creencias de los padres ejercen influencia sobre el IMC de sus hijos.

# MÉTODO

Se aplicó un estudio no experimental ya que en este no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocada intencionalmente por el investigador. En el estudio no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos, así como un estudio correlacional, que tiene como propósito describir y medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, en un contexto en particular, pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación(Hernández 1997).

El diseño fue transversal, en este se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único, tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, analizando los datos desde un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo, por lo que también es un diseño mixto.

## Participantes.

Dos grupos de padres, los cuales tenían hijos entre 6 a 9 años de edad con sobrepeso y normopeso determinado a partir de su IMC, que cursaban la educación primaria.

## Criterios de inclusión.

- Aquellos niños que presentaron sobrepeso determinado a partir de su IMC, por grupos de edades.
- Aquellos niños que presentaron normopeso determinado a partir de su IMC, por grupos de edades.
- Disposición de los padres para participar.

### Exclusión

- Los niños que presenten bajo peso, así como obesidad determinado a partir de su IMC.

### Escenario

- Se trabajó en la biblioteca de la escuela primaria Lázaro Cárdenas, ubicada en la Colonia Santa María Cuauhtepac, Municipio de Tultitlan Estado de México.

### Materiales:

- Unidad de medida estandarizada (metro)
- Hojas de registro
- Bascula
- Lápices
- Cámara
- Instrumentos de medición para las categorías: alimentación, actividad física, salud y percepción en general (ver anexo 1):
  - IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física),
  - El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, del cual se utilizó la sección de dieta y actividad física en el tiempo libre.
  - SEViC (Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento).

### Variables intervinientes

- Actividad física
- Hábitos alimenticios

- Creencias
- Factor genético
- Imagen corporal
- Factor socio-cultural

#### Variables.

- Independiente: IMC de niños con normopeso y sobrepeso
- De relación: factores genéticos, Actividad física, hábitos alimenticios, imagen corporal y factor socio-cultural.
- Dependiente: Creencias de los padres de ambos grupos de niños.

#### Contaminación

- Se determinó el IMC en un sólo día antes del horario de receso
- Se aplicó los cuestionarios a los padres en un solo día.

## PROCEDIMIENTO

Se realizó la negociación con el director de la escuela primaria Lázaro Cárdenas determinando los grupos con los que se trabajó, alumnos de 6 a 9 años, una vez obtenido el permiso se acudió a los salones solicitando a los niños salir de uno en uno para determinar su estatura y peso.

El estudio se llevó a cabo con una fase de selección inicial en la que se identificó el IMC de un grupo de 210 niños y niñas con una edad de 6 a 9 años del cual se seleccionó dos grupos, aquellos que presentaran un IMC ideal y el segundo grupo conformado por los que presentaran sobrepeso también determinado por su IMC, la muestra se redujo a 57 niños con un peso ideal y 54 con sobrepeso, siendo los padres de estos niños con los que se trabajó en las siguientes fases.

En la segunda fase se aplicó a los padres de familia citados un instrumento modificado para medir tres categorías: alimentación, actividad física, salud y percepción en general retomados del IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física), el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas del cual se utilizó la sección de dieta y actividad física en el tiempo libre y el inventario SEViC (anexo 1 y 2). Durante esta fase la participación por parte de los padres fue muy poca, a pesar de que se les convocó reiteradamente, solo asistieron 58 padres de los cuales el 39.7% tuvieron hijos con normopeso y el 60.3% de la muestra representa aquellos que tiene hijos con sobrepeso.

En la tercera fase se aplicó en dos días un estudio cualitativo exploratorio, utilizando la técnica de grupo focal con una duración aproximada de dos horas, con los padres de los niños previamente seleccionados y que solo asistieron a la fase de aplicación de instrumento; dividiendo a los padres que tenían hijos con un peso ideal de los padres que tenían hijos con sobrepeso; al igual que en la fase anterior la participación fue escasa ya que solo acudió el 51.7% de padres de

familia, a pesar de que las reuniones se realizaron en las instalaciones de la escuela y en un horario de 8 a 10 am, que por acuerdo mutuo era el más accesible para ellos.

En las reuniones de grupo focal se desarrollaron preguntas buscando obtener información sobre las creencias de los padres abordando cinco temas: factor alimenticio, actividad física, imagen corporal, factor genético y factor socio-cultural, complementando la información obtenida en el instrumento (anexo 3).

Cada sesión fue conducida por una facilitadora y una observadora, todas las sesiones fueron grabadas. Con la información de las grabaciones, se realizó un análisis de contenido, para identificar si había diferentes creencias entre los dos grupos de padres de familia (anexo 4 y 5).

# RESULTADOS

## 8.1 Análisis Estadístico

Las variables se analizaron por medio de estadísticas descriptivas y se presentan como Promedios  $\pm$  una desviación estándar (DE) en el caso de las variables continuas y como porcentajes en el caso de las variables nominales. Se establecieron las diferencias entre grupos mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y para correlacionar variables el test paramétrico de Pearson. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con un nivel de significación  $\leq 0,05$ . Se usó el programa SPSS versión 18 para Windows en su procesamiento y análisis estadístico.

## 8.2 Descriptivos

La siguiente tabla revela las características sociodemográficas de la muestra en estudio.

**TABLA 4.**

**Valores promedio de las características demográficas de los participantes de la escuela primaria Lázaro Cárdenas Tultitlan, Edo. Méx., 2012.**

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
<b>N.</b>	12	27	19
<b>Genero</b>	M (20.7%)	M (46.6%)	M (38.2%)
<b>Edad</b>	31.04 (4.889)	30.99 (6.775)	34.72 (6.987)
<b>Estado civil</b>	8 Casadas (66.7%)	13 Casadas (48.17%)	12 Casadas (63.2%)
	3 Viviendo con	10 Viviendo con	5 Viviendo con

	pareja (25%)	pareja (37%)	pareja (26.5%)
	1 Otro (8.3%)	2 Otro (14.8%)	2 Otro (10.6%)
<b>Diámetro de cintura</b>	84.04 (6.947)	90.59 (10.005)	102.26 (9.774)
<b>Actividad laboral</b>	11 Amas de casa (91.7%)	16 Amas de casa (59.3%)	15 Amas de casa (78.9%)
		8 Trabajador independiente (29.6%)	2 Empleado sector privado (10.5%)
		3 Otro (11.1%)	2 Otro (10.6%)
<b>Nivel educativo</b>	5 Secundaria completa (41.7%)	8 Secundaria completa (29.6%)	6 Secundaria completa (31.6%)
	3 Nivel medio sup. Completo (25%)	7 Nivel medio sup. Completo (25.9%)	4 Primaria completa (21.1%)
	2 Secundaria incompleta (16.7%)	5 Nivel medio sup. Incompleto (18.5%)	9 Otro (47.4%)
	2 Otro (16.6%)	4 Otro (14.8%)	
<b>Antecedentes familiares de sobrepeso y obesidad</b>	2 Hermanos/ Ninguno (16.7%)	6 Ninguno (22.2%)	5 Ninguno (26.3%)
<b>Problemas por falta o exceso de peso</b>	8 Nunca (66.7%)	10 Nunca (37%)	6 Nunca/ de 1 vez a la semana a 1 mes (31.6%)

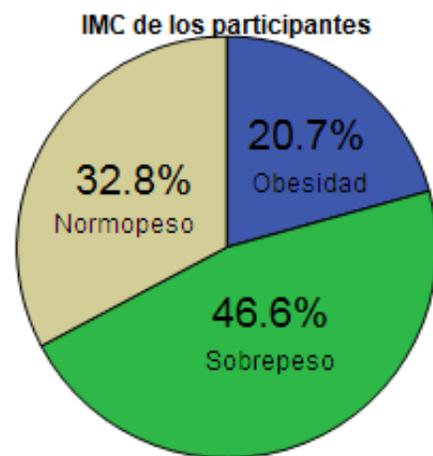
La muestra consta de 58 participantes, todos del género femenino, la edad promedio oscila entre los 32.22 años, con una media en cintura de 93 cm, estado civil en mayor frecuencia casadas, nivel educativo de secundaria completa, en su mayoría amas de casa las cuales mencionan no tener problemas de salud por exceso o falta de peso, ni familiares que presenten actualmente sobrepeso u obesidad.

Así mismo se pesó y midió a las 58 participantes para determinar su IMC, utilizando la fórmula  $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (Mt)}$ . En las participantes se detectó la presencia de obesidad por lo que a diferencia de sus hijos, esta muestra se dividió en tres grupos, normopeso, sobrepeso y obesidad.

**TABLA 5 Y FIGURA 1**

**Promedio y porcentaje de normopeso, sobrepeso y obesidad en las participantes.**

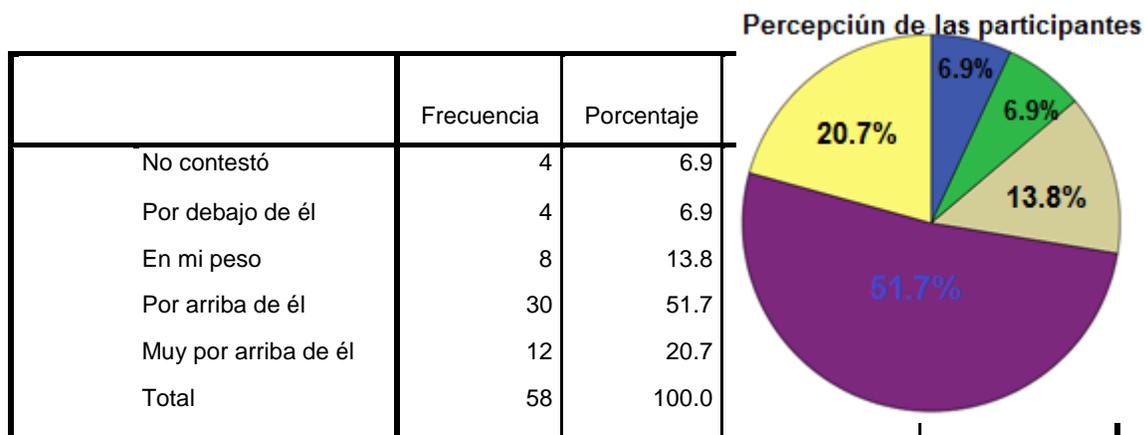
	Frecuencia	Porcentaje	P
Normopeso	12	20.7	0.05
Sobrepeso	27	46.6	
Obesidad	19	32.8	
Total	58	100.0	



El porcentaje de participantes que presentan sobrepeso es de 46.6%, seguido de 32.8% con obesidad y 20.7% con un peso normal. Al igual que el caso de sus hijos hay mayor tendencia al sobrepeso y la obesidad.

**TABLA 6 Y FIGURA 2.**

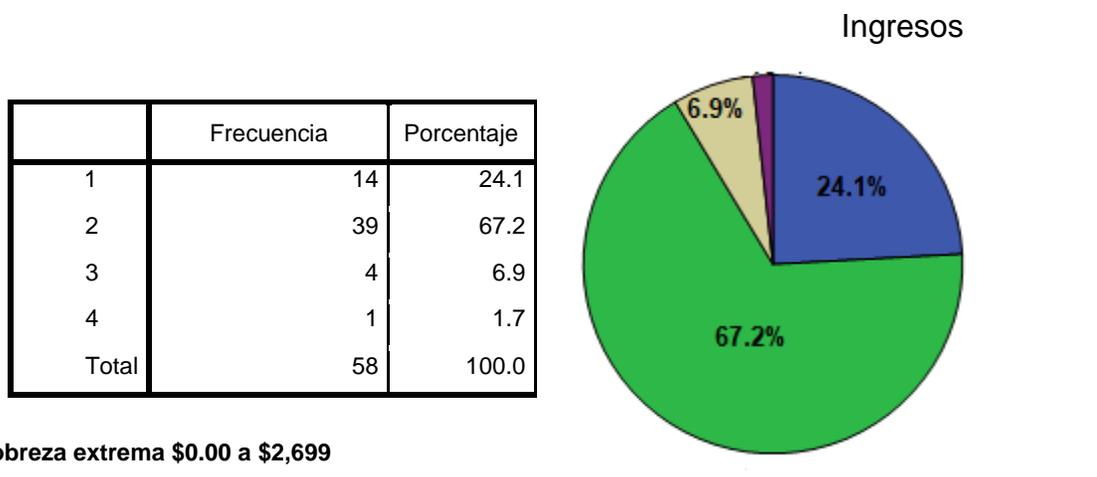
**Frecuencia y porcentaje de respuestas de la percepción de las participantes en cuanto a su peso.**



Al analizar la percepción de las participantes en cuanto a su peso se encontró que el 51.7% se percibe “por arriba de su peso normal”, seguido de la opción “muy por arriba de él” con 20.7%, 13.8% se perciben “en su peso” y el 6.9% se perciben “por debajo de él” o no contestaron.

**TABLA 7 y FIGURA 3.**

**Porcentaje de categorías en cuanto a sus Ingresos mensuales Secretaria de Economía (2010).**



**1 Pobreza extrema \$0.00 a \$2,699**

**2 Clase pobre \$2,700 a \$6,799**

**3 Clase media baja \$6,800 a \$11,599**

**4 Clase media \$11,600 a \$34,999**

Para los participantes los ingresos económicos influían de manera significativa en su alimentación, encontrando que el 67.2% se ubican dentro de la categoría de “clase pobre”, seguido de 24.1% en la clasificación de “pobreza extrema”, 6.9% “clase media baja” y 1.7% en “clase media”.

### 8.3 Alimentación

Para el análisis del factor de alimentación se consultaron tablas de consumo adecuado de alimentos como carne, pescado, huevo, productos lácteos, frutas y verduras del Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (2008) (SMAE) para ser comparados con el consumo real que llevan a cabo las participantes, a partir de esto se obtuvieron porcentajes del consumo total de estos alimentos; en la tabla 8 se clasificó a los participantes que se encuentran con un consumo menor al recomendado, igual al recomendado y mayor al recomendado.

**TABLA 8**

**Frecuencia y porcentajes en días y numero de piezas en el consumo de alimentos en el grupo con normopeso.**

<b>NORMOPESO</b>				
<b>ALIMENTO</b>	<b>RECOMENDADO (SMAE)</b>	<b>MENOS DE LA RECOMENDADO</b>	<b>IGUAL QUE EL RECOMENDADO</b>	<b>MÁS DE LO RECOMENDADO</b>
<b>FRUTA</b>	7 DÍAS	83.4%	16.6%	
<b>PIEZA</b>	2 PIEZAS	8.3%	41.6%	50%
<b>VERDURA</b>	7 DÍAS	83.4%	16.6%	
<b>PIEZA</b>	3 PIEZAS	33.3%	25%	41.6%
<b>CARNE</b>	4 DÍAS	75%	8.3%	16.6%
<b>PESCADO</b>	4 DÍAS	100%	0%	0%

<b>HUEVO</b>	4 DÍAS	75%	8.3%	16.6%
<b>PRODUCTOS LACTEOS (LECHE, QUESO, YOGURTH, ENTRE OTROS)</b>	7 DÍAS	75%	25%	

**TABLA 9**

**Frecuencia y porcentajes en días y número de piezas en el consumo de alimentos en el grupo con sobrepeso.**

<b>SOBREPESO</b>				
<b>ALIMENTO</b>	<b>RECOMENDADO (SMAE)</b>	<b>MENOS DE LA RECOMENDADO</b>	<b>IGUAL QUE EL RECOMENDADO</b>	<b>MÁS DE LO RECOMENDADO</b>
<b>FRUTA</b>	7 DÍAS	70.3%	29.6%	
<b>PIEZA</b>	2 PIEZAS	22.2%	51.8%	26%
<b>VERDURA</b>	7 DÍAS	85.1%	14.9%	
<b>PIEZA</b>	3 PIEZAS	48.1%	33.3%	18.6%
<b>CARNE</b>	4 DÍAS	66.6%	11.1%	22.3%
<b>PESCADO</b>	4 DÍAS	96.3%	3.7%	0%
<b>HUEVO</b>	4 DÍAS	77.7%	11.1%	11.2%
<b>PRODUCTOS LACTEOS (LECHE, QUESO, YOGURTH, ENTRE OTROS)</b>	7 DÍAS	81.4%	18.5%	0%

**TABLA 10**

**Frecuencia y porcentajes en días y número de piezas en el consumo de alimentos en el grupo con obesidad.**

<b>OBESIDAD</b>				
<b>ALIMENTO</b>	<b>RECOMENDADO (SMAE)</b>	<b>MENOS DE LA RECOMENDADO</b>	<b>IGUAL QUE EL RECOMENDADO</b>	<b>MÁS DE LO RECOMENDADO</b>
<b>FRUTA</b>	7 DÍAS	94.8%	5.2%	
<b>PIEZA</b>	2 PIEZAS	31.5%	31.5%	36.8%
<b>VERDURA</b>	7 DÍAS	89.4%	10.5%	
<b>PIEZA</b>	3 PIEZAS	47.3%	21%	31.7%
<b>CARNE</b>	4 DÍAS	52.6%	36.8%	10.6%
<b>PESCADO</b>	4 DÍAS	100%	0%	0%
<b>HUEVO</b>	4 DÍAS	78.9%	10.5%	10.6%
<b>PRODUCTOS LACTEOS (LECHE, QUESO, YOGURTH, ENTRE OTROS)</b>	7 DÍAS	68.4%	26.3%	5.2%

Frutas.

Dentro de esta categoría se obtuvo una media de 4.14 y una (DE= 1.905) respecto al consumo de fruta por semana, en cuanto a piezas se encontró una media de 2.59 y una (DE=1.864), lo que indica que se presenta un porcentaje mayor de participantes que consumen el número adecuado de piezas de fruta, sin embargo la muestra consume en promedio solo 4 días fruta, cuando el SMAE indica que su consumo debe ser diario.

### Verduras

En la categoría del consumo de verduras por semana se obtuvo una media de 4.1 y una (DE= 1.602), en el caso de las piezas se encontró una media de 2.93 y una (DE=1.918), la mayor parte de las participantes está llevando a cabo un consumo menor a lo recomendado en cuanto a días y piezas de verdura.

### Carne

Dentro de esta categoría se encontró una media de 3.24 y una (DE= 1.355) respecto al consumo de carne a la semana, lo que indica que la muestra en su mayoría consume menos días carne de lo establecido por el SMAE, no obstante se identifica un porcentaje significativo de aquellas participantes que están consumiendo más de los cuatro días de lo recomendado.

### Pescado

La cantidad recomendada de consumo de pescado es de cuatro días por semana. Dentro de la muestra se alcanzó una media de 0.84 y una (DE= 0.834) respecto al consumo de pescado a la semana, lo que revela que la muestra se encuentra casi en su totalidad dentro de la clasificación “menos de lo recomendado” del consumo de éste alimento.

### Huevo

En lo que respecta al consumo de éste alimento a la semana se obtuvo una media de 2.74 y una (DE= 1.433), lo que señala que es mayor la cantidad de participantes que consumen menos de cuatro días este alimento, seguido de aquellas personas que consumen más de lo aconsejado.

### Productos lácteos.

La cantidad recomendada de consumo de productos lácteos es de siete días por semana, pese a esto es mayor la proporción de participantes que tienen un consumo por debajo de lo determinado por el SMAE, ubicando a la muestra en

una media de 3.8 y una (DE= 2.514) respecto al consumo de productos lácteos a la semana.

Colaciones (dulces, chatarra, refresco, entre otros).

El SMAE no especifica la cantidad de consumo de este tipo de alimentos, mencionando que su consumo debe ser ocasional, los datos que se encontraron en esta categoría nos dicen que las participantes consumen estos productos entre uno y dos días (25.9%), tres y siete días (13.8%), cinco días (10.3%), cuatro días (5.2%), 6 días (3.4%) y sin consumo alguno (1.7%), lo que nos indica que la distribución normal se encuentra en una media de 3.09 y una (DE= 2.122).

Tipo de aceite en la preparación de alimentos.

A las participantes se les cuestionó sobre el tipo de aceite que utilizan en la preparación de sus alimentos observándose que el 82.8% de la muestra tiene un consumo en promedio de aceite vegetal, 8.6% utiliza aceite vegetal y mantequilla, 3.4% aceite vegetal y aceite de oliva, el 1.7% consume aceite vegetal, margarina y aceite de oliva, 1.7% consume aceite de oliva y el otro 1.7% ninguno en particular, en dicha categoría la media es de 2.24 y la (DE= 2.812) respecto al consumo y tipo de aceite.

#### **8.4 Correlaciones**

Para el análisis de estos resultados se utilizó el test paramétrico de Pearson, cuya función de la correlación es determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel intervalar y que esta relación sea estadísticamente significativa.

A continuación se presentan las tablas y figuras de correlación más significativas de ésta investigación.

TABLA 11.

**Índice de Masa Corporal de los participantes en correlación con el Índice de Masa Corporal de sus hijos.**

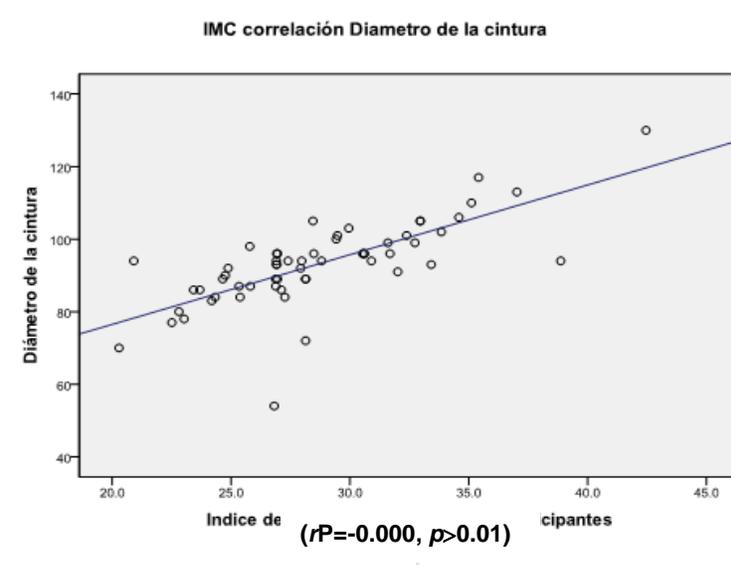
		Correlaciones	
		Índice de Masa Corporal Numérico Hijos	Índice de Masa Corporal Numérico Participantes
Índice de Masa Corporal Numérico Hijos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1  58	.110 .411 58
Índice de Masa Corporal Numérico Participantes	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.110 .411 58	1  58

No se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, entre el IMC de los participantes y el IMC de sus hijos ( $rP=-0.411$ ,  $p>0.05$ ), lo cual indica que los factores de actividad física, alimentación o herencia genética que están presentes en los participantes no influyen del mismo modo en el IMC de sus hijos.

En cuanto al IMC de los participantes y el diámetro de su cintura se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, ( $rP= 0.000$ ,  $p<0.01$ ). Lo cual se muestra en el siguiente diagrama de dispersión.

FIGURA 4.

Dispersión de la muestra respecto al IMC en correlación con su diámetro de cintura.

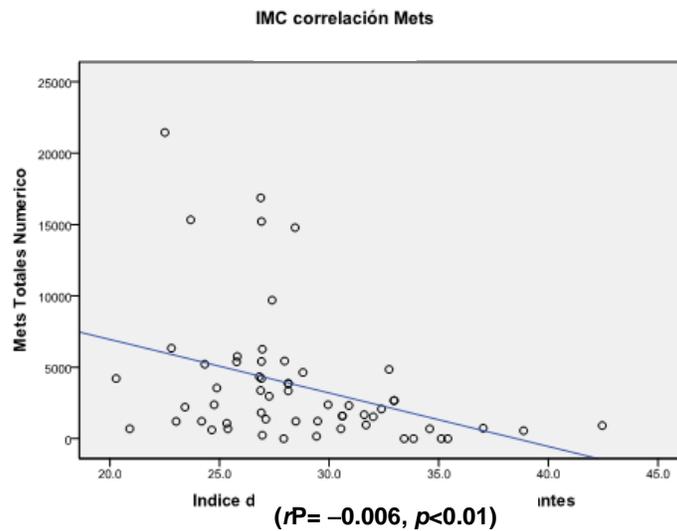


La figura 4 indica que la dispersión de la muestra se concentra entre los 80cm y 100cm en diámetro de cintura con respecto a un 25 y 30 de IMC.

Respecto al IMC en correlación con el gasto de energía metabólica, se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa e inversamente proporcional, ( $rP = -0.006$ ,  $p < 0.01$ ), es decir que entre mayor gasto energético metabólico menor es el IMC, lo cual se muestra en el siguiente diagrama de dispersión.

FIGURA 5.

Dispersión de la muestra respecto al IMC en correlación con su gasto energético metabólico (Met).



La figura 5 indica que la dispersión de la muestra se concentra por debajo de los 5000 Met y entre 25 y 33 de IMC.

TABLA 12.

Diámetro de la cintura de los participantes en correlación con sus Met.

Correlaciones

		Met Totales Numérico	Diámetro de la cintura
Met Totales Numérico	Correlación de Pearson	1	-.242
	Sig. (bilateral)		.067
	N	58	58
Diámetro de la cintura	Correlación de Pearson	-.242	1
	Sig. (bilateral)	.067	
	N	58	58

No se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, entre el Diámetro de la cintura de los participantes y sus Met ( $rP=-0.067$ ,  $p>0.05$ ), lo cual indica que el incremento o disminución del diámetro de la cintura de los participantes no únicamente se debe a la actividad física sino que también influyen factores como: alimentación, herencia genética y calidad de vida.

### **8.5 Comparaciones.**

Se denominan pruebas no paramétricas aquellas que no presuponen una distribución de probabilidad para los datos, por ello se conocen también como de distribución libre. En la mayor parte de ellas los resultados estadísticos se derivan únicamente a partir de procedimientos de ordenación y recuento. A pesar de que nuestra muestra no se considera pequeña, se decidió trabajar con este tipo de prueba, ya que la distribución de los grupos con los que se trabajó no es normal. Debido a que se hace una comparación entre grupos para conocer si hay diferencia entre ellos, se utilizó el similar a la prueba paramétrica ANOVA es decir el test de Kruskal-Wallis, Se utiliza para comparar más de dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa), aunque este no permita conocer entre cual de los grupos se da esa diferencia.

A continuación se presentan las tablas de comparación más significativas de ésta investigación.

Índice de masa corporal de los participantes en comparación con su gasto energético metabólico.

Se observaron diferencias entre los grupos de IMC de los participantes, respecto al gasto energético metabólico, Bajo (0 a 599 Met), Moderado (600 a 2999 Met), y Vigoroso (más de 3000 Met), ( $\chi^2(1) = 13.150$ ,  $p .001$ ), encontrando que los participantes con un gasto energético metabólico bajo tienen un incremento en su

IMC. Sin embargo debido a las características de la prueba se desconoce si esta diferencia se debe al número de participantes dentro de cada grupo o al gasto energético metabólico.

**TABLA 13.**

**Índice de Masa Corporal de los participantes en comparación con su gasto energético metabólico.**

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Mets.	.000 P 1.000	.926 P 1.000	6.316 P .899

$p < 0.05$

Al dividir la muestra general, en grupos normopeso, sobrepeso y obesidad, no se encontraron diferencias significativas entre el índice de masa corporal y el gasto energético metabólico de cada grupo, esto se debe probablemente a que el número de participantes de cada grupo no es equilibrada o que las características de la población pueden ser las mismas.

Índice de masa corporal de los participantes en comparación con su diámetro de la cintura

Se observaron diferencias entre los grupos de normopeso (19 a 24.9), sobrepeso (25 a 29.9) y obesidad (más de 30), con respecto al diámetro de su cintura ( $\chi^2(1) =$

26.947,  $p$  .000). Lo que indica que los participantes con mayor IMC presentan un incremento en su diámetro de cintura.

**TABLA 14.**

**Índice de Masa Corporal de los participantes en comparación con su diámetro de la cintura.**

**Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>**

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Diámetro de la cintura.	.833 P 1.000	10.222 P .746	6.316 P.899

$p < 0.05$

Al dividir la muestra general, en grupos normopeso, sobrepeso y obesidad, no se encontraron diferencias significativas entre el índice de masa corporal y el gasto energético metabólico de cada grupo, esto se debe probablemente a que el número de participantes de cada grupo no es equilibrada o que las características de la población pueden ser las mismas.

Índice de masa corporal de los participantes en comparación con sus ingresos económicos mensuales.

No se observaron diferencias entre los grupos con normopeso (19 a 24.9), sobrepeso (25 a 29.9) y obesidad (más de 30), con respecto a sus ingresos ( $\chi^2(1) = 3.831$ ,  $p$  .147). Es decir que el ingreso económico no predispone su condición de IMC en estos tres grupos.

TABLA 15.

Índice de Masa Corporal de los participantes en comparación con sus ingresos económicos mensuales.

Estadísticos de  
contraste<sup>a,b</sup>

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Ingresos	1.500 P .993	18.000 P .207	9.421 P .583

$p < 0.05$

Al dividir la muestra general, en grupos normopeso, sobrepeso y obesidad, no se encontraron diferencias significativas entre el índice de masa corporal y el gasto energético metabólico de cada grupo, esto se debe probablemente a que el número de participantes de cada grupo no es equilibrada o que las características de la población pueden ser las mismas.

## 8.6 Análisis cualitativo.

### Grupo focal.

Se realizó un análisis de contenido de acuerdo al objetivo del estudio. Por tratarse de un estudio cualitativo, no se utilizó una muestra probabilística, por lo que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a toda la población de padres que tienen hijos con normopeso y sobrepeso, sólo servirán para describir, comparar y caracterizar a los integrantes de los grupos, indicativos de un segmento de la población, ya que los grupos focales se usan para obtener una comprensión profunda, pero no representativa de las percepciones, actitudes y prácticas sobre un tema.

### 8.6.1 Creencias sobre prácticas de alimentación.

Los padres que tienen hijos con normopeso e hijos con sobrepeso creen que una alimentación saludable es aquella en la que se combinan los grupos alimenticios y se establecen porciones, por lo contrario definen que los malos hábitos alimenticios son *,comer como desesperado*, comer grasas, harinas, refresco, comida chatarra, siendo los principales factores que generan el sobrepeso en la población. Sin embargo el que desconozcan como llevar a cabo las porciones adecuadas de alimentos es la causa principal de que no presenten una alimentación saludable debido a que no tienen ese *hábito*:

“Pues tratar de meter las frutas, las verduras, un poquito de harina, un poquito de origen animal, osea balancear los tipos de alimentación, tratar de meter los cinco grupos de la alimentación”. (Yolanda, madre de niño con normopeso).

“Una alimentación saludable es la que incluya todos los alimentos pero de forma equilibrada, ya ahorita en la televisión mencionan el plato del buen comer, pero uno no lo aplica sin embargo no lo hacemos porque no tenemos ese hábito”.(Xochitl, madre de niño con sobrepeso).

“Deberíamos dar a nuestros hijos una alimentación saludable y balanceada, pero no lo aplicamos porque no tenemos ese hábito o porque no sabemos cómo” (Elizabeth, madre de niña con normopeso).

Otras de las creencias observadas es que a pesar de que no conocen como balancear los alimentos consideran que lo más cercano a una alimentación saludable es aquella que se tiene únicamente en casa, ya que es aquí donde se tiene control y responsabilidad en la alimentación, restringiendo en sus hijos el consumo de grasas y harinas por ser poco saludables, esta idea se sostiene ya que consideran que existe poco apoyo por parte de la escuela en cuestión de alimentación ya que venden productos “chatarra” lo cual no ayuda para seguir manteniendo el control que se tiene en casa.

"En casa comemos sanamente, controlamos lo que se come, como padres tenemos esa responsabilidad" (Liliana, madre de niño con normopeso).

“Yo les doy proteínas, cierta ración de pastas, muchas verduras, no les doy mucha papa por el almidón, no les doy mucho pan por las harinas, procuramos llevar una dieta balanceada que tenga un poquito de todo, frutas, verduras, pastas, cereales, harinas, leguminosas y carne”. (Marlene, madre de niño con normopeso).

“Y luego en la cooperativa venden chatarra, el refresco, los chicharrones que venden en la cooperativa hacen que los niños tengan sobrepeso” (Jazmin, madre de niña con sobrepeso).

También creen que el aumento de peso va más allá del contexto familiar, ya que también depende de las condiciones sociales, el ambiente escolar de sus hijos, la economía familiar que tiene un significado importante para poder adquirir alimentos adecuados y la falta de tiempo para preparar alimentos.

“Antes no había hamburguesas, si había ¿no?, no había hotdog, no se consumía la pizza y ahora está la comida rápida, los taquitos, pero en la mayoría de las esquinas ya están los taquitos, las quesadillas, los pambazos y en cada colonia mínimo ya hay como tres mini empresas o comercios de pizzas, que de hamburguesas, papas, que todo esto, que no hicimos de cenar, vete por una pizza y no se come uno una rebanada sino tres o cuatro, entonces incrementa”. (Alberto, padre de niño con sobrepeso).

“Yo también opino en que hoy en día el hombre ha creado o se ha ido avanzando tecnológicamente y hoy en día hace también que la comida crezca tan rápido y no contenga lo que antes, hace mucho tiempo si un pollito te lo alimentaban bien, como debe de ser ¿no?, el tiempo de crecimiento que debe de tener, tres meses cuatro meses, entonces hoy en una semana ya está grande, ya está listo para venderse, entonces yo siento que eso es lo que influye hoy en día, que los jitomates rápido, muchos químicos ya contienen y hoy en día hasta las verduras, yo siento que eso también tiene que ver”. (Cristina, madre de niña con sobrepeso).

"La comida chatarra, los chicharrones, lo que venden en la calle y que no lo puedes evitar, en la cooperativa de escuela se vende mucha chatarra y es lo que compran los niños y más les gusta y les hace mucho daño, si uno le prepara el lunch pues ya lo compensas con algo balanceado, pero si los niños salen y compran la golosina pues ya ahí está el sobrepeso". (Elvia, madre de niña con normopeso).

“Lo que se tenga, porque no siempre se puede, hay que distribuirlo, por ejemplo en la semana el gasto hay que distribuirlo, de tal cantidad tiene que comprar la cebolla, la carne, las mamás tienen que ver qué es lo que compran, por decir una vez a la semana se come carne, otra pollo, huevo, salchichas, aunque queramos alimentarlos sanamente, depende también de nuestra economía, les damos lo que hay en casa" (León, padre de niña con normopeso).

“Por ejemplo dicen hay que comer mucho integral, entonces va uno a l centro comercial y ve las cajas del cereal integral y son las más caras, también tiene que ver lo económico, de hecho los quesos buenos también son los más caros, y pues a uno ya no le alcanza y aquí no los venden”. (Rosa, madre de niña con sobrepeso).

En el caso de los padres que tiene hijos con sobrepeso llegan a proporcionar aquellos alimentos que son del agrado de sus hijos, lo que no ocurre en los padres que tienen hijos con normopeso.

"No les gusta comer cualquier cosa, les preparamos sólo alimentos que les gustan aunque no sean sanos" (Elizabeth, madre de niño con sobrepeso).

#### **8.6.2 Creencias sobre actividad física.**

Los padres de ambos grupos definen a la actividad física como aquella que se realiza fuera de la rutina diaria, un hábito que se inculca, la cual puede ser estructurada o no estructurada, sin embargo la mayor parte de los participantes hacen actividad física no estructurada.

"Es el movimiento de todo el cuerpo, acelera el ritmo cardiaco, te cansas y sudas, por ejemplo, una caminata de treinta minutos, pero que no tenga nada que ver con la rutina diaria, también es jugar, da salud " (Pilar, madre de niña con normopeso).

“Hacer ejercicio como andar en bicicleta, correr, trotar, jugar con la pelota o cualquier cosa que este fuera de lo que haces en tu rutina normal” (Rosa, madre de niña con sobrepeso)

“Caminar, estar en movimiento” (Daniela, madre de niño con normopeso).

A pesar de que para algunos de los participantes esta variable no es considerada como uno de los factores principales que influyen en el sobrepeso, los padres que realizan actividad física argumentan sentir bienestar y lo hacen con frecuencia, son muy pocos los que practican algún deporte; es decir actividad física estructurada. Estos padres son los mismos que promueven e inculcan a sus hijos el realizar actividad física en forma estructurada o en forma de juego.

“Yo hago ejercicio casi diario y con la familia dos veces a la semana suelo que mis hijos también lo hagan mientras jugamos. (Alberto, padre de niño con sobrepeso).

“Yo voy a zumba y en mi caso si porque yo siento que debemos de ponerle el ejemplo a los niños, si los papás lo hacemos, los niños se motivan más para hacer alguna actividad física”. (Martha, madre de niño con sobrepeso).

“Es algo muy importante, debemos como padres inculcar que lo hagan, a mi hijo trato de hacerlo correr, yo trato de hacerlo” (Rosario, madre de niño con normopeso).

“También es un hábito que uno le inculca, desde que ella tenía dos años yo me iba a hacer ejercicio y siempre me la llevaba y siempre ahí estaba y no podía, pero ella lo hacía, y mi hija no está a gusto creo que ahorita le hace falta y le hace falta más por se va a su clase de karate y dice mamá quiero natación y no se cansa ella, y le digo pero ya es mucho tus clases y esto, y dice no quiero natación y le gusta mucho hacer (Cristina, madre de niña con sobrepeso).

“Yo si hago ejercicio a diario y a mi hija le gusta mucho también e incluso cuando jugamos, si lo hago mal me dice te equivocaste diez sentadillas, entonces por lo general si trato de hacer, mis papas no hacían”. (Cristina, madre de niña con sobrepeso).

“Acabo de inscribir a mi hija a zumba porque a ella le gusta mucho bailar, va 3 veces a la semana”. (Patricia, madre de niña con sobrepeso).

“Yo si juego basquetbol y voy a clases de zumba” (Rosario, madre de niño con normopeso).

Por otro lado los padres que no realizan actividad física mencionan que es por falta de interés o porque sus padres no se los inculcaron cuando eran niños.

“Antes los papas no tenían tiempo de hacer ejercicio, se enfocaban en otras actividades como el campo, en la casa y con tantos hijos que no pensaban en eso, antes no veíamos que hicieran ejercicio; nuestros padres no nos lo inculcaron cuando éramos niños.” (Jazmin, madre de niño con sobrepeso).

La mayoría de los participantes creen que solo el jugar es un indicador de que sus hijos están realizando actividad física, por lo que la actividad física estructurada queda en un segundo término siendo pocos los niños que realizan este tipo de actividad.

“Si mi niño sale en la bicicleta” (Xochitl, madre de niño con sobrepeso).

“Le gusta mucho el baile y siempre está corriendo” (Daniela, madre de niña con normopeso).

“Bicicleta, juega con sus muñecas” (Elizabeth, madre de niña con normopeso).

“Andan en bicicleta, corren, fútbol poco como es niña” (León, padre de niña con normopeso).

“Si, pero no es diario, a ellas les gusta mucho bailar” (Cristina, madre de niña con sobrepeso).

### 8.6.3 Creencias sobre imagen corporal

Dentro de esta variable se encuentran dos opiniones diferentes respecto a cómo se perciben ellos mismos, por una parte aquellos que están conformes con su imagen corporal, este bienestar lo atribuyen a que consideran que se encuentran en un peso adecuado.

“Pues yo si porque siento que no estoy muy gordita pero pues si me gustaría bajar un poco más” (Elizabeth, madre de niña con normopeso).

“Si me siento bien, porque mire yo estoy flaca y a veces quisiera estar un poco más llenita” (Elvia, madre de niño con normopeso).

Por otro lado se encuentran aquellos que no se sienten bien con su imagen porque *sienten que están pasados de peso*, el cual les trae complicaciones de salud.

“No, nos hace falta bajar de peso” (Yolanda, madre de niño con sobrepeso).

“En mi caso no solo es de apariencia sino también porque para hacer algo te cansas, no puedo hacer las cosas que yo hacía antes, porque ya estoy más gorda, para hacer mi quehacer, tender, me fatigo rápidamente”. (Liliana, madre de niño con normopeso).

“No, pues estoy gordita y me canso al caminar” (Viviana, madre de niño con sobrepeso).

Otras creencias observadas, es que muchas de las participantes atribuyen a su estado de ánimo el sentirse bien o mal con su imagen corporal además que el que el cambio de actividades en las etapas de sus vidas a influido en el incremento de su peso.

"Si estoy de buenas me siento bien, me gusta verme en el espejo, si estoy de malas siento que la ropa no me queda y dejo de comer tortilla" (Belinda, madre de niño con sobrepeso).

"Antes de ser ama de casa realizaba más actividades, ahora sólo estoy en casa ya casi no salgo"(Martha, madre de niño con sobrepeso).

"Ahorita no porque subí 4 kg. Y es que cambian mucho las actividades cuando ya se es mamá sólo estar en casa y no como antes que andaba uno de aquí para allá" (Xochitl, madre de niño con sobrepeso).

"No, nos hace falta bajar de peso, y es que con el embarazo uno sube mucho de peso y para después bajarlo es muy difícil". (Patricia, madre de niña con sobrepeso).

"Estamos gordos ya después de 30 años pues imagínese, Y pues si ya se cansa uno y no da tiempo de hacer ejercicio solo pues hace las cosas que hay que hacer en el día o le trabajo y los fines de semana pues hay que descansar" (León, padre de niña con normopeso).

Con respecto a la imagen corporal de sus hijos argumentan que han notado que se sienten bien con su imagen, esto lo determinan a partir de que no han recibido comentarios negativos por parte de sus hijos sobre cómo se sienten, incluso en algunos casos de niños con sobrepeso. También creen que la etapa de desarrollo del niño influye en si muestran preocupación o no sobre su imagen corporal.

"Ahora que está chico no le preocupa tanto cuidar su imagen, pero cuando ya esté más grande eso va a cambiar" (Alberto, padre de niño con sobrepeso).

“Si, mi hija tiene sus vestidos se los mide se los pone se sube arriba de la cama se mira al espejo y dice me veo bien verdad baila como las divinas.”(Margarita, madre de niña con normopeso).

“Mi hija se ve que si está a gusto, se pone la ropa que quiere aunque yo le digo que no porque ya no le queda, ella se la quiere poner, ella está a gusto así como es, mi hija es muy vanidosa pero no quiere expresar lo que ella siente, pero ella se pone su ropa y dice -mira como me veo mira-, pero ella se siente a gusto porque ella me dice que es bonita y es muy coqueta a pesar de que está llenita, se siente coqueta”. (Evelyn, madre de niña con sobrepeso).

“Mi hijo está feliz, no me dice nada, anda en el patín, pero el tranquilo se agarra su pancita dice que así está bien, -al rato crezco, al rato se me quita, así le pasó a mi hermano-, y ve las fotos de cuando él estaba más gordito, al rato también se me pasa, él está despreocupado” (Belinda, madre de niño con sobrepeso).

“Mi hija así es feliz, prefiere estar gordita que estar flaquita” (Cristina, madre de niña con sobrepeso).

Los padres que tienen hijos con normopeso consideran que este bienestar se debe a que se encuentran dentro del rango normal de peso respecto a su edad.

“Si esta re flaca y se siente bien, no me ha dicho nada, le gusta bailar frente al espejo y bueno yo he sabido que aquellas personas que no se sienten bien con ellas mismas les incomoda incluso verse al espejo” (León, padre de niña con normopeso).

“Si se siente bien, porque yo no estoy aquí porque mi hijo este con sobrepeso, entonces de mis hijos los tres son delgaditos, ellos están a gusto con lo que son, con su cuerpo, con su imagen” (Marlene, madre de niño con normopeso).

“Si, nunca me ha dicho nada de hecho, es muy vanidosa, le gusta arreglarse, verse bien” (Margarita, madre de niña con normopeso).

Los niños que no se sienten bien con su imagen corporal hacen comentarios negativos sobre sí mismos principalmente mientras se miran al espejo.

“Mi hija dice q que no le gusta su panza ni sus lonjas, me dice, -esta ropa me hace ver más gorda” (Rosa, madre de hija con sobrepeso).

“Mi hija no se siente a gusto, mi hija dice que ella esta gorda y hace mucho ejercicio, se va a sus clases de danza, por iniciativa de ella y ahorita entro a clases de karate, y ve algo en la televisión y dice "mamá cómprame eso porque mira mi panza" yo la verdad no le inculco mucho eso esta y mira que ya engorde mama y cuando nos vamos al ejercicio entonces creo que. (Cristina, madre de hija con sobrepeso).

“No está a gusto, sume el estómago, y me pregunta "cómo me veo mamá", yo le digo que tiene que hacer ejercicio y dejar de comer chatarra, toma muy poco agua.” (Elizabeth, madre de niño con sobrepeso).

“Si dice yo estoy bien gordo y tú también estas bien gorda pero si se incomoda, yo le digo que está gordito porque está en pleno desarrollo pero yo le digo que cuando él crezca se va a estirar más, pero también trato de cuidarle su alimentación.” (Martha, madre de niño con sobrepeso).

Cuando mencionan su opinión con respecto a si existe discriminación hacia las personas que presentan sobrepeso, todos coinciden en este punto, ya que dentro del ambiente social y escolar en el que se encuentran ellos como padres y sus hijos, esta situación es evidente, a partir de comentarios, miradas e insultos que

han recibido, tanto ellos como sus hijos lo cual mencionan les afecta emocionalmente.

“Por estar gordita no encuentro la ropa que quiero, en mi caso no solo es de apariencia, sino también, porque para hacer algo me canso, no puedo hacer las cosas que hacía antes porque ya estoy más gorda” (Jazmin, madre de niño con sobrepeso).

“En la ropa es más difícil y siempre te van a discriminar en esa cuestión, porque ya manejan puras tallas chiquitas y tú quieres ese modelo y no hay en tu talla, ahí si hay discriminación cada vez hacen la ropa más chiquita, es por eso que a veces te dicen no me gusta, la ropa para gorditos que venden es pura ropa para viejas sinceramente o señoras perdone la expresión, pero hay que tomarlo optimísticamente.”(Yolanda, madre de niño con normopeso).

“Pero si hay discriminación yo lo he escuchado como les dicen cosas, son demasiado agresivos y además de ser verbal también ya es una agresión física, los empujan, les pegan, se montan en ellos; hay en su salón un niño que está muy pasado de peso pero bastante y le dicen que gordo, marrano, ballena, son muy groseros”. (Pilar, madre de niño con normopeso).

“A la mía me la molestan mucho, me la fastidian mucho que está muy gordita y luego si me la insultan mucho, me dice cuando le dicen de cosas” (Edith, madre de niña con sobrepeso).

“Dentro de la escuela hay mucha discriminación, entra el bullying y a veces no se da uno cuenta, ya tan solo con decirle a la persona ya la haces sentir mal, porque eso ya es mental y con el tiempo les va traumando, por eso yo les digo a mis hijas respeten a sus compañeros para que a ustedes también las respeten, porque sino no vale el respeto”. (Yolanda, madre de niña con normopeso).

#### 8.6.4 Creencias sobre el factor hereditario

Tanto en el grupo de padres que tienen hijos con un peso normal y los que tienen hijos con sobrepeso se encuentran dos tipos de creencias entorno al factor hereditario; primero aquellos que consideran que la herencia genética determina la condición de peso, por lo que el sobrepeso es un patrón familiar que se repite incluso en el metabolismo.

“Si es más que nada por herencia, si los papás ya son así, pues los hijos también y tienden a enfermarse, yo siempre fui así y tengo una niña que igual esta gordita” (Daniela, madre de niña con normopeso)

“Si yo siempre fui así y tengo una niña que igual está gordita pero yo veo que hace, pero para nada baja de peso al contrario subió porque ahora sí que ella practica danza regional y a su falda le tuve que sacar, ella si hace actividad pero no sé porque no baja” (Jazmin, madre de niña con sobrepeso)

“Por ejemplo en su metabolismo, hay muchos que hacen ejercicio y comen muy poco pero están gorditos sufren mucho ellos también” (Alberto, padre de niño con sobrepeso)

“En mi caso mi mamá y mi abuelita siempre han sido gorditas, extremadamente gorditas, hoy en día les puedo decir que yo si cuido mucho mi alimentación y la de mi hija, yo hago ejercicio y aun así no bajo de peso pero tampoco lo subo, entonces yo digo -la herencia ni modo aunque uno no quiera” (Cristina, madre de niña con sobrepeso)

“Es lo que dicen que luego ya viene de herencia, yo sí creo que debe venir de los genes, es como cuando se hereda cualquier otra enfermedad”. (Liliana, madre de niño con normopeso).

La segunda creencia es de aquellos participantes que consideran que la herencia no determina la condición de peso ya que en su familia no se repite el patrón de sobrepeso. Estos mismos participantes presentan la creencia de que son los hábitos los que se heredan, en relación a actividad física y alimentación.

“Yo pienso que no por ejemplo nosotros somos gordos, pero mis hijos son delgados” (Elvia, madre de niño con normopeso).

“Considero que no porque yo eh escuchado que dicen pues como tus papás están gorditos, tu igual tienes que estar así, pero más bien lo que se heredan son los hábitos y muchas veces, todos son gorditos en una familia pero por que ninguno de ellos está comiendo adecuadamente”. (Elizabeth, madre de niño con sobrepeso).

“Depende, de los hábitos, no por el hecho de que haya alguien gordito en tu familia es necesario que tú también estés así, siempre si uno se alimenta bien hace ejercicio y no se abandone, es más porque uno se descuida” (Patricia, madre de niño con sobrepeso).

“Considero que no porque yo eh escuchado que dicen pues como tus papás están gorditos tu igual tienes que estar así, pero más bien lo que si se heredan son los hábitos y muchas veces todos son gorditos en una familia pero porque ninguno de ellos está comiendo adecuadamente” (Elizabeth, madre de niña con normopeso).

“No tiene que ver, porque los niños van creciendo conforme uno los va educando, si uno les da verduras obviamente ellos van comiendo verduras, pero desgraciadamente y ese es el error que tenemos es que desde chiquitos sedemos a sus caprichos o si nos dicen es que no nos gusta tal cosa, les damos lo que ellos quieren y ese es el error de todas las mamas que sedemos, pero no por que el papa sea gordito la niña o el niño también lo va a ser”. (Daniela, madre de niño con normopeso).

### 8.6.5 Creencias del factor sociocultural

Al estar inmersos en un contexto social y cultural es inevitable que este entorno influya en la interacción que hay entre las familias y su estilo de vida. Con interacción nos referimos a aquellas actividades que los participantes realizan con sus hijos en su tiempo libre y los espacios donde se llevan a cabo, analizando así como esto puede influir en el sobrepeso infantil.

Se identificó que la mayoría de los participantes conviven muy poco con sus hijos, por las *diversas actividades que realizan durante el día*, como actividades laborales y aquellas que realizan en casa, el tiempo de calidad que pueden compartir con ellos se ve limitado, lo que sólo les permite dedicar tiempo cuando apoyan a sus hijos en las tareas escolares.

“Cuando hacemos tarea, una media hora, porque yo trabajo pero si estoy al pendiente de ellas” (Elizabeth, madre de niña con normopeso)

“En las tareas, en el dictado, es que es muy difícil entre las actividades de la casa, el esposo, niños, quehacer, tener la ropa limpia.” (Viviana, madre de niña con sobrepeso).

“Pues yo no estoy, sólo mi esposa, en las mañanas y fines de semana es cuando estoy con ellos y jugamos”. (León, padre de niña con normopeso).

“La verdad casi no, pero si trato de escucharlas o que ya quieren platicar, sólo los fines de semana.” (Margarita, madre de niña con normopeso).

“Trato de que si, me pongo a jugar con ellas a las barbies les dedico como 15 minutos” (Viviana, madre de niña con sobrepeso).

“Convivo muy poco, solo 30 minutos al día, tal vez nos ponemos a jugar o a platicar”.

Yo en las tardes, unas dos horas cuando lo saco a jugar, cuando hacemos tarea, en las tardes sacamos una pelota o juguetes. (Patricia, madre de niño con sobrepeso).

Otra creencia observada en los participantes es la que se refiere al juego, ya que para ellos esta actividad se ha modificado a través del tiempo, reflexionando que el problema de sobrepeso y obesidad infantil en la actualidad puede deberse también a esta factor, así como que los espacios recreativos no sean suficientes y no se encuentren en óptimas condiciones en cuanto a seguridad e higiene, por lo que no permiten que sus hijos los frecuentan sin supervisión, optando por quedarse a convivir en casa.

“Los tipos de juego son distintos, porque ahora son juegos de video, la televisión, los niños antes salían y jugaban bici o más a la pelota y hacían ejercicio y ahora ya no, todos los juegos son en la televisión en la computadora y se da más a que nada más estén sentados y no hacen el ejercicio.” (Jazmín, madre niño sobrepeso).

"Los juegos de antes eran más dinámicos, ahora ya no realizan mucho movimiento al jugar" (Alberto, padre de niño con sobrepeso).

"Antes la convivencia familiar era diferente, ahora sólo se ve limitada a la convivencia en casa por el incremento de la delincuencia" (Belinda, madre de niño con sobrepeso).

“Si hay pero están muy sucias, es un lugar muy concurrido y hay mucha gente que lo ensucia, tiran mucha basura, siempre que salen es con supervisión los acompaño.”(Xochitl, madre de niño con sobrepeso).

“Yo la verdad considero que no hay suficientes espacios y en los pocos que hay debería haber más vigilancia porque no faltan las banditas, luego no llegamos a salir mucho más que los días festivos (Elizabeth, madre de niña normopeso).

“No me gustan, apenas hicieron el que está aquí en el quiosco pero hay muchas piedras a donde las llevo a llevar es al cerro y ya si no nos quedamos en casa mejor” (Margarita, madre de niña con normopeso).

“En el lugar en donde vivimos si hay parques, si me parecen bien los espacios, hay canchas para jugar, pero casi no se utilizan quizá sea por el incremento de la delincuencia” (Alberto, padre de niño con sobrepeso).

## DISCUSIÓN

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, el 31 por ciento de los mexicanos de entre 5 y 17 años sufren sobrepeso y obesidad, ocupando actualmente el primer lugar en obesidad infantil (Duran, 2010), esta enfermedad se encuentra dentro de aquellas que pueden ser prevenidas por los individuos; sin embargo esto no ocurre ya que a pesar de la información que hay actualmente en torno a ella, se encontró que dentro de esta población de estudio se desconoce lo que es realmente el sobrepeso y la obesidad.

En primer lugar los participantes no consideran que el sobrepeso y la obesidad sean una enfermedad, sino un desencadenante de otras enfermedades que si son reconocidas por ellos como tal; esto concuerda con lo mencionado por Lizardo (2002) donde es más frecuente considerar a la obesidad como un factor de riesgo que como un problema por si mismo, por lo que solo se distingue como una condición predisponente para el desarrollo de otras enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial así como trastornos cardiovasculares, entre otras.

Una de las consecuencias más graves de esta percepción errónea, es que las personas no le dan la importancia que debieran, hasta que comienzan a presentar secuelas, esto se demuestra en las participantes ya que a pesar de que la mayoría presenta sobrepeso y obesidad mencionan en el instrumento no tener problemas de salud por su exceso de peso, mientras que dentro del grupo focal se encontró que algunas participantes mencionan tener principalmente *fatiga y cansancio* sin que esto llegue a preocuparles.

Por otro lado se encontró que los participantes logran identificar a una persona con sobrepeso u obesidad a través de una percepción visual, describiendo sus características físicas, entre las que destacan el tener abdomen grande, cara redonda, piernas y brazos flácidos, movimientos torpes y lentos y su vestuario no

corresponde a su talla; sin conocer realmente las condiciones de salud de quienes lo presentan, por lo que se le da más importancia a lo estético que a la salud, esto coincide con lo que ha sido reportado en la literatura por Méndez (2002) considerando al sobrepeso y a la obesidad condiciones que impiden alcanzar el ideal de belleza, siendo la preocupación más un asunto de estética que por asuntos de salud.

En este estudio se hizo evidente tanto en padres de hijos con sobrepeso y normopeso que la mala alimentación es la causa principal para que una persona presente sobrepeso, por encima de la actividad física y la herencia genética; el desconocimiento de lo que es una porción, como balancear los alimentos así como la falta de información respecto a las cantidades y porciones recomendadas de consumo, son las principales deficiencias que impiden que la muestra en estudio pueda ejercer una alimentación lo más parecida a lo que se considera adecuado.

Un ejemplo de lo antes dicho se manifiesta en el análisis estadístico, donde se encontró que un porcentaje importante de participantes consumen menos de lo recomendado, en relación a alimentos como, huevo, carne, pescado, productos lácteos, frutas y verduras, lo que podría tener relación con las condiciones de peso de la muestra, ya que como se sabe el comer en una cantidad mayor o menor a la recomendada puede causar como resultado un incremento en el peso.

Por otro lado especulan que aquellos alimentos saludables son de alto precio comercial, por lo que sus ingresos económicos no les permiten adquirirlos, sin embargo en el análisis estadístico no se encontró ninguna correlación en cuanto a sus ingresos y su condición de peso.

La preferencia por alimentos altos en grasa con mayor densidad energética, son de los cambios más importantes en el comportamiento que han ocurrido durante los últimos años Calzada (2003), esto se presenta dentro de los argumentos que

los participantes dieron, al mencionar que actualmente se tiene mayor accesibilidad a establecimientos de *comida rápida, chatarra, refresco, dulces entre otros* y aunque el consumo es ocasional en el caso de ellos, este patrón de consumo se presenta con mayor frecuencia en sus hijos lo cual es poco saludable.

Respecto a la actividad física la OMS (2012) menciona que esta no debe confundirse con el "ejercicio", ya que este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física; mientras que los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas, forman parte de la actividad física no estructurada. En este estudio se pudo constatar que generalmente se desconoce la diferencia entre actividad física estructurada y no estructurada, ya que los participantes incorporan ambas modalidades de actividad física en una misma, tanto los padres como los hijos hacen actividad física no estructurada, lo que se evidencia en el análisis del gasto energético metabólico de los padres, siendo este gasto moderado y aunque ellos no consideran que este factor interviene de una manera significativa en el aumento de peso, los datos estadísticos arrojan que hay una correlación inversa entre su IMC y el gasto metabólico energético; es decir entre más actividad física se realice menor es el IMC.

Otro aspecto fundamental que se observó en esta investigación es lo referente al factor psicológico, determinando que para los participantes el sobrepeso y la obesidad representan un aspecto físico desagradable y por tanto no deseable en cuanto a la percepción de su imagen corporal, una cantidad importante de la muestra se perciben por encima de su peso. Estos aspectos de índole psicosocial fueron acotados por la mayoría de los padres, como una preocupación importante al sentirse inconformes con su imagen corporal, este estado se presenta de igual manera en los niños que tienen sobrepeso, por lo que podría decirse que es aprendido ya que utilizaron los mismos argumento de inconformidad respecto a su

aparición física, aunado a la discriminación que reciben por parte de otras personas; esto ha sido reportado en la literatura como provocadores de baja autoestima en las niñas y los niños (Majem y Aranceta, 2001), presentando una pobre imagen de sí mismos.

En cuanto al factor hereditario se identificaron creencias divididas, tomando como referencia lo que predomina dentro de sus familias, es decir, por un lado se encuentran aquellos padres que no creían que la herencia genética influía en el aumento de peso, atribuyendo que esta condición de sobrepeso no se repetía entre los integrantes de su familia, reflexionando que los hábitos son los que se heredan; caso contrario ocurrió en aquellos que creen que la herencia sí predispone el sobrepeso y la obesidad ya que este patrón de peso sí se repetía dentro de su entorno familiar. Diversos estudios han estimado que entre 30-50% y hasta 65-75% de la varianza en IMC o adiposidad puede ser explicado por causas genéticas, mientras que el porcentaje restante corresponde a factores ambientales (O'Donnell 2005), por lo que ambos grupos de padres no están totalmente equivocados respecto a sus creencias, ya que como se indica tanto la genética como los factores ambientales influyen en el sobrepeso u obesidad.

En la actualidad los niños y jóvenes están presentando una conducta sedentaria atribuible a diversas causas socioculturales, como lo son el cambio en los estilos de actividades recreativas, así como el avance tecnológico que provoca no se requiera mucho esfuerzo al ejercer o ejecutar distintas tareas; contrariamente nuestra muestra manifiesta que no ocurre esto con sus hijos, ya que como padres no permiten que se pase mucho tiempo frente al televisor, ni facilitan el uso de consolas de video juego, prefiriendo que lleven a cabo juegos más dinámicos, esto no se relaciona con lo encontrado en la literatura, la que nos dice que ver la televisión se ha convertido en la segunda actividad del niño después de dormir y la principal actividad de ocio y tiempo libre, hay que añadirle el dedicado a los videojuegos y a las nuevas tecnologías (Manid 2002).

Los participantes justifican el no utilizar los espacios públicos creados para realizar actividades recreativas, debido al ambiente de agresividad e inseguridad que se vive actualmente, lo cual impide que la población realice actividades que están fuera de la rutina de casa, por lo que prefieren no salir, aunque esto implique se vea limitado el espacio de convivencia, lo cual concuerda con lo mencionado por (Peña y Bacallo 2002) argumentando que el entorno de inseguridad que se vive en los cordones periféricos urbanos impide que la población practique ejercicios físicos en una forma sistemática.

## CONCLUSIONES

Para los padres de esta investigación el sobrepeso y la obesidad no es considerada una enfermedad, sino hasta que se presentan síntomas físicos que provienen de otras enfermedades. Este concepto equívoco del sobrepeso y obesidad, sugiere que los participantes no han formado parte de procesos educativos formales donde hubiesen logrado construir un concepto holístico de prevención y modificación de hábitos saludables. Este estudio demuestra de manera contundente que el sobrepeso y la obesidad representa para padres e hijos, más que un estado no saludable, una apariencia física desagradable o no deseable, lo que da lugar a que se genere discriminación hacia las personas que presentan esta condición, para los padres la mala alimentación es la principal causa de sobrepeso y obesidad dando poca importancia a la actividad física y a la genética.

En este estudio se hizo evidente que las creencias tanto de padres de hijos con sobrepeso y normopeso no corresponden con sus conductas, argumentando que aunque se quiera tener hábitos saludables adjudican a variables externas (falta de tiempo, escasas de información, economía limitada, entre otras.) el no ejecutar dichos hábitos, y a la creencia de que esta condición de peso se mantendrá igual en el caso de los niños con normopeso y se modificará con el tiempo para los niños con sobrepeso, ya que se encuentran en el inicio de su desarrollo. Por lo que estos resultados sugieren que no hay distinción de creencias procedentes de ambos grupos de padres por lo que existen conductas de riesgo, es decir, los niños que tiene normopeso presentarán sobrepeso y a su vez los que actualmente padecen sobrepeso en un futuro serán niños obesos; esto se reafirma con lo mencionado por la OMS donde se ha estimado que, de seguir la tendencia actual, en 2015 habrá aproximadamente 2 mil 300 millones de personas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Los sujetos participantes en este estudio, mostraron poco interés respecto a este tema de salud pública contextualizándolo en la creencia centrada en *perder peso*

*para verse mejor que en perder peso para ganar salud*; Lo cual respalda la conclusión de que la obesidad no es considerada un problema de salud grave sino que *realmente* ha adquirido una representación social de apariencia física no deseable, tanto para los niños como para sus padres, pues son estos (madres y padres) los que alientan a sus hijas e hijos a formar esta creencia, además, de que las niñas y los niños imitan las conductas de sus padres (mediante el modelaje) y en el contexto familiar, el consumo de una alimentación saludable y la ejecución de ejercicios no están siendo cultivados en las niñas y en los niños como hábitos de vida saludables.

Los padres además de creer que la obesidad es una expresión externa no deseable, le van otorgando a esta condición una característica física “temporal”, que en la niñez limita las habilidades físicas de movilidad y desplazamiento; en la adolescencia: creen que la obesidad es un problema estético y en la adultez, creen que el sobrepeso y la obesidad además de una cuestión de imagen corporal, es un desencadenante para el desarrollo de enfermedades crónicas, tales como: la diabetes, la hipertensión arterial y como una limitante para moverse y desplazarse.

Para el inicio de esta investigación se identificó que existen estudios que se interesan por conocer las causas de la problemática de obesidad infantil; en la que interfieren factores como; hábitos alimenticios, actividad física, genética, contexto social, entre otros, al momento de realizar sus investigaciones estos factores se estudian por separado en relación con la obesidad infantil, sin considerar que para poder hacer una intervención eficaz la influencia de los padres es básica, pues son ellos responsables y promotores de que sus hijos lleven a cabo hábitos saludables.

Por tanto el objetivo del presente trabajo fue contrastar las creencias de padres que tienen hijos con sobrepeso y normopeso, para conocer cómo influyen en el IMC de sus hijos y a su vez identificar la relación con las variables: genética,

hábitos alimenticios, actividad física y factor socio-cultural en ambos grupos de padres; encontrando que no existió diferencia en las creencias de ambos grupos y el hacer el análisis en relación con estas variables en conjunto aportó a la investigación información más detallada la cual será útil para realizar estrategias de intervención, por lo que no es adecuado atribuir a una sola variable el que se presente esta enfermedad como se ha hecho en otros estudios.

Finalmente se propone que los sectores de educación y salud deben considerar en el diseño de las intervenciones y campañas de prevención de la obesidad, el especificar *numéricamente* lo que ocurre en la institución o ámbito en el que se llevará a cabo la propuesta de intervención. Asimismo, de forma urgente, se debe contrarrestar la actitud de desprecio hacia las personas obesas.

Es imprescindible que se realicen acciones preventivas de la obesidad en los centros educativos, comunidades y sociedad en general, que promuevan valores de respeto, solidaridad, cooperación, entre otros, y que incentiven a las personas con sobrepeso y obesidad a participar activamente, de forma continua y sin temores, en el control de su peso. Por último ambos sectores deben organizar talleres creativos con la población estudiantil y sus familias para que estas comprendan la importancia del autocuidado de la salud y del control del peso corporal, realizando prácticas de alimentación y de actividad física saludables. Este auto-convencimiento debe contemplar la reflexión de sus creencias, saberes, experiencias, temores y preocupaciones acerca del sobrepeso y obesidad.

## BIBLIOGRAFÍA

Armstrong N., Welsman Jr., (1997). *Young people and physical activity*. Oxford: Oxford University.

Asociación Mexicana para las Naciones Unidas, (2010)  
[www.amnu.org.mx/index.php?option=com\\_content...id...](http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content...id...) Visitado 2012

Arrivillaga, M. Salazar, I. Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Colombia Médica, 34, 186-195.

Azjen, I. y Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Bouchard C., Shepard R., Stephens T. (1993). *Physical activity fitness and health consensus*. Champaign: Human Kinetics

Bouchard C., Shepard R., Stephens T., Sutton J., McPherson B. (1990). *Exercise fitness and health a consensus of current knowledge*. Champaign: Human Kinetics.

Braguinsky, J. (1999). *Obesidad. Patogenia Clínica y Tratamiento*. España: El Ateneo.

Calero Y. F., (2005). *Abordaje de la Obesidad en y desde la Educación*. España: Formación Alcala.

Calzada L. R., (2003). *Obesidad en niños y Adolescentes, Academia Mexicana de pediatría*. México D. F: Textos Mexicanos,

De la Serna, I. (2008). *La alimentación y sus perversiones. Anorexia, vigorexia, bulimia y obesidad*. España: Edikamed.

Devis, D. J. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. España: Inde.

Dilts, R., Hallbom, T. y Smith, S. (1996). *Las creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar*. España: Ediciones Urbano.

Durán de Huerta Marta, *México primer lugar mundial en obesidad*, 2001, <http://www.informarn.nl>. Visitado 2011.

Flores M, Carrión C, Barquera S. “Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos. Encuesta Nacional de Nutrición, 1999” en revista Salud Pública, (México), núm. 47, 2005: pp.447-450.

Gargallo Fernández M. A, Basilio Moreno Esteban, (2001). *Sobrepeso y obesidad*, DrugFarma.

Korbaman S. R. (2007). *Tratamiento y Prevención de la obesidad en niños y adolescentes*. Guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros. México: Trillas.

Lizardo V., (2002). *Obesidad Consenso. Fundación Mexicana para la salud*, México: Mc Graw Hill.

Loaiza M. S., Atalah S. E., “Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas” en *Revista Chilena Pediatría*(Chile), núm. 77, 2006, pp.20-26.

Manidi M. y Dafflon-Arvanitou I., (2002). *Actividad Física y Salud*. España: Masson.

Marquez, R. y Garatachea V. N. (2009). *Actividad física y salud*. España: Díaz de Santos.

Martin B. F., Roche E. C., (2001). *Obesidad: algo más que un problema de peso*. España: Editores Franz Martín Bermudo, Enrique Roche Collado.

Martínez-González M., Martínez J., Gibney M., Kearney J., (1999). *Physical inactivity, Sedentary lifestyle and obesity in Europe*, 23, 11 92-201.

Méndez S. N. (2002). *Obesidad. Epidemiología Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno.

Mendoza L., Zurita J., Isidra M., (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Moreno B., Monereo S. y Alvarez J., (2005). *La obesidad en el tercer Milenio*. España: Medica Panamericana.

Moreno E., Charro A., (2007). *Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategias NAOS*. España: Medica Panamericana

O Donnell A., y Grippo B., (2005). *Obesidad en la niñez y la adolescencia*, Argentina: Científica Interamericana.

OMS (1998). *Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida*. Ginebra, 61-71 <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4930s/9.10.html>. visitado 2012.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Obesity Update* (2012) <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf> . Visitado 2012.

Pedron C., Hernández M., (2001). *Alimentación Infantil*. España: Editores Díaz santos.

Peña E. y Bacallo J., (2002). *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*, OPS.

Pérez A., Marván L., Palacios B.,(2008).*Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes*. México: Fomento de Nutrición y salud

Secretaría de Economía (2010).<http://www.economia.gob.mx/>. Visitado (2012)

Secretaría de salud (2010).<http://portal.salud.gob.mx/>. Visitado 2012

Serra, Majem, L., y Aranceta B., J. (2001). *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio en Kid. Barcelona, España: Masson.

Soto Francisco, Lacoste Marín Jesús, Papenfuss Richard Gutiérrez León Aida, (1997). El modelo de creencias de salud, un enfoque Teórico. *Instituto para el Estudio de las Adicciones.*, 4 - Julio-Agosto Santa Cruz de Tenerife. España.

Vazquez C., De Cos A., Nomdedeu C., (2011). *Obesidad Manual teórico- práctico*. España: Diaz de Santos.

# ANEXO 1

## MANUAL DE CALIFICACIÓN

Para la presente investigación se utilizó un instrumento que nos permitió medir tres categorías: alimentación, actividad física, salud y percepción en general; retomados del IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física), el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, del cual se utilizó la sección de dieta y actividad física en el tiempo libre y el SEViC (Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento.

IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física).

El desarrollo de una medida internacional para actividad física

Versión corta de IPAQ es un instrumento diseñado principalmente para la vigilancia de actividad física en una población creada en Ginebra en 1998 y fue seguida de un extensivo examen de confiabilidad y validez hecho en 12 países (14 sitios) en el año 2000. Los resultados finales sugieren que estas medidas tienen aceptables propiedades de medición para usarse en diferentes lugares y en diferentes idiomas, y que son apropiadas para estudios nacionales poblacionales de prevalencia de participación en actividad física. Se ha desarrollado y probado para su uso en adultos (rango de edad de 15-69 años); permite indagar acerca de tres tipos específicos de actividades que son; actividad física vigorosa, actividad física moderada y caminata proporcionando puntuaciones separadas de cada una de estas.

Cada categoría de actividad física tiene un gasto distinto y específico de energía metabólica, definida como MET. MET son múltiplos de la tasa metabólica en

reposo y un minuto, por lo que los datos recogidos con IPAQ son reportados como una medida continúa.

Se le pidió a los participantes que anotaran los días y el tiempo de duración en minutos, en el que realizaban actividad física vigorosa, actividad física moderada y caminata. Estos datos se utilizaron para obtener los METs de cada participante, con la ayuda de las siguientes formulas dependiendo de cada categoría de actividad y así obtener un total de METs el cual determina en que nivel de actividad física se encuentra el participante, bajo, medio o alto.

MET caminata =  $3,3 * \text{minutos de caminata} * \text{días de caminata}$

MET moderada =  $4,0 * \text{minutos de actividad moderada} * \text{días de actividad moderada}$

MET Vigorosa =  $8,0 * \text{minutos de actividad vigorosa} * \text{días de actividad vigorosa}$

MET actividad física total = suma de caminata + suma de actividad moderada + suma de actividad vigorosa

Clasificación de puntuación.

Bajo = Inferior a 600 MET

Modio = por lo menos 600 MET

Alto = por lo menos 3000 MET

El método STEPwise

El método STEPSwise estándar de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas es utilizado en distintos países contiene:

- Las secciones principales.
- Las secciones ampliadas.

Los módulos principales para cada sección contienen preguntas necesarias para calcular variables fundamentales. Las preguntas de las secciones ampliadas permiten obtener más detalles. Conviene incluirlas en el cuestionario si se quiere centrar más especialmente en un elemento.

Para ésta investigación sólo se utilizó la sección de información demográfica y dieta, secciones principal y ampliada, se le pidió a los participantes que proporcionaran su datos demográficos es decir su nombre, nombre de su hijo, peso estatura, diámetro de la cintura (si desconocían estos datos, se les midió y pesó en el mismo momento de la aplicación del instrumento), genero, fecha de nacimiento, edad, nivel educativo, estado civil, actividad laboral e ingresos mensuales del hogar.

En la sección de Dieta, se le pidió a los participantes que proporcionaran cuantos días en una semana consumían alimentos como carne, pescado, huevo, productos lácteos, colaciones, frutas y verduras de las cuales también se pregunto el número de piezas consumidas por día, así como el tipo y grasa en la preparación de alimentos y veces que se comían fuera de casa.

### Inventario SEViC

El inventario SEViC (Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento) tercera edición 1993 desarrollado el Dr. Juan José Sánchez Sosa y la Dra. Laura Hernández Guzmán, trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días, el cuestionario es completamente anónimo y la información se usa exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda por lo que no hay respuestas buenas ni malas, las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener. La

segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal.

Únicamente se seleccionaron algunas preguntas de la primera sección las cuales se relacionaran con percepción en cuanto al peso, malestares estomacales, condición física y malestares físicos. Se le pidió a los participantes que subrayaran la respuesta que reflejara mejor su propio caso.

## ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
CARRERA: PSICOLOGÍA



La información que se solicita a continuación, solo será utilizada con fines de investigación y estadísticos, lea con atención las preguntas.

### Información demográfica

#### SECCIÓN PRINCIPAL: Información demográfica

Pregunta		Respuesta
1	Nombre completo de su hijo.	
2	Nombre completo del participante	
3	Peso	_____ kg
4	Estatura	_____ cm
5	Diámetro de la cintura	_____ cm
6	¿Padece alguna de estas enfermedades?	Diabetes Hipertensión Gastritis

		Colitis  Nefropatías (enfermedades del riñón)
	Otras.	
7	Seleccione aquellos familiares que presenten actualmente o hayan presentado sobrepeso así como obesidad.	Abuelo Paterno  Abuela Paterna  Abuelo materno  Abuela materna  Padre  Madre  Hermanos
	Otros	

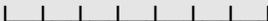
### SECCIÓN PRINCIPAL: Información demográfica

Pregunta		Respuesta
8	Género	Hombre 1 Mujer 2

9	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>
10	¿Qué edad tiene usted?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <span>Años</span> <span>Meses</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> </div>
11	En total, ¿durante cuántos años fue a la escuela o estuvo estudiando a tiempo completo (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <span>Años</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>

12	¿Cuál es el <b>nivel de educación más alto</b> que ha alcanzado?	<p style="text-align: center;">Sin escolarización formal</p> <p style="text-align: center;">Escuela primaria incompleta</p> <p style="text-align: center;">Escuela primaria completa</p> <p style="text-align: center;">Escuela secundaria incompleta</p> <p style="text-align: center;">Escuela secundaria completa</p> <p style="text-align: center;">Nivel medio superior incompletos</p> <p style="text-align: center;">Nivel medio superior completos</p> <p style="text-align: center;">Estudios universitarios incompletos</p> <p style="text-align: center;">Estudios universitarios completos</p> <p style="text-align: center;">Estudios de posgrado</p>
----	--	--

13	¿Cuál es su <b>estado civil</b> ?	<p>Soltero</p> <p>Casado actualmente</p> <p>Separado</p> <p>Divorciado</p> <p>Viudo</p> <p>Viviendo con Pareja</p> <p>Familia reconstruida</p>
14	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su <b>actividad laboral principal</b> en los últimos 12 meses?	<p>Empleado(a) del gobierno</p> <p>Empleado(a) en el sector privado</p> <p>Trabajador(a) independiente</p> <p>No remunerado(a)</p> <p>Estudiante</p> <p>Amo(a) de casa</p> <p>Jubilado(a)</p> <p>Desempleado (a) (puede trabajar)</p> <p>Desempleado(a) (no puede trabajar)</p>

15	¿Cuáles son los ingresos del hogar?	por mes 
----	-------------------------------------	---

<b>SECCIÓN PRINCIPAL: Dieta</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	
16	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted frutas?	Número de días 
17	¿Cuántas pza. de frutas come en uno de esos días?	Número de porciones 
18	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted verduras?	Número de días 
19	¿Cuántas pza. de verduras come en uno de esos días?	Número de porciones 
20	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted carne?	Número de días 
21	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted pescado?	Número de días 
22	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted huevo?	Número de días 

23	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted productos lácteos?	<p>Número de días</p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p>
24	De lunes a domingo ¿Cuántos días come usted colaciones (dulces, chatarras, refresco, entre otros)?	<p>Número de días</p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p>

25	¿Qué tipo de <b>aceite o grasa se utiliza generalmente</b> en su casa para preparar la comida?	<p style="text-align: center;">Aceite vegetal</p> <p style="text-align: center;">Manteca de animal</p> <p style="text-align: center;">Mantequilla</p> <p style="text-align: center;">Margarina</p> <p style="text-align: center;">Ninguno en particular</p> <p style="text-align: center;">Aceite de olivo</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Otro</p>
26	¿Cuántas veces a la semana comió fuera de su casa?	<p>Número</p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p>

**SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que usted fue físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si no se considera una persona activa.**

Usted hizo en los últimos 7 días.

Actividades vigorosas: Son las que hacen respirar y latir el corazón mucho más fuerte que lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, aeróbicos, jugar fútbol o pedalear rápido en bicicleta. No incluya caminar. Piense solamente en esas actividades que hizo por lo menos 10 minutos continuos.

	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
<b>En el trabajo</b>		
27	Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas?	Número de días  <input type="text"/>
28	¿Cuánto tiempo al día realizó actividad física vigorosa?	Horas : minutos  <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs                      mins

**Actividad física**

LEA: Ahora piense en actividades que requieren esfuerzo físico moderado y que usted hizo en los últimos 7 días.

Actividades físicas moderadas: son las que hacen respirar algo más fuerte que lo normal e incluyen cargar cosas ligeras, montar en bicicleta a paso regular, bailar entre otras. No incluya caminar. Otra vez piense únicamente en aquellas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos.

29	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas?	Número de días  <input type="text"/>
30	¿Cuánto tiempo al día realizo actividad física moderada?	Horas : minutos  <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs                      mins

**Actividad física, caminar.**

LEA: Ahora piense en el tiempo que usted le dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo y en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, y cualquier otra caminata que haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

31	¿Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó usted por lo menos 10 minutos seguidos?	Número de días  <u>    </u>
32	¿Cuánto tiempo al día realizó una caminata?	Horas : minutos  <u>    </u> : <u>    </u> hrs          mins

**Permanecer sentado.**

LEA: Ahora piense acerca del tiempo que usted pasó sentado(a) en la semana durante los últimos 7 días. Incluya el tiempo en el trabajo, en la casa, estudiando y durante el tiempo de descanso. Esto puede incluir tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.

33	Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado al día?	Horas : minutos  <u>    </u> : <u>    </u> hrs          mins
34	Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado a la semana?	Horas : minutos  <u>    </u> : <u>    </u> hrs          mins

**Salud en general.**

LEA: Estas son algunas preguntas de salud muy generales escoja la respuesta que más se acerque a lo que usted experimenta.

35	<b>En cuanto a mi peso estoy</b>	Muy por debajo de él  Por debajo de él  En mi peso  Por arriba de él  Muy por arriba de él
36	<b>Me dan ganas de vomitar</b>	Nunca  Casi nunca  Pocas veces  A veces  Frecuentemente  Siempre o casi siempre
37	<b>Me dan dolores de estómago</b>	Siempre o casi siempre  Frecuentemente  A veces  Pocas veces  Casi nunca  Nunca

38	<b>Me da diarrea</b>	Siempre o casi siempre  Frecuentemente  A veces  Pocas veces  Casi nunca  Nunca
39	<b>Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:</b>	Siempre o casi siempre  Frecuentemente  A veces  Pocas veces  Casi nunca  Nunca
40	<b>He tenido problemas por mi falta o exceso de peso durante:</b>	Nunca  Una semana a un mes  De dos a cinco meses  De seis meses a un año  De uno a cuatro años  Cinco años o más

41	<b>He tenido malestares o enfermedades físicas durante:</b>	una semana a un mes  de dos a cinco meses  de seis meses a un año  de uno a cuatro años  cinco años o más
----	---	---

## ANEXO 3

### **Concepto de salud**

Mencione cual es la diferencia entre sobrepeso y obesidad

¿Qué factores consideran que influyen en el aumento de peso?

¿Qué características tiene una persona con sobrepeso?

Conocen el I.M.C que corresponde a sus hijos y si este es el adecuado a su estatura y edad

¿Qué es ser una persona sana?

¿Para usted que es salud?

¿Qué es enfermedad?

¿Considera que el sobrepeso y la obesidad son una enfermedad?

### **Factor genético**

¿Usted piensa que la obesidad es hereditaria? ¿Por qué?

¿En su familia hay alguien que presenta sobrepeso u obesidad?

¿Algún familiar cercano presenta problemas de salud a causa de sobrepeso?

¿Cuáles?

### **Imagen corporal**

¿Se han percatado si sus hijos se sienten a gusto o inconformes con su imagen corporal?

Si hay inconformidad, ¿Han hecho ustedes algo para cambiar ese sentimiento?

¿Cómo se siente con su imagen corporal?

¿Cómo piensa que su hijo se sienta con su imagen corporal?

¿Alguna vez su hijo ha manifestado espontáneamente deseos de bajar de peso?

¿Su hijo le ha manifestado espontáneamente realizar actividad física?

¿Considera que existe discriminación hacia la gente con sobrepeso?

¿Su hijo le ha manifestado que en la escuela lo molestan o se burlan de él?

¿Usted ha sufrido algún tipo de burla por su aspecto físico?

¿En alguna ocasión se ha sentido triste o incomodo por su aspecto físico?

### **Actividad física**

Para ustedes que es la actividad física

¿Sus hijos realizan actividad física?

\*si la respuesta es Si ¿Con que frecuencia?

\*si la respuesta es No ¿Cual es la causa?

¿Qué es el juego?

¿Qué es deporte?

¿Su hijo le ha manifestado el deseo por realizar algún deporte?

¿Qué piensa de los espacios públicos para que los niños jueguen?

¿Realiza algún tipo de actividad física?

¿Qué piensa de los videojuegos como medio de entretenimiento?

¿Cuántas horas su hijo pasa en la computadora? ¿Cuál es el uso que le da?

¿Cuántas horas pasa usted en la computadora incluyendo hora de trabajo?

## **Alimentación**

¿Ha platicado con sus hijos acerca de la importancia de mantener una buena alimentación? ¿Qué argumentos utiliza?

¿Qué tipo de alimentos consideran son de consumo preferido de sus hijos? ¿Con que frecuencia los consume?

¿En qué lugar pueden tener acceso a estos alimentos?

¿Cuántas veces al día comen sus hijos?

¿Cómo piensa que debe ser la alimentación?

¿Qué es una alimentación saludable?

¿Qué sabe del plato del buen comer?

¿Qué piensa de la comida que se conoce como sana?

¿Qué son los alimentos chatarra? Y ¿qué piensa de estos?

¿Cómo considera que es su alimentación?

¿El niño que sabe de esto?

¿Su hijo habitualmente dispone de dinero para comprar él mismo alimentos fuera del hogar? ¿Sabe usted cuales son los alimentos que compra?

¿Cuáles son los alimentos que se consumen con mayor frecuencia en casa?

¿En casa se repite plato de comida?

¿Se consume en casa o fuera de ella comida chatarra (refresco, frituras, chocolates, galletas, helados, entre otros)?

## **Socioeconómico:**

¿Consideran que el aspecto económico influye de alguna manera en problema de sobrepeso? ¿Por qué?

¿Pertenece a algún GYM, Club recreativo o centro en el que se realice algún tipo de actividad física?

¿Cuánto gasta en esto?

¿Esto influye en el que usted practique algún tipo de actividad física o deporte?

¿Cuando sus hijos están fuera de casa que lugares suelen frecuentar?

Cerca de sus hogares ¿Hay algún lugar que consideren apropiado donde sus hijos puedan divertirse?

¿Permite que su hijo salga a jugar a la calle?

### **Tiempo de convivencia:**

¿Qué tipo de actividad realizan sus hijos en su tiempo libre?

De esas actividades ¿qué tanto participan ustedes con sus hijos?

¿Qué juegos son los preferidos de sus hijos?

¿Tienen algún día de la semana específico para realizar algunas actividades con sus hijos? ¿Qué actividades realiza?

### **Medios de comunicación**

Como se sabe México es el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil

Ustedes ¿porque creen que las cifras incrementaron en estos años?

¿Qué papel consideran juegan los medios de comunicación en esta problemática?

¿Cuántas horas aproximadamente pasa su hijo viendo la televisión? ¿Qué programas son los que ve?

¿Cuántas horas ve usted televisión?

¿Cuándo es hora de comer se ve televisión?

¿Qué programas ven en familia?

¿Qué opina de los alimentos que anuncian en la televisión? ¿Piensan que son nutritivos?

¿Cree en aquellos productos que dicen ayudan a bajar de peso? ¿Los ha comprado?

## ANEXO 4

### Análisis de padres con hijos en sobrepeso

#### **Alberto**

##### Alimentación

Dentro de la variable de hábitos alimenticios el participante sitúa tres diferentes ambientes que influyen de manera distinta en la alimentación de sus hijos: núcleo familiar, ambiente escolar y calle. Menciona que como padre de familia es en casa donde tiene control y responsabilidad de los alimentos que sus hijos consumen, por lo que atribuye que es aquí en donde solamente se come sanamente, para él esto significa dar toda clase de alimentos sin tomar en cuenta las porciones de los mismos y restringir aquellos que considera no son saludables; en la entrevista de grupo focal él no menciona cuales son los alimentos que proporciona y que restringe.

Su modo local de participación no solo está fundamentado en el contexto inmediato es decir en casa el busca lograr los mismos cambios en el contexto escolar; descarta totalmente que se siga la estructura de lo que él hace en casa, ya que al no cumplirse con las normas establecidas dentro de las instituciones de educación, en las cuales no se debe proporcionar a los alumnos alimentos chatarra, hace que su percepción de restricción no sea apoyada por la escuela.

Con frecuencia las personas tienen algo en mente que necesitan y desean perseguir a través de otros contextos.

Sin embargo este problema va más allá de un contexto local particular ya que también atribuye al cambio de las condiciones sociales, haciendo una comparación entre los estilos de vida que se presentaban años atrás y el cómo actualmente es distinto, es decir existe mayor factibilidad de encontrar establecimientos de comida rápida, lo cual causa de manera directa un efecto en el aumento de peso de la población; aunque Alberto se sitúa como participante

dentro de la práctica social, reflexiona al no descartar que cada padre puede decidir que alimentos proporciona o no a sus hijos, es decir re-considera, re-evalúa y re-configura su participación y preocupación en la composición cambiante de la práctica social personal .

#### Imagen Corporal.

Dentro de esta variable el participante menciona elementos diferentes entre como él se percibe y lo que ocurre en el caso de sus hijos. Alberto pertenece a un contexto laboral militar, por lo que realiza actividades específicas de su comunidad de practica ejecutando con frecuencia actividad física, dicha actividad genera un bienestar físico relacionándolo directamente hacia su imagen corporal, es decir sino hace ejercicio la percepción de sí mismo adquiere un significado negativo de descuido. Respecto a la imagen corporal de sus hijos es un aspecto que pasa a segundo término ya que para él la cuestión académica es más importante en esta etapa de desarrollo. Sin embargo observa una diferencia entre sus hijos, ya que su hijo mayor tiene preocupación hacia su imagen corporal, mientras que el menor se interesa principalmente por lo académico. Lo cual ayuda a que el hijo menor no se sienta afectado por los comentarios discriminatorios que ha recibido de sus compañeros. Para Alberto una persona que tiene sobrepeso y obesidad se distingue por sus características físicas y sufre por ser discriminada, lo cual no lo relaciona directamente al caso de sus hijos atribuyéndoles alta autoestima.

#### Actividad física.

Como se mencionaba anteriormente, el realizar actividad física es un hábito que el participante realiza con frecuencia, atribuyéndole a esta conducta una relación cíclica con el concepto de salud, el realizar actividad física le proporciona salud y así mismo el estar saludable le permite realizar actividad física; dicho argumento es defendido al mencionar que una persona que presenta sobrepeso tienen dificultad para ejecutar actividad física.

Alberto realiza actividad física con sus hijos pero en forma de juego, y al ser una práctica significativa para él busca involucrarlos, planifica una serie de estrategias

que a partir de su conocimiento empírico a construido lo cual le ayuda a evitar la resistencia que sus hijos pueden tener al momento de llevarlas a cabo, agregando que esto le permite lograr un acercamiento entre ellos.

#### Herencia

El participante sabe que hay un factor genético involucrado el cual afecta en algunas personas para desencadenar un problema de sobrepeso, pero no es claro al explicar porque cree que existe una relación entre el metabolismo y el factor hereditario, definiéndolos como un mismo concepto.

#### Factor socio-cultural

De nueva cuenta para Alberto el cambio en las condiciones sociales modifican la forma de participación de los miembros de la familia ya que actualmente esta interacción se limita a un sólo espacio que es el hogar, descartando aquellos espacios públicos que ya no pueden ser utilizados por el incremento de la delincuencia.

### **Elizabeth**

#### Alimentación

Dentro de la variable hábitos alimenticios la participante menciona dos características que influyen para que las personas presenten sobrepeso, la primera que menciona es una alimentación no balanceada, sin embargo no describe aquellos elementos que podrían determinar que es para ella no alimentarse de una manera adecuada, la segunda característica que menciona es el “comer como desesperado”, lo cual se puede describir como el consumir alimentos rápido sin dejar espacio entre cada bocado.

#### Imagen corporal

Con respecto a esta variable Elizabeth menciona que antes se sentía bien con su imagen corporal y muestra un deseo por poder recuperar este sentimiento de bienestar, habla de que actualmente no se siente conforme con su imagen

corporal ya que tiene problemas de sobrepeso, esto lo percibe a partir de su rendimiento físico al sofocarse cuando realiza alguna actividad, a partir de esto muestra preocupación y busca disminuir su peso.

También habla de un contexto social, cuando utiliza el término “vanidad”, el cual puede entenderse a partir de que ella busca ser aceptada y la aprobación de su imagen corporal de aquellas personas que interactúan dentro del contexto social en el que se relaciona; esto es posible determinarlo, cuando habla de la discriminación que las personas con sobrepeso experimentan, al recibir insultos de aquellos que las rechazan teniendo como consecuencia problemas psicológicos. Sin embargo esta inconformidad con su imagen corporal no es aprendida por su hijo ya que menciona que el muestra sentirse bien con su imagen en este momento de su desarrollo.

#### Actividad física

Con respecto a esta variable la participante no aclara si realiza actividad física, sin embargo menciona que su hijo realiza actividad física no estructurada al salir a jugar en bicicleta, tomando al juego como un tipo de actividad física.

#### Herencia

La participante considera que si existe un patrón hereditario, esto lo determina al realizar una comparación entre los miembros de su núcleo familiar, en el que a partir de un determinante generacional en el que los abuelos paternos y el padre de su hijo presentan una complexión robusta, lo que como consecuencia genera que su hijo mantenga esa complexión.

#### Factor social

La convivencia que Elizabeth tiene con sus hijos es escasa debido a que tiene vida laboral, pero no descarta el poder realizar algunas actividades en conjunto, como juegos y checar sus tareas mostrando un apoyo académico.

## **Martha**

### Alimentación

La participante menciona que el tener malos hábitos alimenticios influye en el aumento de peso, , argumentando que en cuestión de hábitos alimenticios maneja una restricción en la ingesta de grasas y harinas, lo cual traerán como consecuencia una disminución en el peso.

### Imagen corporal

Martha menciona que existe discriminación hacia las personas con sobrepeso y esto influye en como se sienten estas personas, mencionando que su hijo no se siente conforme con su imagen corporal y lo relaciona con los insultos que se llegan a presentar en el ámbito escolar y esto no solo se presenta entre compañeros sino que llegan a realizar comentarios ofensivos hacia los padres lo cual perjudica más al niño, ante esta problemática la participante busca estrategias que puedan ayudar a que el niño pueda tener una mejor autoestima , haciendo una relación con las etapas del desarrollo en el que le argumenta a su hijo que esto cambiara cuando pase esta etapa y su cuerpo comience a cambiar, fomentando mayor seguridad a su hijo.

### Actividad física

Esta variable recibe importancia para la participante, la determina como estar en movimiento y menciona tanto actividad física estructurada como no estructurada, ella se sitúa como modelo ante sus hijos y a la par sirve como un aspecto motivacional, este patrón de conducta se repite ya que cuando ella realiza actividad física trae como consecuencia que sus hijos lo hagan de igual manera.

### Herencia

La participante no descarta el factor hereditario el cual está relacionado para que una persona presente sobrepeso sin embargo no solo asume esta posición sino

que menciona un relación con el factor de alimentación el cual tiene más relación con el que una persona presente problemas de sobrepeso.

#### Factor socio-cultural

Solo determina el tiempo de convivencia con sus hijos que es cuando realizan tarea y hace un promedio de unas dos horas que comparte con ellos.

#### Enfermedad

Menciona que el sobrepeso es una enfermedad pero a partir de que lo sitúa como un desencadenante para generar otras enfermedades como son el colesterol, los triglicéridos así como dolor de cabeza, dentro de las características que una persona con sobrepeso menciona aquellas físicas como son el sofocarse al dormir.

### **Rosa**

#### Alimentación

Dentro de esta variable Rosa relaciona el sobrepeso con una vida sedentaria y la alimentación la cual debería ser balanceada es decir consumir carne, huevo, cereales, pescado, verduras y frutas, sin embargo menciona que la gran mayoría de personas están acostumbradas a consumir productos que los nutren como son embutidos, refresco lo que denomina como comida chatarra para ella este tipo de comida contiene una gran cantidad de químicos lo cual trae como consecuencia que el cuerpo engorde.

En el caso de su hijo la participante menciona que tiene sobrepeso, y esto lo relaciona con una mala alimentación ya que no le gustan las verduras ni las frutas, aquellos alimentos que coloca dentro de una dieta balanceada, sin embargo ha tomado medidas con las que interviene en la alimentación de su hijo, como son tener un control en los alimentos que le da por medio de raciones las cuales son menores a las que acostumbraba a consumir.

### Actividad física

Para Rosa Actividad Física se relaciona con hacer ejercicio como andar en bicicleta, correr, trotar así como jugar con la pelota este debe ser independiente de la rutina diaria, menciona que los padres sirven como modelos para que los hijos realicen algún tipo de actividad física, sin embargo ella no lleva a cabo ejercicio a diferencia de su hijo que sale a jugar con su bicicleta o con su mascota, por lo que esto se sale del patrón que ella tenía determinado.

### Imagen corporal

Con respecto a esta variable Rosa menciona que su hijo no se siente bien con su imagen corporal ya que él se lo ha mencionado, incluso se ha comparado con uno de sus hermanos que está más delgado que él, se incomoda ante esta situación.

### Discriminación

La participante argumenta que si existe discriminación a aquellas personas que presentan sobrepeso, ya que su hijo le ha comentado que les ponen apodosos así como que reciben insultos, Rosa menciona que esto les afecta emocionalmente.

### Enfermedad.

Rosa comenta que el sobrepeso puede estar relacionado con el estrés, ya que para ella algunas personas no comen porque realmente tiene hambre sino porque están en un estado de estrés constante.

### Factor socio-cultural

El tiempo que conviven como familia es cuando están comiendo y una hora más cuando se hace tarea, en ocasiones ven televisión juntos o películas, menciona que prefiere que estén en casa a que salgan a los espacios públicos que hay por la zona.

## **Viviana**

### Alimentación

La participante no considera un solo factor que interviene para que una persona presente problemas de sobrepeso, sino que lo define como una relación entre diversos factores que traen como consecuencia esta condición. Con respecto a esta variable Viviana comenta que el sobrepeso se presenta a partir de una “mala alimentación, ansiedad pues, problemas así en general, estrés”, “yo más que nada siento que se debe a la falta de cultura que tenemos, porque a veces nuestros padres no supieron sobrellevar una buena alimentación y ahora es lo mismo que hacemos con nuestros hijos o también es por cuestión económica y te basas a lo que tienes en casa”, involucra también el ambiente en el que se desarrolla, así como modelos que para ella no fueron lo suficientemente adecuados para poder aprender cómo llevar a cabo una buena alimentación y una cuestión económica, la cual no permitiría poder tener ese modelo adecuado.

Considera que para llevar a cabo una buena alimentación es necesario “dar pequeñas porciones, como una manzana, zanahoria, col, pollo, darles lo que ellos se sientan satisfechos y se puedan comer”, por lo que este sería para ella el modelo adecuado de alimentación el cual lleva a cabo pero no menciona como fue que aprendió y decidió aplicarlo.

### Actividad física

La participante describe esta variable como “el movimiento de todo el cuerpo, algo que sea divertido y como un juego, porque sino te da flojera”, ella no realiza ningún tipo de actividad física, sin embargo comenta que a su hija le gusta bailar y esto lo practica como un juego, por lo que se puede ver como es que existe una relación entre lo que la madre considera como actividad física y lo que su hija realiza.

## Imagen corporal

Viviana comenta que ella no se siente bien con su imagen corporal ya que tiene sobrepeso y esto no le permite sentirse bien, argumenta que su hija le ha manifestado esta inconformidad también ya que presenta sobrepeso esto lo ha notado principalmente en su arreglo personal ya que le ha comentado cosas como “es que esto no me combina con esto, me hace ver más gorda, es que mira”.

Viviana considera que las personas con sobrepeso son discriminadas y esto puede afectarles aunque comenta que en la escuela su hija no ha recibido ningún tipo de discriminación, esta se a dado dentro de su núcleo familiar, ha recibido comentarios como “estas bien gorda, estas bien marranita” esta es una situación que presenta molestia para ella como madre y a tomado medidas como marcar límites entre los miembros de su familia, pidiendo respeto hacia su hija.

## Herencia

La participante comenta que “ en algunas ocasiones, mi papa esta gordito, yo también, pero los demás no, mi hijo de 14 años estaba gordito pero entro a la secundaria y empezó a bajar de peso , no se si sea por la presión en la escuela o porque está jugando futbol dos veces por semana,” por lo que no tiene claro si podría ser un factor hereditario ya que dentro de su núcleo familiar este patrón se ha repetido pero no de una manera constante así como la intervención de otros factores que no le permiten determinar si es un factor hereditario o no.

## Factor socio-cultural

Viviana comenta que no salen mucho de casa, solo en compañía de su papá y trata de convivir 15 minutos con ellos, por lo que el tiempo de convivencia es escaso.

## **Belinda**

### Alimentación

La participante menciona que es en casa donde tiene control y responsabilidad de los alimentos que sus hijos consumen, por lo que atribuye que es aquí en donde solamente se come sanamente; para ella, el comer sanamente significa dar toda clase de alimentos sin tomar en cuenta las porciones de los mismos.

Sin embargo, fuera de casa no tiene el mismo control ya que complace a su hijo menor al comprarle golosinas fuera de la escuela, aún sabiendo que no son saludables. Durante la entrevista de grupo focal la Sra. Belinda hace una pequeña reflexión al argumentar que la principal causa de sobrepeso se debe al tipo de alimentos que se consumen sin que se llegue a pensar en las consecuencias posteriores a consumirlos.

### Imagen Corporal.

Dentro de esta variable el participante menciona tres ideas distintas: a) entre como ella se percibe b) lo que ocurre en el caso de su hijo mayor y c) lo que pasa en el caso de su hijo menor.

a) Para la Sra. Belinda la percepción que tiene sobre su imagen corporal depende más de su estado de ánimo; “es decir si se siente de mal humor se siente mal, que la ropa no le queda, pasada de peso, e intenta hacer cambios en su alimentación restringiéndose algunos alimentos; cuando se siente de buen humor se siente bien con su imagen, le gusta verse al espejo y no se restringe ningún alimento.”

c) El hijo menor no muestra preocupación alguna por su imagen a pesar de que presenta sobrepeso; según la participante menciona, el niño cree que cuando crezca y sea mayor, su sobrepeso disminuirá, tal como sucedió en el caso de su hermano mayor. Para Belinda no siempre las personas delgadas están sanas, ni siempre las personas gordas están enfermas: ya que el metabolismo juega una parte muy importante en el proceso de salud y aspecto físico.

b) Respecto a la imagen corporal de su hijo mayor ella percibe que él si muestra preocupación por su aspecto, "...realizando actividades que le han hecho modificar su imagen. Él anteriormente presentaba sobrepeso y actualmente ha conseguido bajar de peso.

#### Actividad física.

La Sra. Belinda no realiza actividad física. A esta actividad la participante le atribuye un significado de hábito que se puede adquiere en cualquier ámbito al que una persona pertenezca, pero que ella no aprendió. Su hijo mayor si realiza ejercicio con frecuencia y práctica deporte, el interés lo adquirió por parte de la escuela y por la preocupación que tenía por su aspecto corporal. El hijo menor no realiza actividad física, pero la señora Belinda menciona que espera que su hijo menor adquiera más adelante el hábito de su hermano mayor de realizar actividad física y deporte con frecuencia.

#### Herencia

La participante no cree que el sobrepeso se deba a un factor heredado, sino a la cuestión de ejercicio que las personas realizan o al metabolismo que presenten. El sobrepeso es una enfermedad y que las personas que la padecen no la aceptan, hasta que ya presentan manifestación de síntomas, así lo cree la Sra. Belinda.

### **Cristina**

#### Alimentación

La participante identifica dos ambientes que influyen en la alimentación de su hija:  
a) núcleo familiar y b) calle.

a) Menciona que es en casa donde tiene control de los alimentos que su hija consume, por lo que atribuye que es en casa el único lugar donde se come de modo sano; para Cristina el comer sanamente significa dar todo tipo de alimentos tomando en cuenta las porciones de los mismos y restringir aquellos que considera poco saludables como los que contienen muchas grasas o harinas.

b) Sin embargo, aunque la Sra. Cristina tiene control de lo que su hija consume en casa y en la escuela, al no proporcionarle dinero para que compre comida chatarra, la participante comenta que éste problema de alimentación va más allá de un contexto familiar, ya que también lo atribuye al cambio de las condiciones sociales, haciendo una comparación entre los estilos de vida que se presentaban años atrás y el cómo actualmente es distinto, empezando por los avances tecnológicos que ahora influyen en el proceso de producción de los alimentos y por tanto en la calidad de los mismos, y que al entrar al organismo este producto 'artificial' trae repercusiones y consecuencias, causando de manera directa un efecto en el aumento de peso de la población, que sin ser consciente de ello, llega a consumirlos.

#### Imagen Corporal

Dentro de esta variable la participante menciona elementos similares entre como ella se percibe y lo que ocurre en el caso de su hija. La Sra. Cristina no se siente conforme con su imagen corporal y aunque menciona que se resigna a su condición de peso, ella realiza diferentes actividades y lleva a cabo una alimentación sana para modificar su aspecto, y principalmente tener buena salud. En el mismo sentido, menciona que su hija tampoco se siente bien con su imagen corporal ya que cada vez que se observa en el espejo se rechaza y dice que no le gusta 'su panza ni sus lonjas'; además de que cuando ve publicidad para bajar de peso, le pide a la Sra. Cristina que le compre esos productos.

#### Actividad Física

Para la participante el realizar actividad física es un hábito que hace con frecuencia de manera estructurada, lo cual le gusta y le hace sentir bienestar físico y es algo que le inculca a su hija, que al igual lo realiza de forma estructurada, pero según dice Cristina, esto no es suficiente para su hija, ya que quiere hacer y pertenecer a distintas actividades y a su parecer no llega a cansarse.

## Herencia

La Sra. Cristina argumenta que para ella si influye la herencia ya que en su caso y en el de su hija si hay tendencia familiar, ya que a pesar de que comen de forma sana y realizan actividad física de forma constante ninguna de las dos consigue bajar de peso. Sin embargo se siente tranquila ya que para ella el tomar agua, comer sanamente, hacer ejercicio, cuidarse y sentirse bien es lo más importante.

El sobrepeso es una enfermedad que al padecerla indica que algo no está bien, así lo cree Cristina

## Jazmín

### Alimentación

La participante muestra una actitud despreocupada e irresponsable respecto a la alimentación que proporciona a su hija tanto en casa como en la escuela, “ya que menciona que su hija no desayuna, justificando que a la niña no le gusta y le provoca nauseas”, “no le da verduras porque tampoco le gustan”, pero si le da dinero o le compra golosinas fuera de la escuela. La Sra. Jazmín es una madre permisiva ya que accede a todo lo que su hija le pide en cuestión de alimentos; a pesar de saber que su hija tiene sobrepeso.

### Imagen corporal

La participante hace una relación entre su estado de ánimo y su imagen corporal, es decir que si ella se siente de buen humor, le agrada su imagen corporal, y cuando se siente de mal humor no se siente conforme con su apariencia.

En el caso de su hija menciona que ella percibe que su hija no se siente bien con su imagen corporal, ya que se rechaza haciendo comentarios negativos de su físico y sobre todo cuando se está mirando al espejo.

### Actividad Física

La Sra. Jazmín define a la actividad física como un “hábito que se inculca de generación en generación”, haciendo una comparación entre los estilos de vida que se presentaban años atrás y el como actualmente es distinto, es decir, antes los padres y madres de familia no realizaban este tipo de actividades, ya que su prioridad era trabajar en el campo o a lo que ellos se dedicaran para sacar adelante a sus familias; mencionando que este es el motivo principal por el cual ella no realiza actividad física, ya que en su familia a ella no se lo inculcaron, y ni su hija realiza actividad física porque tampoco se lo ha inculcado.

### Herencia

La participante argumenta que para ella “la herencia no es un factor que afecte en las personas para que presenten sobrepeso, sino que se debe más a un descuido personal o a la reacción que pueden tener algunos medicamentos en el cuerpo”, como le sucedió a su hija, que aumentó de peso a causa del suministro de suero en una intervención quirúrgica.

La Sra. Jazmín no está tomando en cuenta que el sobrepeso de su hija se debe principalmente a la mala alimentación que tiene y a la falta de actividad física.

### Factor socio-cultural

La participante menciona nuevamente una comparación entre los estilos de vida que se tenían años atrás y los estilos actuales en el caso del juego, ya que los juegos que llevaban a cabo los niños de antes eran más dinámicos, implicaban mayor movimiento; los juegos de ahora hacen menos activos a los niños, ya que no implican mucho movimiento y promueven el sedentarismo, lo que para la Sra. Jazmín representa una de las principales causas de sobrepeso infantil.

## **Patricia**

### Alimentación

La participante relaciona los contextos: núcleo familiar y calle como aquellos que influyen de igual modo sobre la alimentación de su hija; ya que en ambos ambientes no se lleva a cabo una alimentación sana.

En casa es una madre permisiva porque sólo prepara aquellos alimentos que son del agrado de su hija aunque dichos alimentos contengan principalmente harinas y grasas, por lo que accede a las peticiones de su hija en lo que desea comer; no se ejerce ningún tipo de control o restricción de alimentos a pesar de que argumenta se “debe tener una alimentación balanceada”, reconociendo que “son pocas las personas que realmente lo llevan a cabo”.

Patricia comenta que con frecuencia consumen alimentos en la calle; es decir que los alimentos que se consumen en su casa y en la calle no son saludables; la suma de estos factores da como consecuencia el incremento de peso en su familia; por lo que la probabilidad de que éste disminuya con estas conductas es nula.

### Imagen Corporal

La Sra. Patricia menciona que no se siente a gusto con su imagen corporal desde que subió de peso a causa del embarazo; a pesar de que realiza ejercicio para modificar su condición, no toma en cuenta que hay otras variables involucradas, como la herencia genética o la alimentación, que en su caso como lo mencionó anteriormente no es la más apropiada y saludable.

En lo que respecta a la imagen corporal de la hija de Patricia, la participante desconoce si su hija se siente bien o mal con su apariencia ya que no muestra preocupación alguna por su aspecto, pero Patricia tiene la percepción de que su hija se encuentra pasada de peso a causa de su mala alimentación y que sus compañeros de clase pueden hacer comentarios ofensivos por la misma causa.

## Actividad Física

La actividad física es definida por la participante como aquella actividad en la que al ejecutarla, sudas te cansas, fuera de la rutina argumentando que si presentan estas características se puede denominar actividad física, ella realiza actividad física a diario.

En el caso de su hija vuelve a mostrar la misma permisividad que tiene con ella en la alimentación, ya que no insiste en involucrarla a realizar alguna actividad a pesar de que sabe que el no realizar ejercicio genera problemas de sobrepeso. Así como en el caso de la alimentación, la niña es quien decide y no la madre.

## Herencia

La participante no considera que la herencia influya en la probabilidad de aparición de sobrepeso, sino que este problema depende de los hábitos alimenticios y el sedentarismo; es decir, ella sabe que “los problemas de peso no se predisponen por el hecho de que algún miembro de la familia lo presente, lo que indica que ella está consciente de que ejerce conductas de riesgo al no tomar en cuenta la importancia de sus malos hábitos alimenticios y la permisividad que tiene hacia su hija, para el incremento en la probabilidad de presencia de sobrepeso.

## Factor socio-cultural

La Sra. Patricia dedica en las tardes tiempo de convivencia con sus hijos, haciendo tarea, jugando, viendo televisión o mientras comen. Menciona que cerca de su vivienda si hay espacios públicos los que frecuentan sólo con supervisión.

## **Xochitl**

### Alimentación

La participante únicamente aborda esta variable dentro del contexto familiar, no contempla más ambientes; en casa sólo controla el consumo de dulces, por lo que no hay ningún tipo de restricción de otros alimentos, ya que proporciona sólo

alimentos del agrado de su hijo aunque estos no sean nutritivos, justificando que al niño 'no le gusta comer cualquier cosa' por lo que es permisiva en ese sentido.

Ella menciona que sabe que los malos hábitos, el no comer en la hora indicada y el consumo de grasas y harinas son generadores de sobrepeso y que puede ser evitado con una alimentación saludable basada en la inclusión de todo tipo de alimentos pero de forma equilibrada, lo que es mejor conocido como el plato del bien comer, sin embargo la Sra. Xochitl no aplica este conocimiento en la alimentación de su familia; por lo que no planifica en las porciones o en el tipo de alimentos; lo que causa de modo directo el sobrepeso en su hijo.

### Imagen Corporal

Xochitl actualmente no se siente conforme con su imagen corporal a causa de que ha subido 4kg, atribuyendo que esta condición se debe al cambio constante de actividades entre una etapa de su vida y otra; es decir antes de ser ama de casa realizaba más actividades fuera de casa que la mantenían activa y en movimiento, de modo que ahora sólo se dedica a estar en casa y a su percepción menos activa.

La participante no atribuye su incremento de peso a sus malos hábitos alimenticios. En el caso de su hijo, argumenta que sus profesoras le han hecho la observación de que está pasado de peso, pero él no le ha hecho saber que se siente mal con su imagen corporal y para ella no es visible su sobrepeso, únicamente su baja estatura.

Para Xochitl el sobrepeso se observa en una persona que le cuesta respirar y en el aspecto corporal que entre más evidente sea se es más atacado; por lo que según esta percepción su hijo no entra dentro del patrón de sobrepeso.

### Actividad Física

La participante define a la actividad física como aquella que al realizarse causa una aceleración en el ritmo cardiaco; por su parte ella práctica actividad física a diario, como correr y asistir a clases de zumba, planificando estas dos actividades

de modo alternado. En el caso de su hijo, se observa, que se le inscribió a clases de karate más por una condición de gusto por saber defenderse, que por la opción de realizarlo como hábito saludable. En ambos casos se percibe mayor prioridad por realizar actividad física que en el cuidado de una buena alimentación.

#### Herencia

La señora Xochitl menciona que la herencia no influye, que es más por la relación que existe entre hacer actividad física y la alimentación sana para evitar tener problemas de sobrepeso; factores que anteriormente no consideró como prioritarios. Agregó que la herencia puede predominar en algunos casos y que no necesariamente se tiene que dar por asentado; siendo el único caso en que el sobrepeso sea causa de una enfermedad como la tiroides, es donde no puede hacerse nada para evitarlo. No tiene clara una postura específica.

#### Factor socio-cultural

La señora Xochitl dedica casi todo su tiempo a estar con sus hijos, platicando, jugando en casa o fuera de ella; sin embargo no le gusta salir mucho ya que los espacios cercanos a su vivienda están frecuentemente sucios. No deja salir solos a sus hijos, sólo con supervisión.

## ANEXO 5

### Análisis de los padres que tienen hijos con normopeso

#### **Marlene**

##### Alimentación

La participante menciona que la causa principal para que se desarrolle el sobrepeso es una mala alimentación, descarta el factor genético ya que toma como modelo a su familia argumentando que “sus padres presentan sobrepeso, pero este patrón no se repitió en el caso de su hermana ni en ella así como ahora en sus hijos”.

Para ella todo depende de una buena alimentación la cual es adecuada a partir de las raciones que se proporcionen, la describe como aquella que “contiene proteínas, pastas, una mayor ración de verduras, disminuyendo las raciones de productos que considera pueden influir en el aumento de peso como son harinas y almidones, para la participante todo alimento se puede consumir pero controlando la cantidad, sin embargo no describe cómo es que ella mide esta ración.”

##### Actividad física

Esta variable Marlene le describe como una caminata de treinta minutos pero que no tenga nada que ver con la rutina diaria, en su caso no practica ningún deporte o actividad extra la cual pueda situar como actividad física, sin embargo en el caso de su hijo es distinto ya que el si realiza caminatas que son promovidas por el abuelo.

##### Imagen corporal

Marlene menciona que sus hijos muestran estar conformes con su imagen corporal ya que ellos no presentan sobrepeso, son delgados por lo que están a gusto con su cuerpo así como con su imagen.

## Enfermedad

La participante describe que aquellas personas que presentan sobrepeso son “propensas a generar otras enfermedades como la diabetes así como problemas del corazón”, por lo que no lo ve como una enfermedad directa, sino como un desencadenante para otras.

## Factor socio-cultural

Dentro del tiempo que puede la participante estar con sus hijos solo es una hora, esto a causa de sus actividades diarias y solo menciona que si hay espacios públicos como parques cerca de su casa.

## Discriminación

Con respecto a esta variable Marlene argumenta que si existe discriminación hacia las personas con sobrepeso, dentro del ambiente escolar los niños insultan a aquellos que tiene sobrepeso poniéndoles apodos, pero la participante menciona que para ella esta conducta que presentan los alumnos es de una manera poco racional ya que para ella estos niños no saben distinguir que están llevando a cabo un acto de discriminación.

## **Daniela**

### Alimentación

Sobre esta variable Daniela no la considera como un factor importante el cual influya en el aumento de peso de una persona, dentro de su núcleo familiar no existe restricción en el consumo de alimentos, sin embargo si considera que la economía influye en lo que se consume para poder llevar a cabo una alimentación saludable, está la define como “comer de todo, frutas, verduras, carnes, cereales, pero a veces la economía no da para más”.

### Actividad física

A diferencia de la alimentación, la participante considera que el realizar actividad física o no influye para que se presente sobrepeso, comenta que el tener una vida

sedentaria así como no hacer ejercicio en uno de los factores que influyen en el sobrepeso. La participante define actividad física como el hacer ejercicio, pero no describe algo en específico, menciona que ella realiza caminatas mientras su hijo lleva a cabo actividad física estructurada que es danza regional.

#### Imagen corporal

Con respecto a esta variable Daniela comenta que ella actualmente se siente bien con su imagen corporal “ yo ahora si, es que yo subí de peso y no me aceptaba, hay veces que ni te quieres ver en el espejo, pero ahora ya empiezo a aceptarme”, el hecho de tener sobrepeso le causo un malestar con su imagen corporal, lo que trajo como consecuencia que no se aceptara por la forma en cómo ella se percibía, comenta que su hija se siente bien con su imagen corporal ya que no le a hecho ningún comentario negativo hacia la forma en cómo ella se percibe. Considera que existe discriminación hacia las personas que tiene sobrepeso, ya que reciben insultos, en el ambiente escolar de su hija se presenta esta discriminación entre alumnos, sin embargo comenta que también se presenta hacia los padres, ya que los niños hacen comentarios ofensivos hacia ellos, principalmente si estos presentan sobrepeso.

#### Herencia

Daniela considera que la herencia es uno de los principales factores para que una persona desarrolle sobrepeso ya que comenta “si es más que nada por herencia, si los papas ya son así, pues los hijos también y tienden a enfermarse”, toma también como referencia este factor como desencadenante de enfermedades.

#### Socio-cultural

Con respecto a esta variable la participante comenta que no es tan frecuente que sus hijos salgan fuera de casa, procura jugar con ellos en casa, sin embargo el tiempo que les dedica es poco y por lo regular practican juegos de mesa.

## **Elizabeth**

### Alimentación

Elizabeth define una alimentación balanceada como aquella en la que se combinan todos los grupos alimenticios y está compuesta por porciones, sin embargo comenta que la alimentación es uno de los factores principales que afectan para que una persona desarrolle sobrepeso, por lo que es una cuestión de hábitos que se practiquen en el núcleo familiar, “yo digo que incluso hasta la flojera, porque luego no preparamos algún buen alimento y preferimos mejor darles dinero para que ellos se compren algo y muchas veces es algo que no es saludable, de hecho hago la cuenta yo tengo 2 niños y si les doy \$5.00 a cada uno pues ya son \$10.00 pesos diarios y a la semana pues ya son \$50.00 con eso mejor podría comprar jamón y pan o lo necesario para que si estén bien alimentados”, al comentar esto realiza una reflexión de cómo podría cambiar dichos hábitos alimenticios así como se responsabiliza de la alimentación de sus hijos, siendo el actor principal para poder lograr dicho cambio.

### Actividad física

La participante con respecto a esta variable se siente confundida ya que a partir de distintas descripciones que ha escuchado de su médico con respecto a esta variable no puede determinar de una manera adecuada esta variable comenta , “la verdad es que si me siento confundida porque cuando voy con el doctor y me dice es que la actividad física es cuando se tiene una rutina de ejercicio y luego voy con otro y me dice una actividad física es cuando se realiza cualquier actividad que canse, y yo por decir hago muchas cosas en casa y si me canso pero pues no sé si eso si sea actividad física”, dentro del ámbito de salud también se encuentran distintas concepciones de lo que es actividad física, sin embargo esto trae complicaciones para poder hacer una definición de lo que es actividad física.

Elizabeth comenta que tiene que forzar a sus hijos a realizar algún tipo de actividad ya que prefieren estar viendo la televisión, pero logra que salgan a jugar

o andar en bicicleta. Ella solo hace caminatas constantes las cuales considera como actividad física.

### Imagen corporal

La participante se siente bien con su imagen corporal ya que considera no estar muy arriba de su peso normal, pero comenta que le gustaría bajar un poco más, pero debido a que sufre de varices es una condición que le impide realizarlo, su hija muestra estar conforme con su imagen corporal, esto lo determina a partir de que no ha recibido ningún comentario negativo de su imagen corporal, así como lo nota en su actitud lo describe de la siguiente manera “ le gusta bailar frente al espejo y bueno yo he sabido que aquellas personas que no se sienten bien con ellas mismas les incomoda incluso verse en el espejo”.

La participante considera que si hay discriminación ante las personas con sobrepeso, dentro del ambiente escolar es una actitud más frecuente, “pero si hay bastante discriminación yo lo he escuchado como les dicen cosas son demasiado agresivos, y además de ser verbal también ya es una agresión física los empujan, les pegan, se montan en ellos; hay en su salón un niño que si está muy pasado de peso pero bastante y le dicen que gordo, marrano, ballena, son muy groseros”.

### Herencia.

Elizabeth considera que el sobrepeso no es una condición que se herede, ella considera que esta condición de sobrepeso se relaciona directamente con patrones de conducta que son aprendidos dentro del ambiente en el que te desarrollas, así como deja a el factor alimenticio como la principal variable para generar esta condición, comenta lo siguiente “igual considero que no porque yo eh escuchado que dicen pues como tus papás están gorditos tu igual tienes que estar así, pero más bien lo que si se heredan son los hábitos y muchas veces todos son gorditos en una familia pero porque ninguno de ellos está comiendo adecuadamente” pero también considera que puede existir una renovación en estos hábitos pero la toma de decisión es individual, “yo creo que es más una cuestión de malos hábitos ya que una enfermedad no la puedes controlar y te da

sin que puedas evitarlo y en este caso uno si se puede decidir a cambiar esos malos hábitos o la forma de vida que uno está llevando”.

### Socio-cultural

Elizabeth comenta que no tienen horarios establecidos para convivir sino que todo el tiempo busca la comunicación con sus hijos, “todo el tiempo, realmente estamos muy acostumbrados a estar juntos, igual y no es de que este cierto tiempo con ellos y los dedique para jugar, pero cuando yo salgo me acompañan y platicamos, sea lo que yo este haciendo estamos platicando de lo que les gusta o lo que no, de la escuela siempre platicamos”, por lo que busca promover tiempo de calidad con los miembros de su familia, en cuestión de espacios públicos considera que “yo la verdad considero que no hay suficientes espacios y en los pocos que hay debería haber más vigilancia porque no faltan las banditas”, incorpora el tema de seguridad el cual influye directamente para que en el caso de su familia salgan a los espacios públicos para convivir.

### Elvia

La participante considera que una alimentación saludables es aquella en la que se combinan los alimentos, sin embargo considera que se desconoce cómo se puede hacer esto de una manera adecuada, argumenta que la economía es otro factor que influye ya que de esta depende los alimentos que se consumen en casa, considera que la alimentación se relaciona con la presencia de sobrepeso en una persona, principalmente el consumo de alimentos poco saludables, “ la comida chatarra, los chicharrones, lo que venden en la calle y que no lo puedes evitar, si uno le prepara el lunch pues ya lo compensas con algo balanceado, pero si los niños salen y compran la golosina pues ya ahí es sobrepeso y luego en la cooperativa venden mucha chatarra”.

### Actividad física

La participante describe esta variable como aquella en la que se realizar actividades no estructuradas como “jugar, correr estar brincoteando, en mi caso

mis hijos siempre andan en bici” así como las actividades que ella realiza a diario como ama de casa, no describe más esta variable.

#### Imagen corporal

La participante se siente bien con su imagen ya que su complexión es delgada, sin embargo comenta que le gustaría aumentar un poco de peso, su hija también se siente bien con su imagen corporal.

#### Herencia

La participante descarta este factor hereditario ya que hace una comparación “yo pienso que no por ejemplo nosotros somos gordos, pero mis hijos son delgados” toma en cuenta solo este patrón el cual no se repite sin embargo lo centra solo en su núcleo familiar.

#### Socio-cultural

La participante solo comenta que el tiempo de convivencia con sus hijos es muy limitado.

### **León**

#### Alimentación

León describe una buena alimentación como “pequeñas porciones, comer a sus horas, también en el libro viene el plato del buen comer pero no lo llevamos a cabo”, el participante tiene información sobre lo que es una buena alimentación, habla de horarios, porciones y el plato del buen comer sin embargo muestra el no conocer como llevara a cabo estas técnicas.

No solo relaciona estas variables para llevarla a cabo una buena alimentación, sino que incorpora la economía familiar, él se sitúa como proveedor y marca el rol de la mujer como aquella que debe distribuir lo que se le proporciona económicamente para adquirir productos de necesidad básica, como son los alimentos, lo que se consume de comida en casa es responsabilidad de su esposa

ya que para él se come “lo que se tenga porque no siempre se puede, hay que distribuir, por ejemplo en la semana el gasto hay que distribuirlo, de tal cantidad tiene que comprar que la cebolla, la carne, las mamas tiene que ver que es lo que compran , por decir una vez a la semana se comen carne, otra pollo, huevo, salchichas”.

#### Actividad física

Considera que esta variable se relaciona con actividades estructuras como no estructuradas, como el andar en bicicleta y jugar futbol, su hija realiza este tipo de actividades, mientras que el no realiza ningún tipo de actividad, esto a consecuencia de su horario de trabajo el cual trae como consecuencia que le genere un estado de cansancio. Responsabiliza el ambiente escolar de no incorporar más actividades deportivas y retoma el aspecto económico como el que influye para que no se puedan realizar actividades estructuradas ya que argumenta “pero aquí en la escuela deberían meter más actividades, pero lamentablemente todo lo que es deporte es caro, necesita uno tener dinero”.

#### Imagen corporal

Con respecto a este variable el participante relaciona factores los cuales generan que una persona presente sobrepeso, menciona que “estamos gordos, ya después de treinta años imagínese y pues ya se casa uno y no da tiempo de hacer ejercicio, solo pues se hacen las cosas que hay que hacer en el día o le trabajo y los fines de semana pues hay que descansar”, por lo que entre más edad se tiene, más responsabilidades se adquieren, así como la vida en familia, lo que le impide realizar actividades físicas, esto no le permite sentirse bien con su imagen corporal, a diferencia de su hija, la cual el participante considera se siente bien solo por el hecho de su complexión argumentando que “ si esta re flaca y si se siente bien” sin embargo no menciona si su hija se lo ha dicho directamente, solo es lo que el observa.

## Herencia

Considera que podría ser un factor que influye, pero no es claro con su idea ya que menciona la necesidad de hacer ejercicio como un indicador para determinar que el sobrepeso es hereditario. León considera que el sobrepeso es un desencadenante para muchas enfermedades.

## Socio-cultural

Determina de nuevo el rol de su esposa ya que es la que pasa más tiempo con su hija por lo que es la que convive más con ella, mientras que el cómo proveedor de casa, por el trabajo no puede convivir más tiempo con su hija solo los fines de semana.

## Liliana

### Alimentación

La Sra. Liliana menciona que en casa se tiene una alimentación sana, es decir que dentro de su planificación alimenticia incluye distintos tipos de alimentos "leche, le gusta la sopa de verduras, guisado, carne, fruta, cereal y pocas veces golosinas".

### Imagen Corporal.

La Sra. Liliana no se siente a gusto con su imagen corporal a causa de que en los últimos años ha subido de peso "antes era muy delgadita, talla 5 hace 10 años, pero por la cuestión de la tiroides o cambios hormonales, subí de peso". Respecto a la imagen corporal de su hijo ella menciona que " él dice que se siente bien, pero yo si lo veo muy delgadito".

### Actividad Física

La participante no lleva a cabo ningún tipo de actividad física; mientras que el caso de su hijo es distinto, ya que el si realiza actividad física "si hace ejercicio por propia iniciativa", aunque la Sra. Liliana no especifica que tipo de actividad física hace su hijo.

## Herencia

La Sra. Lilibian cree que el sobrepeso se debe a un factor hereditario al mencionar que "es lo que dicen, que ya viene de herencia, yo si creo que debe venir de los genes, es como cuando se hereda cualquier otra enfermedad". Se puede notar que la creencia de la participante se debe más a lo que ha escuchado que las personas comentan, y no porque sea su situación familiar.

## **Pilar**

### Alimentación

La participante describe una alimentación saludable aquella que se balancea combinando "entre carnes, verduras, frutas, pero uno a veces no puede" no describe bien porque considera que no se puede llevar a cabo esto. Su hija cuida lo que come ya que le ha hecho comentarios como "no me des de tal cosa por que engorda, ya no me des esto", por lo que para la hija el aspecto alimenticio es importante para determinar si una persona aumenta su peso, sin embargo en cuanto a su alimentación consume muchas frutas y verduras la carne es un alimento que no le gusta, consume también chocolates y palomitas los cuales determina como alimentos favoritos.

### Actividad física

Pilar define esta variable como el hacer ejercicio, ella no realiza ningún tipo de actividad física, sin embargo comenta que su hija realiza actividad física estructurada que es danza regional, así como no estructurada que es salir a jugar en bicicleta, pero esto no le ha servido para que baje de peso.

### Imagen corporal

Pilar comenta sobre esta variable que ella no se siente bien con su imagen corporal ya que ha existido un aumento de peso, comenta que "no por mi peso, hubo un tiempo en el que me puse muy mala y baje mucho de peso, pero ya después lo volví a subir", esta insatisfacción con su imagen es a consecuencia de

ese aumento de peso, su hija al igual que ella no se siente bien con su imagen corporal esto lo determina a partir de comentarios que le ha hecho sobre la ropa y retoma el factor alimenticio que considera le afecta directamente en su complejión.

Retoma un aspecto cultural, acerca de las creencias que se tienen acerca de los niños que presentan sobrepeso cuando menciona “mejor gordito a flaquito”, “gordito sano”, mostrando inconformidad con esta ideología, pero que considera se presenta muy constantemente.

#### Herencia

Pilar coloca este factor como predominante para que se genere sobrepeso, ya que comenta “yo siempre fui así y tengo una niña que igual está gordita, pero yo veo que hace, pero para nada baja de peso al contrario subió, por ahora ella practica danza regional y a su falda le tuve que sacar, ella si hace actividad pero no se por qué no baja”, la participante hace una relación entre el sobrepeso que ella presenta comparándolo con su hija, asumiendo que este factor hereditario le afecta directamente, dejando de lado que se encuentra dentro de una etapa de desarrollo, ya que su hija pertenece al grupo de niños que se encuentran en el grupo de normo peso.

#### Socio-cultural

Comenta que es poco el tiempo que puede convivir con sus hijos, ya que su trabajo no se lo permite, por lo regular permanecen en casa.

### **Rosario**

#### Alimentación

La Sra. Rosario menciona que las personas que comen grasas, golosinas, comida chatarra son propensas a tener sobrepeso y "es lo que ya comemos con mucha frecuencia". La participante no menciona que tipo de alimentos se consumen en

casa ni si considera si en su familia se tiene una alimentación sana o si es poco saludable.

### Imagen Corporal

La Sra. Rosario no se siente bien con su imagen corporal ya que menciona " por estar gordita no encuentras la ropa que quieres" pero además presenta malestar físico "en mi caso no sólo es de apariencia sino también porque para hacer algo me canso, no puedo hacer las cosas que hacía antes, porque ya estoy más gorda". En el caso de su hija menciona que "ella si se siente bien" pero no argumenta porque cree que es de éste modo.

### Actividad Física

La participante no realiza actividad física, únicamente aquellas actividades como ama de casa " la verdad no hago ejercicio, más lo que hago de quehacer, trapear, limpiar, ir, traer". En el caso de su hija comenta que si realiza un poco de actividad física pero no de forma estructurada, relacionando a la actividad física con el juego " en las tardes sale a jugar con sus hermanos, en la bici, a la pelota, o con el aro".

### Herencia

La participante no considera que la herencia sea un factor predisponente para tener sobrepeso, sino que se debe más a la alimentación, al proceso metabólico y al ejercicio "es más bien a lo que uno come, por el metabolismo que uno tiene que saca la grasa, tal vez con ayuda también del ejercicio, es cuestión de cada persona.

### Factor socio-cultural

La participante considera insuficiente el tiempo de convivencia que dedica a sus hijos "muy poco, sólo 30 minutos al día, tal vez nos ponemos a jugar o platicamos".

## **Yolanda**

### Alimentación

La participante identifica dos ambientes que influyen en la alimentación de su hija:

a) Ambiente familiar y b) ambiente escolar.

a) Menciona que ella en casa trata de incluir en la alimentación de su hija, frutas, verduras, un poco de harinas, productos de origen animal; es decir balancear los tipos de alimentos, sin hacer restricción o tomar en cuenta las porciones, argumentando que trata siempre de darle lo que se puede, ya que depende también de la economía con la que se cuente en casa, o por la falta de conocimiento a la hora de balancear los alimentos.

b) La Sra. Yolanda sabe que la comida chatarra, el refresco y los chicharrones que venden en la cooperativa de la escuela hacen que los niños tengan sobrepeso, atribuyendo falta de responsabilidad a la escuela, y descartando que dicha institución sea un contexto donde se pueda continuar con el tipo de alimentación que se lleva a cabo en casa.

Por lo que se encontró que la participante atribuye a dos factores el tener una buena alimentación, o no: la falta de conocimiento por parte de los padres al momento de balancear o racionar los alimentos y a la cuestión económica que se tenga en la familia.

Imagen Corporal La Sra. Yolanda considera que su hija si se siente bien con su imagen corporal ya que nunca le ha manifestado molestia. Pero Yolanda no se siente conforme con su imagen corporal ya que dice no encontrar ropa de su talla, y aunque ella trata de tomarlo con optimismo.

Para Yolanda el que en las tiendas sólo manejen tallas chicas en la ropa es muestra de discriminación, que afecta mentalmente a las personas y con el tiempo las personas se pueden llegar a traumatizar, lo cual también ocurre con los niños en la escuela a causa del 'bullying'.

### Actividad física

La participante no da mayor importancia a la realización de actividad física, a la cual considera en su caso el sólo caminar pero sin mencionar tiempo o frecuencia al hacerlo; mientras que en el caso de su hija es el sólo jugar.

### Enfermedad

La Sra. Yolanda menciona que el sobrepeso si es una enfermedad que es evidente por causa de descuido personal y por las consecuencias posteriores, como el presentar otras enfermedades 'modernas' y no sólo en los adultos sino también en los niños; es decir enfermedades que años atrás no era común que padecieran los niños; sino eran propiamente padecidas únicamente en personas adultas.

### Factor socio-cultural

La Sra. menciona que al trabajar tanto ella como su esposo, sólo dedican tiempo de calidad a su hija los fines de semana y permanecen en casa ya que no hay espacios públicos cercanos a su casa para salir.

## **Margarita**

### Alimentación

Dentro de la variable de hábitos alimenticios la participante sitúa tres diferentes ambientes que influyen de manera distinta en la alimentación de sus hijas: núcleo familiar, ambiente escolar y trabajo. En primer lugar menciona que es en casa el lugar donde se lleva una alimentación saludable, lo que para ella representa comer de todo sin restricción ni tomando en cuenta la cantidad de porciones, por lo que no hay planificación, este patrón de conducta se lleva a cabo en un periodo de lunes a jueves, que son los días que permanece en casa; lo que da lugar al segundo ambiente: el trabajo, el cual realiza los fines de semana laborando en una taquería, Margarita argumenta que se lleva consigo a sus hijas, y al no tener tiempo para prepararles de comer, consumen lo que se vende en el puesto y en la calle, lo que indica y descarta que sea un contexto operable de lo que ella hace

en casa durante la semana; la participante no ejecuta límites de lo que se consume, por lo que en el tercer ambiente, la escuela, sabe que tipos de alimentos se venden y proporciona en ocasiones dinero. En los tres ambientes no se ejerce ningún control o restricción.

### Imagen Corporal

Margarita no se siente conforme con su imagen corporal, considera que esta arriba de un peso adecuado; mientras que en el caso de su hija tiene la percepción de que a ella si le agrada su imagen corporal, por ser vanidosa y arreglarse incluso hace una comparación entre sus dos hijas, la mayor es más robusta que la chica y ambas presentan las mismas conductas de aceptación. En ambos casos se observa que la participante da mayor prioridad a la realización de una actividad física para no presentar problemas de sobrepeso, que a la cuestión de alimentación; ya que ella más que realizar conductas alimenticias saludables para bajar de peso, solo dedica tiempo en hacer ejercicio para conseguirlo. Desde su percepción ella considera que su hija no presenta las características de una persona con sobrepeso, como son el cansarse fácilmente, trabajo al respirar, malestar físico, dolor de piernas y rodillas; siendo estas dos últimas si presentadas por Margarita.

### Actividad Física

Como se mencionaba anteriormente, el realizar actividad física es un hábito que la participante realiza con frecuencia, lo que le hace sentir bienestar físico y se motiva al percibir mayor resistencia al ejecutar dicha conducta, aunque no lo hace de manera estructurada, aprovecha cualquier oportunidad para caminar o trotar dentro o fuera de casa y es algo que inculca a sus hijas, que al igual no realizan una actividad física estructurada, pero argumenta que les gusta mucho bailar y jugar de modo que estén en constante movimiento todos los días.

### Herencia.

Margarita argumenta que para ella la variable herencia no es un factor predisponente en el problema de sobrepeso; a menos que se trate de una enfermedad como la tiroides donde no se puede evitar subir de peso. Para la participante aquello que incrementa la probabilidad de presencia de sobrepeso en los miembros de la familia es por la fuerte influencia de los hábitos adquiridos en alimentación y actividad física, siendo éste el único modo en que la familia influye directamente dando como respuesta consecuente problemas de peso.

### Factor socio-cultural

La participante lleva una relación cercana de comunicación y convivencia con sus hijas, ya que pasan la mayor parte del día juntas; incluso en los días en que tiene que laborar; dentro de las actividades que realizan es platicar, ver televisión o jugar; esto último sólo lo llevan a cabo dentro de casa ya que a Margarita no le gusta llevarlas a otros espacios públicos ya que según ella no están en buenas condiciones que incluso pueden ser causantes de accidentes, por lo que prefiere quedarse en casa.