



# UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y  
OBESIDAD EN JÓVENES YUCATECOS MEDIANTE  
AUTOEFICACIA A LA REALIZACIÓN DE  
CONDUCTAS SALUDABLES: PROPUESTA DE  
INTERVENCIÓN**

## **TESIS**

PRESENTADA POR

**LN. Rubén Efraín Rosado Mota**

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE DEPORTE**

DIRECTORA DE TESIS

**MTF. María José Campos Mota**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 930421 durante el periodo agosto 2018 – julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Psicología, a su personal docente, administrativo y manual.

A los académicos de la Maestría en Psicología Aplicada en el Área de Deporte, por sus enseñanzas y consejos. A Rossana Cuevas, por su apoyo a lo largo de estos dos años y estar pendiente de nuestra generación.

A la Mtra. María José Campos Mota, gracias por acompañarme en esta emocionante aventura, por sus consejos, estar pendiente y contestar siempre que se le solicitó y por guiarme de regreso cuando las cosas no iban tan bien.

A mis compañeros de generación, gracias por tantos divertidos, enriquecedores e inolvidables recuerdos, gracias por su constante apoyo y ayuda a los que no somos psicólogos y por hacernos sentir parte del grupo y por ser como son, espero encontrarnos nuevamente en el futuro.

A Dianita y Lety mis amigas, compañeras muchas gracias por su ayuda, sus pláticas y siempre estar cuando las necesité, las extrañaré mucho.

A mi familia, por su apoyo y estar pendientes de mí, a mis abuelitos por estar siempre orgullosos de nosotros y enseñarme un futuro al que anhelo llegar.

A la maestra Asunción, por su confianza y permitirme trabajar el diagnóstico en su escuela, así como por todas las facilidades brindadas.

A mi padre, Martín Rosado, por apoyarme en el proceso, acompañarme y ayudarme a tomar decisiones y estar orgulloso de mí.

A mis suegros, muchas gracias por su apoyo y ayudarnos durante estos últimos años, sin ustedes no hubiese podido alcanzar este título.

A mi madre María del Carmen Mota por ser un ejemplo a seguir todos los días, apoyarme incondicionalmente y siempre ofrecerme tu apoyo, esta maestría la estude gracias a ti, te agradezco ser parte del proceso, sé que estás orgullosa de mí.

A Mary Carmen Rosado, gracias manis por prácticamente ayudarme en todos estos últimos años, siento que estudiaste la maestría dos veces, te debo mucho, gracias por tus consejos, tu apoyo y por siempre tener una respuesta a cualquier duda que tenga.

A Fanny, mi compañera de vida, gracias por creer en mí, apoyarme y aconsejarme, escucharme cuando más lo necesito y compartir tu vida conmigo, eres un ejemplo de lucha y de valentía que me motiva todos los días a ser alguien mejor, te amo.

## Tabla de contenido

<b>1. Introducción</b> .....	<b>4</b>
1.1. <b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>5</b>
1.2. <b>Justificación</b> .....	<b>8</b>
1.3. <b>Marco Teórico</b> .....	<b>11</b>
1.3.1. <b>Estilo de vida saludable</b> .....	11
1.3.1.1. Alimentación.....	11
1.3.1.2. Alimentación y cultura.....	13
1.3.1.3. Alimentación y cultura en México.....	14
1.3.1.4. Actividad Física.....	16
1.3.1.5. Actividad Física y cultura.....	19
1.3.2. <b>Sobrepeso y Obesidad</b> .....	20
1.3.2.1. Prevalencia mundial y en México.....	21
1.3.2.2. Sobrepeso y obesidad infantil: definición y concepto.....	22
1.3.2.3. Prevalencia.....	23
1.3.2.4. Consecuencias.....	23
1.3.3. <b>Teorías y modelos</b> .....	24
1.3.3.1. Teorías del comportamiento.....	24
1.3.3.2. Perspectiva ecológica.....	24
1.3.3.3. Explicaciones Teóricas de tres niveles de influencia.....	26
1.3.3.4. Nivel individual o intrapersonal.....	27
1.3.3.4.1. Modelo de creencias en salud.....	28
1.3.3.4.2. Modelo Transteórico.....	29
1.3.3.4.3. Modelo de Proceso de Adopción de Precaución.....	30
1.3.3.4.4. Teoría de la acción razonada.....	31
1.3.3.4.5. Teoría del comportamiento planeado.....	32
1.3.4. <b>Autoeficacia</b> .....	34
1.3.4.1. Autoeficacia y el estilo de vida saludable.....	35
1.3.5. <b>Trabajo con padres</b> .....	37
1.3.5.1. Influencias parentales en el comportamiento alimenticio.....	38
1.3.5.2. Ambiente Familiar.....	41
<b>2. Evaluación diagnóstica del problema</b> .....	<b>41</b>
2.1. Descripción del escenario y los participantes.....	42
2.2. Instrumentos y técnicas utilizados.....	42
2.3. Procedimiento.....	45
2.4. Resultados del diagnóstico.....	47

2.4.1. Análisis cualitativo .....	47
2.4.1.1. Teorías del comportamiento .....	50
2.4.1.2. Nutrición infantil en México.....	51
2.4.1.3. Alimentación saludable .....	54
2.4.1.4. Actividad física, ejercicio y deporte .....	56
2.4.1.5. Conclusiones del diagnóstico cualitativo.....	58
2.4.2. Análisis cuantitativo .....	59
2.4.2.1. Conclusiones del diagnóstico cuantitativo .....	71
<b>3. Programa de intervención .....</b>	<b>74</b>
3.1. Introducción.....	74
3.1.1. Objetivo general .....	74
3.1.2. Objetivos específicos .....	74
3.1.3. Metas.....	75
3.2. Planeación de la intervención .....	75
3.2.1. Localización física .....	75
3.2.2. Determinación de recursos.....	76
3.2.3. Cálculo de costos .....	76
3.2.4. Consideraciones éticas.....	77
3.3. Implementación de la intervención.....	77
3.3.1. Denominación del proyecto .....	77
3.3.2. Finalidad del proyecto .....	77
3.3.3. Beneficiarios .....	78
3.3.4. Productos .....	78
3.3.5. Contenido.....	79
3.3.6. Cronograma .....	96
3.3.7. Factores externos condicionantes .....	96
3.3.8. Planeación de la evaluación .....	97
3.4. Análisis y conclusiones .....	97
<b>Bibliografía .....</b>	<b>100</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>108</b>

## 1. Introducción

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad corresponden a una de las problemáticas que mayor impacto generan a nivel global, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 se registraron 1900 millones de adultos de 18 o más años con sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, esto corresponde al 39% de la población adulta mundial.

Por su parte la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres aplicada en México por la UNICEF, arrojó que 1 de cada 20 niños y niñas menores de 5 años y 1 de cada 3 infantes entre los 6 y los 18 años presentan sobrepeso u obesidad (UNICEF, 2015). Este último dato enciende las alarmas para el futuro, puesto que los niños y jóvenes con sobrepeso tienen mayor probabilidad de seguirlo siendo en la etapa adulta.

Aunado a una mala alimentación también se tienen bajos niveles de actividad física en la población en general, lo que explicaría en buena medida los altos índices de sobrepeso y obesidad presentados alrededor del mundo. El 25% de los adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física y más del 80 por ciento de la población adolescente no logra este objetivo (OMS, 2017). En el caso de los niños y niñas, se estima que el 58.6% no realiza ningún tipo de actividad física (ENSANUT, 2016).

Entre las acciones que deben realizarse para ayudar a contener esta problemática se encuentran promover entornos escolares saludables e impulsar la actividad física y reducir los hábitos de sedentarismo en niños y niñas (UNICEF, 2020). Sin embargo, estas acciones no pueden reducirse únicamente a los entornos fuera del hogar donde se desenvuelven los infantes.

En este sentido, los padres y madres son vitales para la modificación de conductas respecto a la adopción de un estilo de vida saludable y una alimentación más adecuada,

puesto que la percepción de los padres respecto a la alimentación y peso corporal de sus hijos es de gran relevancia para su adecuado control (Rodríguez et al., 2012).

Por lo tanto, es necesario generar propuestas que contemplen a todos los integrantes de la familia, tanto la percepción que tienen los padres de la alimentación de sus hijos y propia, como la percepción corporal que los infantes tienen de su peso corporal y que tan capaces se sienten de poder realizar un cambio favorable en temas de salud: alimentación, actividad física.

En el siguiente trabajo se investigará la relación que existe entre la percepción corporal y el diagnóstico nutricional en niños de 4° a 6° de primaria en escuelas de la ciudad de Mérida, Yucatán, así como la autoeficacia para el control de peso. Con el objetivo de diseñar un programa de intervención que ayude a prevenir la obesidad en niños de edad escolar a través de la autoeficacia para la realización de conductas saludables, basado en la teoría de acción razonada de Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980).

### **1.1.Planteamiento del problema**

En el año 2015 la Organización Mundial de la Salud activó sus protocolos para que la obesidad fuese tratada como una epidemia, lo que significó la primera epidemia para una enfermedad crónico-degenerativa no transmisible (OMS, 2015). Este hecho sin precedentes fue fundamentado con datos tanto crudos como alarmantes: 42 millones de menores de 5 años tienen obesidad o sobrepeso a nivel mundial. Sumado a que cada año la obesidad cobra la vida de 2.8 millones de personas. Y principalmente, que el sobrepeso y la obesidad dejó de ser un problema exclusivo de los países desarrollados y de primer mundo, puesto que 1 de cada 4 niños que viven en África también presentan problemas de esta índole (OMS, 2017).

Por otra parte, el sedentarismo es la falta de actividad física que el ser humano ha ido adoptando a su estilo de vida actual, llevándolo a ser denominado el cuarto factor de riesgo

de muerte a nivel mundial causando el 6% del total de defunciones en todo el mundo (OMS, 2010). Desde el año 2010 la OMS ha implementado medidas para intentar disminuir la prevalencia en el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad, sin embargo, pese a los esfuerzos cada año se presentan millones de nuevos diagnósticos y nuestro país no está exento de esta grave problemática.

La situación nutricional en México se ha documentado a través de las Encuestas Nutricionales durante los últimos 31 años. Si bien, como mostró la Encuesta Nacional de Salud y Alimentación y Nutrición (ENSANUT) del 2012, la desnutrición aguda ya no representa un reto para la salud pública, la desnutrición crónica (talla baja) continúa siéndolo y se encuentra vinculada a problemas de sobrepeso y obesidad en los hogares de México (ENSANUT, 2012).

De acuerdo con la ENSANUT de medio camino 2016, prácticamente la mitad de la población (48.4%) se identificó con sobrepeso y una minoría con obesidad (6.7%). A pesar de que el 40% de los encuestados afirmó que la obesidad es una enfermedad de carácter hereditario, casi en su totalidad la asocia a la no realización de actividad física (94.8%).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuenta desde el 2013 con el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF), a través del cual se realizan encuestas con la finalidad de registrar información sobre la participación de hombres y mujeres en la práctica de algún deporte o la realización de actividad física o ejercicio en su tiempo libre.

En este sentido es importante definir la actividad físico-deportiva como “un movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía”. Se trata de un término amplio que engloba el concepto de “ejercicio físico” (Celdrán Rodríguez et al., 2016). Además de que la actividad física (AF) como componente

de un estilo de vida saludable disminuye el riesgo de padecer hipertensión arterial, obesidad y diabetes (Rivera et al., 2013).

Los últimos resultados del MOPRADEF levantado en noviembre de 2018 indicaron que solo el 41.7% de la población realiza algún tipo de actividad física. Esta problemática se ha ido agravando con el paso de los años, desde el 2014 se ha presentado un decaimiento en los porcentajes de población físicamente activos (INEGI, 2019).

La falta de actividad física que sufre actualmente la población mexicana se traduce en un problema de salud pública, tanto por la dimensión que han adquirido las enfermedades producidas por esta causa, algunas de las cuales causan un alto número de muertes, como por los efectos sociales y emocionales que ocasionan, y cuyo origen se encuentra en factores históricos, demográficos, psicológicos, económicos, biológicos, sociales, entre otros.

Según los resultados del año 2018 por el MOPRADEF, solamente el 41.7% de los adultos realizan alguna actividad física durante el día, esto aunado a que solamente el 35.6% de las mujeres y el 48.4 % de los varones, ambos porcentajes se encuentran por debajo de lo encontrado en el año 2017 con 36% y 49.8% respectivamente (INEGI, 2019).

En México se pueden encontrar planes y estrategias para combatir el sobrepeso y la obesidad tal y como aparece en el boletín del 2013 del Gobierno de la República (Secretaría de Salud, 2013) sin embargo, como reporta la encuesta de alimentación y nutrición esto no ha impactado lo suficiente a la población ya que dichas prevalencias siguen en aumento.

La solución parece estar a primera vista, combinando una buena alimentación con estilos de vida activa impactarían en mejorar las condiciones de vida de millones de personas, pero ante este escenario ¿Cómo realizar esta mancuerna?, ¿Cuál es el camino por seguir para lograr que los individuos, principalmente los niños, entiendan los beneficios que ofrece el ejercicio físico y adopten estas prácticas?

La psicología del deporte tiene entre sus ejes de acción a la actividad física y el ejercicio, siendo esta una gran aliada para ayudar al combate contra el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, esta atención o programas de intervención deberán ir indagando en los motivos de cada individuo para adentrarse en un estilo de vida activo, tomar acciones necesarias que permitan el incremento de la actividad física en personas de todas las edades y grupos sociales, así como generar propuestas para abatir la creciente presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la falta de actividad física en las diferentes esferas de la sociedad.

Con este trabajo se espera ofrecer un programa de intervención que aborde de manera interdisciplinaria la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas, impactando en las creencias hacia un estilo de vida más saludable.

## **1.2. Justificación**

En México el 72.5% de los adultos presentan sobrepeso u obesidad, dato que resulta sumamente alarmante si no se establecen programas o medidas inmediatas que arrojen resultados a corto plazo (INEGI, 2016). En Yucatán durante el 2017 se presentaron 20,171 diagnósticos nuevos de sobrepeso y obesidad, de los cuales, 12,083 son del sector femenino y 8,088 corresponden a varones.

Para conocer la actualidad en nuestro país de la población infantil respecto a estas problemáticas podemos recurrir a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, cuyos últimos resultados publicados arrojó que, de la población escolar, comprendida de los 5 a los 10 años, el 33.2% presenta sobrepeso u obesidad. Es decir, 1 de cada 3 niños en México vive con este padecimiento que muy probablemente aumentará conforme el infante vaya creciendo (ENSANUT, 2016). De igual manera, solamente cerca de una quinta parte de los niños y

niñas entre 10 y 14 años (17.2%) se categorizan como activos, realizando al menos 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa los 7 días de la semana, esto de acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (ENSANUT MC, 2016).

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en escolares de 5 a 11 años resultó 1.2 puntos porcentuales menor en el 2016 (33.2%) comparado con la del 2012 (34.4%); sin embargo, a pesar de esta tendencia a disminución, existió un aumento en la prevalencia de obesidad (15.3%) de 0.7 puntos porcentuales a comparación de la observada en el 2012 (14.6%). (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI, 2018).

Actualmente debido al gran incremento de actividades digitales se está fomentando el sedentarismo, una de las causas principales del sobrepeso y la obesidad. Otras enfermedades, causadas por una falta de actividad física, son: complicaciones respiratorias, diabetes y aceleración del crecimiento. También pueden ocasionar un retraso en el desarrollo psicomotor, disminución de la capacidad de aprendizaje, incremento del riesgo de infecciones e incremento del riesgo de la mortalidad en general (Labaca et al., 2007).

La evidencia científica demuestra que la actividad física regular es esencial para la buena salud y el óptimo crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes. La práctica habitual de actividad física proporciona una gran multitud de beneficios tanto físicos (reducción de enfermedades, fortalecimiento de huesos, músculos, etc.) como psicológicos (actitud positiva ante la vida, mayor seguridad y confianza en el desempeño de las tareas cotidianas) (Franco-Arévalo et al., 2017).

Se ha demostrado que la actividad física y el deporte escolar componen una práctica dirigida a ampliar experiencias, establecer relaciones con personas externas a la comunidad escolar y ayuda adquirir hábitos saludables de utilización del tiempo libre. Por ello, es importante inculcarles a los escolares cuando son pequeños hábitos saludables (una práctica adecuada de actividad física y una buena alimentación) debido a que es en esta etapa cuando

se produce el aprendizaje y la adquisición de estos estilos de vida saludable (Labaca et al., 2007).

Sin embargo, entender por qué se presenta el fenómeno de la obesidad va más allá del ámbito de la salud, los factores socioculturales de cada país y región terminan impactando, positiva o negativamente, en las estadísticas. De ahí, la importancia de tomar en cuenta los roles que adoptan los padres para el fomento de una vida activa en sus hijos.

Antes de la adolescencia, los niños pasan mucho tiempo en el contexto de la familia, especialmente en su tiempo libre, por lo que este período es muy importante para contribuir, a partir del ejemplo como modelo a seguir, en la participación de actividad física de los niños, así como para contribuir al desarrollo de hábitos saludables que puedan ser mantenidos durante la vida adulta (Moreno-Murcia et al., 2018).

Investigaciones previas sugieren que las influencias sociales son importantes para la actividad física del adolescente (Grao-Cruces et al., 2016). En este contexto cobra relevancia el concepto de apoyo social, entendido como una acción que ayuda a una persona a iniciar y/o mantener una práctica concreta. De hecho, el apoyo social que proporcionan padres y amigos ha demostrado tener un rol más determinante que el de otros entes (familia, profesorado, etc.) para conseguir altos niveles de actividad física (Grao-Cruces et al., 2016).

Es necesario generar programas que fomenten en los padres y madres la responsabilidad para guiar a sus hijos en el camino de un estilo de vida más saludable, ya que un gran número de los practicantes de actividad física en la edad escolar cuenta con algún miembro de la familia que hace actividad física, lo que indica la posible influencia que el entorno familiar puede tener sobre la práctica de la actividad física de la población a esa edad. En caso contrario, cuando los progenitores no hacen actividad física va a ser difícil que sirva de modelo para sus hijos (Franco-Arévalo et al., 2017).

Es sumamente importante tomar acciones que nos ayuden a contrarrestar esta problemática y que podamos a través de la práctica interdisciplinaria, en este caso desde una perspectiva de la nutrición y la psicología, ofrecer mayores propuestas y soluciones a tan delicados padecimientos. Emplear la psicología del deporte más allá de la ejecución de una disciplina deportiva y emplear sus modelos y estrategias encaminados a una promoción de la actividad física y un estilo de vida saludable.

Por lo tanto, en este trabajo se plantea una propuesta de intervención para mejorar la autoeficacia hacia conductas saludables en niños y niñas en edad escolar considerando la participación de los padres de familia para resultados más efectivos. Esta propuesta podría ser retomada por otros psicólogos del deporte o especialistas de la salud para adecuar programas o proyectos encaminados a la prevención del sobrepeso y obesidad en alumnos de edades escolares.

### **1.3. Marco teórico**

#### **1.3.1. Estilo de vida saludable**

Actualmente es común escuchar el término “estilo de vida saludable” o “hábitos saludables” en políticas, programas de salud, estudios y recomendaciones muy comúnmente escuchadas en medios de comunicación, pero para poder conocer cómo se puede trabajar con este término, es importante explorar los conceptos que se encuentran en esta definición, principalmente en lo referente a alimentación y actividad física.

##### **1.3.1.1 Alimentación**

La alimentación es el proceso a través de donde obtenemos los nutrimentos que nos permiten cubrir lo que nuestro organismo necesita.

Aunque el objetivo principal es de calmar el hambre y cubrir las necesidades nutricionales, también constituye un placer social ya que compartir una comida es una buena manera de relajarse y estrechar las relaciones sociales (Larrañaga et al., 1997).

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición, así como enfermedades no transmisibles y trastornos de la conducta alimentaria. Para que una alimentación se considere adecuada su composición exacta debe ser variada, equilibrada y saludable, todo esto determinado por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios (OMS, 2018a). Los principios básicos de la alimentación saludable son:

Tabla 1  
Principios Básicos de la Alimentación Saludable a

Tipos de alimentos	Cantidad
Frutas, verduras, leguminosas, frutos secos y cereales integrales.	Incluirlas en la alimentación diaria.
Frutas y hortalizas al día.	Al menos 400 g
Azúcares libres al día.	Menos del 10% de la ingesta calórica total
Grasas	Menos del 30% de la ingesta calórica total, de las cuales preferir las no saturadas, (grasas saturadas consumir menos del 10% y grasas trans <1% del total de calorías diarias)
Sal yodada.	5g máximo

Nota: Principios básicos de la alimentación en población adultos y niños (OMS, 2018a)

Sin embargo, para entender mejor el concepto de alimentación y el papel tan importante que tiene en el contexto social de los individuos, es necesario acercarnos al mismo desde una perspectiva cultural.

### 1.3.1.2 Alimentación y cultura.

Podemos entender como cultura alimentaria a los usos, tradiciones, costumbres y elaboraciones simbólicas de los alimentos (Calderón-Martínez et al., 2017) y donde influye de igual manera el ciclo de producción de los alimentos. Así lo señala Bertrán (2006) cuando refiere que la cultura alimentaria está compuesta por elementos importantes como las tradiciones, los modos de vida y los simbolismos culturales. Los cuáles determinan lo que debe comerse en determinadas regiones, hasta cómo deben ser preparados los alimentos, por quién y de dónde adquirir los ingredientes.

Las poblaciones humanas han establecido diversas costumbres y tradiciones relacionadas estrechamente con la alimentación y éstas forman parte de una tradición cultural más grande, transmitida de manera intergeneracional, pero siempre sujeta a modificaciones y adaptaciones constantes con el paso del tiempo. Sin embargo, existen costumbres alimentarias que resisten los cambios debido a que la comunidad ha podido transmitir sus prácticas, integrando un legado cultural que favorece su permanencia (Marín Marín et al., 2004).

En este sentido podemos observar como la alimentación representa un elemento fundamental dentro de las culturas, de ahí también que se tenga cierta resistencia o dificultad por parte de la población cuando se pretenden hacer campañas enfocadas en mejores estilos de alimentación, ante la posibilidad de verse modificadas estas prácticas sociales.

*“Nutrirse es un acto fisiológico, alimentarse es también un acto social y cultural, actividades en las cuales se presentan relaciones complementarias, pero también disociadas. En la relación que se crea entre las poblaciones humanas y su alimentación surgen costumbres alimentarias que se vuelven características propias de dichas poblaciones”p.53 (Marín Marín et al., 2004).*

México tiene una amplia gama de tradición culinaria como parte de la diversidad cultural del país, dependiendo de los estados se pueden encontrar diversos ingredientes, platillos y hasta modos distintos de preparar los alimentos. Cuando se tiene una tradición tan grande en la alimentación es aún más importante considerar este factor desde una visión cultural.

### **1.3.1.3 Alimentación y cultura en México**

Para empezar a hablar de la alimentación en nuestro país debemos hacer referencia a la época prehispánica y a aquellos ingredientes considerados como principales: el maíz, el frijol y el chile (Gómez & Velázquez, 2019). En la gran mayoría de las civilizaciones de América (incluido el territorio que comprende hoy en día México) su alimentación se basaba en el consumo de productos naturales dados por la agricultura, como es el caso específico del maíz y del cacao (Martínez Carreño, 1992).

El caso del maíz fue muy particular porque, incluso, fue considerado como un alimento sagrado y se realizaban diferentes ritos en su conmemoración haciendo ofrendas y venerando a sus dioses. En la región de Mesoamérica, se encuentra Cintéotl deidad del maíz para los Mexicas y particularmente en nuestra región sureste se veneraba a Ah Mun o Yum Kaax el dios Maya del maíz (Estrada, 2014). Hasta hoy en día el maíz sigue siendo parte primordial de la dieta y gastronomía de los mexicanos.

Cuando se habla de la alimentación como parte importante de cualquier cultura, tal como señala Aguilar (2002) compone una forma de expresión, por medio de la cual hombres y mujeres se mantienen en constante relación con su entorno, que, en muchas ocasiones, dicha relación va más allá de la necesidad de nutrirse. Debido a lo anterior no debe parecernos extraña la mezcla de alimentos que supuso para la región de nuestro país después de la conquista, pues la imposición de creencias, en este caso del consumo y proceso de alimentos, también corresponde a las características de dominar una nueva región.

Tras la conquista se introdujeron nuevos ingredientes y alimentos para el consumo provenientes del continente europeo, tal es el caso del ganado vacuno, el trigo, arroz, garbanzo, las leguminosas, chícharos, entre otros (McClung, et al, 2014). Entre los ingredientes de origen animal, los españoles incorporaron en América el cerdo, la oveja, la gallina, el huevo, y los lácteos. Incluso se modificaron algunas de las formas de cocción, se empezó a utilizar la manteca de cerdo o el aceite de olivo para freír, ya que las civilizaciones prehispánicas, solamente hervían o asaban sus alimentos y la mayoría de los ingredientes de su dieta los consumían crudos (Gómez & Velázquez, 2019).

Con el paso de los años todo esto derivó en una alimentación más variada y por ende una gastronomía más extensa dada por la diversidad de sus regiones. Tal es la importancia de la cocina tradicional en nuestro país, que en el año 2010 fue inscrita como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por parte de la UNESCO, con el objetivo de preservar los procesos ancestrales desde los procesos de sembrado en milpas, hasta la cosecha y preparación de los platillos y todos los símbolos que representa en la cultura mexicana (UNESCO, 2010).

Considerando lo ya mencionado, la cultura alimentaria es determinante en los comportamientos culinarios y, por ende, en el proceso salud y enfermedad de los individuos y de las comunidades. Por ello la importancia de tomarlo en cuenta al momento de plantear estrategias que involucren a la alimentación, ya que se trata de prácticas dadas siglos atrás.

En nuestro entorno local, se vivió una combinación de factores políticos, sociales, económicos y religiosos que propiciaron que la región comprendida en Yucatán basara su alimentación y consumo gastronómico en torno a la milpa, obteniendo productos como el maíz, la calabaza, el chile, el frijol, el tomate, entre otros. Aunque los mayas fueron en su mayor parte del tiempo vegetarianos, también obtuvieron su complemento alimentario de animales que cazaban como venado, conejo, jabalí o el pavo (Gómez & Velázquez, 2019).

Sobre las preparaciones existen evidencias particularmente de huesos de venado encontrados de la civilización maya, donde revelaron a la cocción por agua y al horno enterrado conocido como piíb, como uno de los principales métodos de preparación de la fauna regional (Herrera Flores & Gotz, 2014).

Ahora bien, para entender un poco la alimentación y nutrición en Yucatán, es necesario contextualizar la transición del México rural al urbano, y con ello el cambio en los hábitos de consumo de los mexicanos inmersos en la globalización (Becerril, 2013). Como es el caso de muchas comunidades indígenas que para verse más incluidos en una sociedad han cambiado su cocina tradicional por el consumo de alimentos industrializados (Bertrán, 2005).

Un estudio realizado con familias de diversos estratos sociales en México arrojó la diferencia de conceptos entendidos para la alimentación saludable, mientras que aquellas personas identificadas en un estrado social alto referían que lo saludable son los alimentos naturales, nutritivos y frescos, los participantes identificados en estratos bajos refirieron que lo saludable tiene relación con la higiene, considerando que los alimentos nutritivos son aquellos que vienen en empaques tapados (Bertrán, X).

Lo importante de rescatar del anterior estudio es la visión del retorno a esa cocina natural que buscaba obtener sus alimentos de forma más orgánica, sin embargo, también refleja que hoy en día las brechas sociales siguen siendo un punto pendiente en cualquier cultura y con más razón, la necesidad de trabajar con las creencias asociadas a la misma.

#### **1.3.1.4 Actividad física**

Para un estilo de vida saludable no es suficiente con poseer una alimentación balanceada, también es necesario mantener nuestro cuerpo activo, esto a través de la realización adecuada de actividad física (AF), la cual hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que demande un gasto energético, desde el

moverse para caminar o realizar actividades de nuestra vida cotidiana, hasta sesiones exigentes de entrenamiento (OMS, 2019).

La OMS (2010) reporta que la falta de actividad física o bien la “inactividad física” es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) La inactividad física aumenta en muchos países, y esto influye ampliamente en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y en la salud general de la población mundial. También, se calcula que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente de un 21 a un 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2019).

La AF como componente de un estilo de vida saludable disminuye el riesgo de padecer hipertensión arterial, obesidad y diabetes. Para prevenir complicaciones y riesgo de ENT y depresión, así como mejorar funciones cardíacas, musculares, óseas la OMS (2010) recomienda:

Tabla 2  
Recomendaciones de Actividad Física Según la OMS a

Recomendaciones por grupos de edad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En niños y jóvenes de 5 a 17 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hacer un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física (AF) moderada o vigorosa.</li> <li>○ Actividad física &gt;60 minutos reportará un beneficio aún mayor para la salud.</li> <li>○ La actividad física deberá ser, en su mayor parte, de tipo aeróbica y como mínimo 3 veces por semana, actividades vigorosas que refuercen músculos y huesos.</li> </ul> </li> <li>• <b>Adultos de 18 a 64 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deberán acumular como mínimo 150 minutos semanales de AF aeróbica moderada, o bien 75 minutos de AF aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación equivalente de ambas.</li> <li>○ Actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 min de duración, como mínimo.</li> <li>○ Para obtener mayores beneficios para la salud, realizar 300 min por semana de AF moderada aeróbica, o hasta 150 min semanales de AF intensa aeróbica o una combinación equivalente de ambas.</li> <li>○ 2 veces por semana, realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.</li> </ul> </li> <li>• <b>Mayores de 65 años</b></li> </ul>

- realizar 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de estas.
- Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

---

Nota: <sup>a</sup> Organización Mundial de la Salud

Dichas prácticas físicas recomiendan que todos los niños y jóvenes deberían realizar diariamente actividades físicas en forma de juegos, deporte, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, con el contexto de la familia, escuela y actividades comunitarias; sin embargo, es importante recalcar que en el caso de niños y jóvenes inactivos, es recomendable aumentar progresivamente los niveles de actividad, comenzando por pequeñas dosis, para ir aumentando gradualmente su duración, frecuencia e intensidad (OMS, 2015).

Aunado a lo anterior cabe recalcar que el aumento de actividad física se asocia a un parámetro de salud más favorable, lo cual hace referencia a mejora de la forma física, reducción de la grasa corporal, perfil favorable de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, mayor salud ósea, y menor presencia de síntomas de depresión. Ayuda a mantener un perfil de riesgo cardiorrespiratorio y metabólico saludable, así como en el fortalecimiento muscular, mejoramiento en el contenido de minerales para la densidad de los huesos, etc. (OMS, 2010).

Bajo la misma directriz que la OMS, Franchella (2013), menciona que la práctica de actividad física regular es importante para la salud como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas. Resulta importante el ejercicio físico desarrollado a una intensidad y cantidad apropiada para lograr un estado físico adecuado que garantice los cambios metabólicos y físicos apropiados para cada persona en particular.

La información es clara y concisa, la actividad física produce múltiples beneficios físicos y psicológicos, asociados a la prevención de enfermedades y a la mejora de la salud mental. Sin embargo, como también ya se ha mencionado, a pesar de todo esto la inactividad de las personas ha ido en aumento en los últimos años aun cuando son conscientes de las consecuencias de una vida sedentaria e identifican los beneficios que nos aporta mantenernos activos. Es aquí donde al igual que en la alimentación, la cultura tiene un rol importante.

#### **1.3.1.5 Actividad física y cultura**

En las grandes civilizaciones de la antigüedad podemos encontrar ejemplos del papel que desempeñó el movimiento y el ejercicio físico para el desarrollo de las sociedades. Los griegos realizaban diferentes competencias de combate, lucha cuerpo a cuerpo, carreras, entre otros. En el caso de la civilización romana enfocaron la práctica de ejercicio físico al desarrollo de habilidades militares (Alatorre, et al, 2017).

En ese sentido es importante resaltar que la práctica de movimientos corporales asociados en la actualidad a la actividad física, no significan un elemento nuevo en los contextos sociales. Ya las antiguas poblaciones de México realizaban actividades que, si bien tenían como principal objetivo los rituales ancestrales, también se consideraban como actividades lúdicas, recreativas y deportivas, tal es el caso del juego de pelota maya (Panqueba-Cifuentes, 2012).

De igual manera, la realización de actividad física puede verse ligada al contexto cultural de las sociedades, mientras en las culturas oriental se encuentran diversas actividades

encaminadas al mantenimiento del cuerpo tales como yoga, tai chi y las artes marciales, en el caso de las culturas occidentales no se privilegia este mismo autocuidado (Universidad del Rosario, 2007).

Por lo tanto, es necesario que en los programas enfocados en los estilos de vida saludables se contemplen las creencias asociadas a nuestra cultura respecto a la práctica de actividad física, puesto que se trata de pensamientos que se han acarreado desde generaciones pasadas y que, en algunos casos, es precisamente esos pensamientos los que deben ser removidos. Mantener actitudes más saludables engloba diversos factores que deben trabajar en conjunto para conseguir los resultados esperados.

### **1.3.2 Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Uno de los indicadores que se utiliza con mayor frecuencia para determinar el sobrepeso y la obesidad en adultos y niños es el índice de masa corporal (IMC) que emplea la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (Secretaría de Salud, 2018).

Por su parte la OMS define el sobrepeso en los adultos como el IMC igual o superior a 25 y a la obesidad como el IMC igual o superior a 30. En el caso de los niños es necesario tener en cuenta la edad para definir tanto el sobrepeso como la obesidad (OMS, 2018b).

Tanto el sobrepeso como la obesidad componen uno de los retos más importantes de la salud a nivel mundial debido a su magnitud, rapidez de su incremento y al efecto degenerativo que ejerce a quienes lo padecen (Dávila-torres et al., 2014).

Las consecuencias que puede alcanzar la obesidad son impresionantes. El riesgo de muerte súbita entre las personas con obesidad es tres veces mayor que el de los no la padecen,

además tienen el doble de riesgo para desarrollar insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), así como enfermedad cerebrovascular (ECV) y cardiopatía isquémica (CI), pero, sobre todo la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus (DM) ya que es 93 veces mayor cuando el índice de masa corporal (IMC) pasa de 35 (Obesidad grado 2) (García Milian & Creus García, 2016).

También se ha encontrado que la obesidad está asociada al desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, como la resistencia a la insulina (RI) con efectos fisiopatogénicos importantes en el desarrollo de DM, síndrome metabólico, HTA y enfermedad vascular debido al aumento de adiposidad visceral (Hernández Hurtado et al., 2016).

Debido al grave problema de salud que conllevan estos padecimientos es importante tratarlos en una etapa temprana de prevención, antes de que se generen las complicaciones asociadas con los mismos y es, justamente, en la niñez que pueden inculcarse las bases para mantener un estilo de vida activo y más saludable que contrarreste padecer en el futuro alguna de estas afectaciones.

### **1.3.2.1 Prevalencia mundial y en México.**

Desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el planeta, en el 2016, más de 1900 millones de adultos (39%) tenían sobrepeso, de los cuales más de 650 millones (13%) padecían obesidad (OMS, 2018b).

En México, Siete de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5%) padece exceso de peso (sobrepeso u obesidad) a comparación de la cifra de 2012 de 71.2%.

En cuanto a diferencias de sexo se observan cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6%) por encima de los hombres (prevalencia combinada de 69.4%).

En 2014 en México, el costo directo generado por la atención médica se estimó en 151, 894 millones de pesos (mdp) equivalente al 34% del gasto total en atención médica y al 0.9% del PIB de ese año. Por otro lado, el costo indirecto se estimó en 71,669 mdp equivalente al 0.4% del PIB 2014.

Sin la aplicación de intervenciones costo-efectivas de prevención y control de paciente sobre la obesidad y sus comorbilidades se estiman para 2023 en comparación con 2014 incrementos del 17% y 15% en el costo directo e indirecto, respectivamente. (“Impacto Económico del Sobrepeso y la Obesidad en México Nota técnica,” 2015)

### **1.3.2.2 Sobrepeso y obesidad infantil: definición y concepto**

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen mediante la comparación de el IMC con su indicador de crecimiento específico por la OMS (curva de IMC para la edad) este indicador nos señala cual es el IMC esperado en los niños y niñas de acuerdo a su edad en meses y se interpreta de la siguiente manera: el sobrepeso como el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y por otra parte, la obesidad es el IMC para la edad mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2018b).

La valoración de obesidad en el niño y adolescente es más compleja que en el adulto, debido a los cambios continuos que se producen en la composición corporal mientras uno crece. Siendo la adolescencia un periodo crítico para el desarrollo de la obesidad (Tarazona Martín et al., 2017).

### **1.3.2.3 Prevalencia**

En el 2016 existían mundialmente más de 340 millones de niños, niñas y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso y obesidad. (OMS, 2018b)

Esta prevalencia en niños y adolescentes ha aumentado de forma espectacular, de un 4% en el año de 1975 hasta más del 18% en año 2016. Dicho aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016.

Mientras que en 1975 había menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones (un 6% de las niñas y un 8% de los niños).(OMS, 2018b).

En México De acuerdo a la ENSANUT de medio camino del 2016 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en escolares de 5 a 11 años resultó 1.2 puntos porcentuales menor (33.2%) comparado con la del 2012 (34.4%); sin embargo, a pesar de esta tendencia a disminución, existió un aumento en la prevalencia de obesidad (15.3%) de 0.7 puntos porcentuales a comparación de la observada en el 2012 (14.6%) (ENSANUT MC, 2016).

### **1.3.2.4 Consecuencias.**

Las consecuencias de la obesidad que pueden presentar a corto plazo el niño o el adolescente son problemas psicológicos, aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, asma, diabetes (tipo 2), anormalidades ortopédicas, enfermedad del hígado. A largo plazo para el adulto que tuvo obesidad de niño o adolescente se presenta persistencia de la obesidad, aumento de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, cáncer, depresión, artritis y mortalidad prematura (Tarazona Martín et al., 2017).

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la adultez. Los niños que tienen sobrepeso u obesidad tienen mayores

probabilidades de seguir padeciendo esta enfermedad en la edad adulta y de sufrir a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares (Tarazona Martín et al., 2017).

### **1.3.3 Teorías y modelos**

Es importante comprender qué es lo que motiva a las personas a adoptar conductas saludables, por lo que ha constituido un tema de investigación en muchas disciplinas desde los años 60 (*Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*, 2001). Entre las teorías usadas para explicar este proceso se encuentran aquellas relacionadas con las teorías de la persuasión y modelos de cambio conductual.

#### **1.3.3.1 Teorías del comportamiento**

Para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos. (Rimer & Glanz, 1995)

#### **1.3.3.2 Perspectiva Ecológica**

La perspectiva ecológica destaca la interacción y la interdependencia de los elementos dentro y en todos los niveles de un problema de salud. Destaca las interacciones de las personas con sus entornos físicos y socioculturales. Existen dos conceptos clave de la perspectiva ecológica que ayudan a identificar los puntos de intervención para promover la salud, el primero, el comportamiento afecta y se ve afectado por múltiples niveles de influencia (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y en segundo lugar, el comportamiento individual forma y está formado por el entorno social es decir de causalidad recíproca en su entorno. (Rimer & Glanz, 1995).

Para explicar el primer concepto clave de la perspectiva ecológica, tenemos que hablar sobre los cinco niveles de influencia identificados para conductas y comportamientos relacionados con la salud, los cuales pueden observarse en la tabla 3.

Tabla 3.  
Niveles de influencia desde la perspectiva ecológica.

Niveles de influencia desde la perspectiva ecológica.	
Concepto	Definición
Nivel interpersonal	Factores y características del individuo que influyen en el comportamiento como lo son: el conocimiento, actitudes, comportamiento, autoconcepto y habilidades, entre otras.
Nivel intrapersonal	Procesos interpersonales y grupos primarios, incluidos familiares, amigos y compañeros que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
Nivel comunitario	
Factores institucionales	Reglas, regulaciones, políticas y estructuras informales, que pueden restringir o promover comportamientos recomendados
Factores comunitarios	Redes sociales y normas, o estándares, que existen pueden ser formales o informales entre individuos, grupos y organizaciones.
Políticas públicas.	Políticas y leyes locales, estatales y federales que regulan o apoyan acciones y prácticas saludables para la prevención, detección temprana y control de enfermedades.

Nota: (McLeroy & Bibeau, 1988)

Un supuesto implícito de estos niveles de análisis es que las intervenciones de promoción de la salud se basan en nuestras creencias, entendimientos y teorías de los determinantes del comportamiento, y que estos cinco niveles de análisis reflejan el rango de estrategias actualmente disponibles para la programación de promoción de la salud. Otros niveles de análisis podrían emplearse como comprensión de las causas y posibles

intervenciones para modificar el cambio de comportamiento relacionado con la salud (McLeroy & Bibeau, 1988).

Para entender mejor como interactúan estos factores podemos tener a nivel interpersonal, un médico puede dejar de decirle que debe hacerse la prueba, o puede que tenga amigos que digan que no creen que sea importante hacerse una mamografía. A nivel organizativo, puede ser difícil programar una cita, ya que solo hay un radiólogo a tiempo parcial en la clínica. En el nivel de la póliza, puede carecer de cobertura de seguro y, por lo tanto, no poder pagar la tarifa. Por lo tanto, el resultado, el fracaso de la mujer para hacerse una mamografía, puede ser el resultado de múltiples factores (Rimer & Glanz, 1995).

El segundo concepto clave de la perspectiva ecológica, es la causalidad recíproca, lo que sugiere que las personas influyen y al mismo tiempo son influenciadas por lo que les rodea. Un ejemplo claro sería un consumidor de una cafetería de donde trabaja, que quiere seguir un plan de alimentación saludable pero la cafetería no vende estos alimentos. El pudiese consumir lo que vende la cafetería o intentar cambiar el ambiente al pedir al gerente de la cafetería que añada opciones saludables en su menú o podría consumir en otro lado sus alimentos, si él y la suficiente cantidad de sus compañeros del trabajo deciden no consumir en esa cafetería y comprar sus alimentos en otro lugar, la cafetería podría cambiar su menú para mantener el negocio. Por lo tanto, el entorno de la cafetería puede obligar a este hombre a cambiar sus hábitos de comida, pero sus nuevos hábitos también pueden provocar cambios en la cafetería (Rimer & Glanz, 1995).

### **1.3.3.3 Explicaciones Teóricas de tres niveles de influencia.**

A nivel individual e interpersonal, las teorías contemporáneas sobre el comportamiento de la salud pueden clasificarse en términos generales como “cognitivo-conductual” los tres conceptos clave que abarcan estas teorías son:

- a) El comportamiento esta mediado por las cogniciones; es decir, lo que la gente sabe y piensa afecta cómo actúan.
- b) El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir la mayoría de los cambios de comportamiento.
- c) Percepciones, motivaciones, habilidades y ambiente social son claves en la influencia del comportamiento.

#### **1.3.3.4 Nivel individual o intrapersonal.**

El nivel individual es el más básico en la práctica de la promoción de la salud, por lo tanto, los planificadores deben poder explicar e influir en el comportamiento de los individuos. Muchos profesionales de la salud pasan la mayoría de su tiempo de trabajo en actividades individuales con sus pacientes tales como educación en la salud y consultorías y a menudo son el principal objetivo de los materiales de educación de la salud.

Debido a que el comportamiento individual es la unidad fundamental del comportamiento grupal, las teorías de cambio de comportamiento a nivel individual a menudo comprenden modelos a nivel más amplio de comportamiento grupal, organizativo y comunitario. Por lo tanto, lograr un cambio político e institucional requiere influir en los individuos. (Rimer & Glanz, 1995)

Adicionalmente además de explorar el comportamiento, las teorías a nivel individual se centran en los factores intrapersonales (los que existen o se producen dentro del yo o la mente individuales) estos incluyen conocimiento, actitudes, creencias, motivación, autoconcepto, historia de desarrollo, experiencia pasada y habilidades.

#### ***1.3.3.4.1 Modelo de creencias en salud***

El modelo de creencias de la salud propone que la intención de un individuo para realizar un comportamiento de salud es una función de su vulnerabilidad percibida a una condición de salud y la probable gravedad de esa condición (Hagger & Chatzisarantis, 2005).

Este modelo tuvo su desarrollo durante los años 50 en Estados Unidos, cuando un grupo de psicólogos del departamento de salud pública para intentar explicar el porqué de la poca o nula participación de la población en las campañas y programas del sector salud enfocados en la prevención y detección temprana de algunas enfermedades (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutierrez, 1997).

En los años siguientes se amplió esta teoría y llegaron a la conclusión de que seis constructos principales influyen en las decisiones de las personas sobre si tomar medidas para prevenir, detectar y controlar enfermedades.

- Susceptibilidad percibida: creer que son susceptibles a alguna condición.
- Severidad percibida: creer que la condición tiene serias consecuencias.
- Beneficios percibidos: creer que tomar acción reduciría su susceptibilidad a la condición o su gravedad.
- Barreras percibidas: creer que los costos de tomar acción son superados por los beneficios.
- Referencia a la acción: exposición a factores que provocan una acción.
- Autoeficacia: estar confiado en su habilidad de realizar una acción con éxito.

Dado que esta teoría tiene como enfoque central la motivación para la salud, es una buena opción para abordar las conductas problemáticas que evocan problemas de salud. (Rimer & Glanz, 1995)

En general, el modelo de creencias en salud predice que, si una persona se siente vulnerable a una enfermedad que percibe como grave, y además cree que un comportamiento

específico de salud pudiera reducir la amenaza a la salud asociada con esa enfermedad, entonces tendrá un alto grado de predisposición para realizar dicho comportamiento saludable (Solis Briceño, 2017).

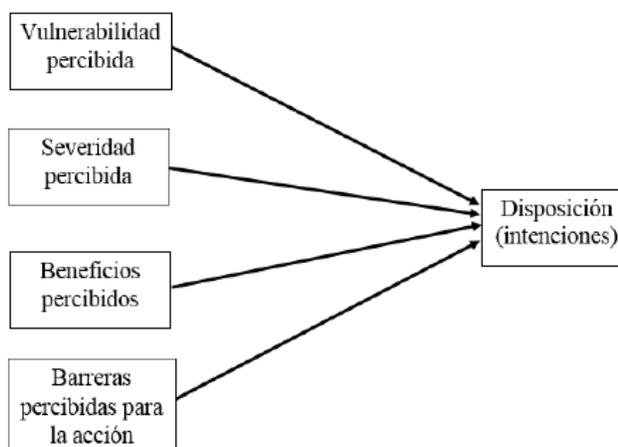


Figura 1. Modelo de Creencias en Salud, Hagger y Chatzisarantis (2005).

#### 1.3.3.4.2 Modelo Transteórico

Propuesto por Prochaska y DiClemente, el Modelo de Etapas de Cambio (transteórico) evolucionó a partir de estudios que compararon las experiencias de los fumadores que dejaron de fumar por su cuenta con los de los fumadores que recibieron tratamiento profesional. La deducción básica del modelo es que el cambio de comportamiento es un proceso, no un evento. (Rimer & Glanz, 1995)

Este modelo ha servido como base para el desarrollo de intervenciones que promueven el cambio de conducta con objetivos de salud (Solis Briceño, 2017).

Mientras una persona intenta cambiar un comportamiento, se mueve por cinco estadios (Prochaska et al., 1982).

- Precontemplación: no tiene intenciones de actuar en los siguientes seis meses.
- Contemplación: tiene la intención de actuar en los siguientes seis meses.

- Preparación: tiene la intención de actuar dentro de los próximos treinta días y ha tomado algunos pasos de comportamiento en esa dirección.
- Acción: ha cambiado el comportamiento por menos de seis meses.
- Mantenimiento: ha cambiado su comportamiento por más de seis meses.

Las definiciones de cada comportamiento varían de acuerdo al comportamiento a cambiar, personas en diferentes puntos a lo largo de estos estadios tienen diferentes necesidades informativas y se benefician de intervenciones diseñadas para su estadio (Rimer & Glanz, 1995).

El modelo transteórico se ha aplicado a una gran variedad de comportamientos individuales, así como a cambios organizacionales. El modelo es circular no lineal, lo que significa que las personas pueden entrar a cualquier etapa, recaer en alguna otra etapa anterior y progresar de nuevo, además, pueden pasar por este proceso redundantemente, y el proceso se puede cortar en cualquier punto.

#### ***1.3.3.4.3 Modelo de Proceso de Adopción de Precaución (MPAP)***

Este modelo especifica siete diferentes etapas en el transcurso desde la falta de conciencia hasta la adopción y/o el mantenimiento de un comportamiento. Es un modelo relativamente nuevo y ha sido aplicado a un número cada vez mayor de comportamientos relacionados a la salud.

La primera etapa del modelo es que un individuo puede estar completamente inconsciente de un peligro, seguidamente, en la segunda etapa, debe ser consciente del problema, pero aún permanece sin atenderlo, luego, la persona se enfrenta a una decisión sobre la actuación, puede decidir a no actuar, o puede decidir actuar, seguida por la sexta etapa de acción y por último de mantenimiento que sería la séptima etapa. (Rimer & Glanz, 1995)

De acuerdo con esta teoría las personas pasan por cada etapa de adopción de precaución sin saltarse alguna de ellas, es posible para algunas personas retroceder algunas etapas anteriores, sin embargo, una vez completada las primeras 2 etapas del modelo, no se regresarán a ellas.

Este modelo tiene similitudes con el modelo de Etapas de Cambio, pero difiere en algunos aspectos importantes, el modelo de Prochaska y DiClemente brinda información para tratar comportamientos difíciles de modificar, tales como fumar o comer en exceso; sin embargo, es menos útil cuando se trata de peligros recientemente reconocidos o de precauciones que están apenas disponibles. El MPAP reconoce que aquellas personas que no se encuentran conscientes o comprometidas con un problema, enfrentan diferentes barreras de aquellos quienes han decidido a no actuar, este modelo invita a los profesionales a desarrollar estrategias de intervención que tengan en cuenta las etapas que preceden a la toma de decisiones activa.

#### ***1.3.3.4 Teoría de la acción razonada (TAR)***

De la psicología social surge el modelo de la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) donde menciona que lo que determina la conducta es la intención de la persona por ejecutar esa conducta. (Hernández Martínez, 2010). En esta teoría se considera a la intención de comportamiento como el mejor predictor de la conducta, y contempla dos tipos de variables determinantes o explicativas de la intención de comportamiento:

- La actitud hacia el comportamiento: es una función de las creencias referentes a las consecuencias percibidas de llevar a cabo una acción específica y una evaluación personal de cada una de estas consecuencias (Godin, 1993) (en esencia, el sujeto evalúa simultáneamente la probabilidad de que el desempeño de

su comportamiento cause cada una de las consecuencias percibidas con anterioridad y la conveniencia personal de cada una de estas consecuencias).

Por ejemplo, una persona puede creer que comer saludable mejorará su apariencia física y disminuirá la probabilidad de presentar enfermedades crónico-degenerativas, pero también le quitará dinero y tiempo elaborar sus comidas, por lo que, cualquier individuo puede atribuir un valor personal característico a cada una de estas variables.

- La norma subjetiva del individuo: está determinado por las expectativas percibidas de los individuos o grupos importantes para uno (familia, pareja, amigos) y por la motivación del individuo para cumplir con las expectativas de estos. (Sampedro et al., 2013) (Hernández Martínez, 2010) (Godin, 1993) por ejemplo uno puede pensar que su pareja debe comer de una manera más saludable, sin embargo él o ella, puede o no estar inclinado a actuar de acuerdo a estas creencias.

Por lo tanto, los determinantes inmediatos de la intención de adoptar un comportamiento dado son la actitud del individuo hacia la realización del comportamiento en cuestión y la influencia de las normas sociales percibidas. (Godin, 1993)

Mientras que la teoría de la acción razonada es un modelo adecuado para predecir la conducta deportiva, esto aumenta cuando se le agrega el control personal. Esta observación llevo a la teoría del comportamiento planeado. (Cox, 2009)

#### ***1.3.3.4.5 Teoría del comportamiento planeado***

La teoría del comportamiento planeado es una extensión de la teoría de acción razonada (Godin, 1993). La diferencia entre las dos teorías es la adición de un control conductual al modelo original para tener en cuenta las limitaciones en la realización de un comportamiento dado (figura 2), ya sea real o percibido. (Ajzen, 1991) esta tercera variable es el concepto de:

- control del comportamiento percibido: refleja las creencias personales en cuanto a que tan fácil o difícil es la adopción del comportamiento y como las creencias sobre los recursos y las oportunidades pueden observarse como un control subyacente del comportamiento percibido. (Godin, 1993).

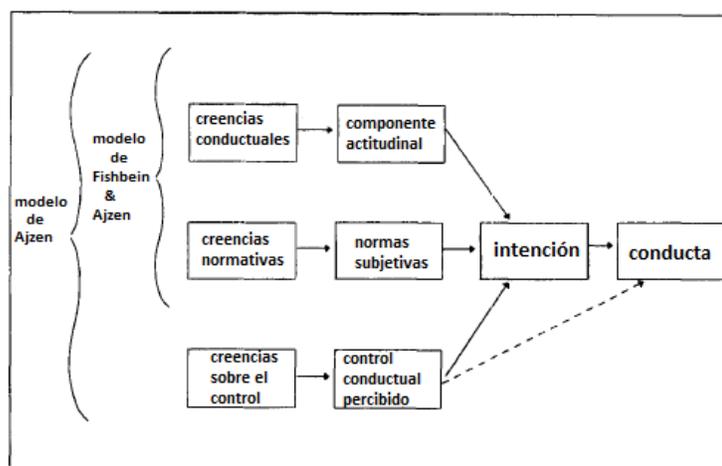


Figura 2. Representación esquemática de la teoría de acción razonada y la teoría de comportamiento planeado, traducido de Godin (1993)

Ajzen y Driver agregaron esta construcción para dar cuenta de las situaciones en las que el comportamiento de las personas, o la intención de comportamiento, está influenciado por factores que están más allá de su control. Argumentaron que las personas podrían esforzarse más para realizar un comportamiento si sienten que tienen un alto grado de control sobre él. (Ajzen & Driver, 1991) las percepciones personales sobre el control pueden tener una influencia importante sobre el comportamiento (Rimer & Glanz, 1995).

Tabla 4.  
Teoría del comportamiento planeado, traducido de Rimer & Glanz, (1995)

Teoría del comportamiento planeado		
Concepto	Definición	Enfoque de medición
Intención del comportamiento	Probabilidad percibida de realizar un comportamiento	¿es probable o improbable de realizar el comportamiento?
Actitud	Evaluación personal del comportamiento	¿percibes el comportamiento como bueno, neutral o malo?
Norma subjetiva	Creencias sobre si las personas clave (importantes) aprueban o desaprueban el comportamiento; existe una motivación para comportarse de una manera en la que gane su aprobación.	¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que la mayoría de las personas aprueban / desaprueban el comportamiento?
Control conductual percibido	Creencia de que uno tiene y puede ejercer control sobre la realización del comportamiento.	¿Cree que realizar el comportamiento depende o no depende de usted?

#### 1.3.4 Autoeficacia

A finales de los 70's Bandura formuló un modelo conceptual al que llamó autoeficacia en el que une conceptos de confianza y expectativas, creando así la teoría que más se ha utilizado en las investigaciones relacionadas con la autoconfianza en la actividad física y el deporte. (Weinberg & Gould, 2010)

Entre los mecanismos mediante los cuales se ejerce la acción humana, ninguno es más central o dominante que las creencias de eficacia personal. A menos que las personas crean que pueden producir los efectos deseados por sus acciones, ellos tendrán poco incentivo para actuar o perseverar ante dificultades (Bandura, 1999)

Bandura (1999) ha definido autoeficacia como "*La autoeficacia percibida se refiere a las creencias de las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para mejorar las acciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar...*"

La autoeficacia percibida ocupa un papel fundamental en la teoría social cognitiva ya que afecta a la acción no solo directamente, sino también, afecta a otras clases de determinantes. La capacidad de ejercer una auto influencia a través de un desafío personal durante el establecimiento de objetivos y la reacción evaluativa a las propias actuaciones proporciona un importante mecanismo cognitivo de motivación y satisfacción personal (Bandura, 1999).

Por lo que, se puede entender a la autoeficacia percibida como las creencias en las capacidades propias para planificar y ejecutar las acciones requeridas para lograr algo; se trata de la convicción personal de tener éxito al realizar una conducta y la confianza en los resultados al decidir mantener la acción, permitiendo así que el rendimiento deportivo sea mejor al adquirir y mantener la motivación necesaria para el éxito (Canul, 2018)(Gómez-Peresmitré, 2013). Esta autoeficacia es considerada el factor que presenta una mayor relación con los cambios de conducta y los factores de riesgo para enfermedades crónicas. La autoeficacia percibida determina en gran medida la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas (Gómez-Peresmitré, 2013).

En conductas de salud, la autoeficacia es uno de los mejores predictores para llevarlas a cabo, desempeña un papel importante en autorregulación de conducta a través de sus efectos sobre formación e intensidad de la intención y la persistencia de la acción ante obstáculo.(Gómez-Peresmitré, 2013)

#### **1.3.4.1 Autoeficacia y el estilo de vida saludable.**

La autoeficacia es un elemento que por sí solo no puede causar los cambios conductuales; no obstante, es un mecanismo cognoscitivo necesario en la explicación de la ejecución motora (Balaguer et al., 1995).

Se han llevado a cabo diferentes estudios sobre la autoeficacia en los cambios de hábitos de la actividad física, en 1995 Glyn y Roberts concluyeron que quienes se perciben a sí mismos como más eficaces con respecto a sus capacidades físicas tienden a mayor medida, adoptar y mantener un estilo de vida en el que el ejercicio tiene un papel importante; en 1986, Desharnais, Bouillon y Godin, encontraron a la autoeficacia como el factor diferencial entre los participantes que se mantuvieron o abandonaron el programa (Ancona Martín, 2012).

En el caso de los niños en un estudio realizado por Roberts, Kiber y Duda (1981, en Ancona Martín, 2012) concluyeron que la autoeficacia puede influir en comportamientos relacionados con el logro así como puede ser un factor decisivo en la participación de los niños en el deporte.

También se ha puesto a prueba programas que incluyan a los padres y otros familiares y la relación con la autoeficacia de niños y niñas en edad escolar que presentan sobrepeso y obesidad, mediante grupos de control para intentar determinar si los padres son un factor relevante para que sus hijos realicen actividad física. Esta investigación presentó resultados importantes respecto a la influencia parental, teniendo niveles más altos de deserción a la actividad física en los grupos donde no se contó con la participación de los tutores (Jauregui, López, Macías, Porras y Morales, 2013).

En el 2019 en un estudio publicado por la revista de psicología clínica con niños y adolescentes (Gómez-Peresmitré et al., 2019) realizaron un estudio para evaluar el efecto de un programa de prevención de la obesidad a través de autoeficacia dirigida a la realización de conductas saludables, en donde utilizaron el Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso previamente validado para población escolar mexicana.

Se evaluó la autoeficacia hacia hábitos y conductas saludables y se encontraron efectos de la intervención a corto y largo plazo (16 meses después de la intervención) y

diferencias entre género, entre las cuales con las niñas se demostró un aumento en la autoeficacia a corto plazo (pretest-postest) en los 4 factores de la prueba siendo más significativos el factor elección de alimentos saludables, en los varones ocurrió de igual manera, un incremento de los 4 factores a corto plazo y a largo plazo un aumento en el factor de autoeficacia para la disminución de alimentos con bajo aporte nutricional y la autoeficacia para la eliminación del comer emocional también a largo plazo, sin embargo hubo un cambio no favorable en el factor de autoeficacia para incrementar la actividad física después de los 16 meses (Gómez-Peresmitré et al., 2019).

En Colombia se realizó una investigación para conocer la relación entre la autoeficacia para la actividad física y los niveles de actividad física que presentan niños y niñas en edad escolar. Para el estudio se trabajó con estudiantes de 10 a 14 años, de 27 escuelas públicas, que respondieron la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física y el Cuestionario de Actividad Física para Escolares. Como resultados centrales se destaca que sí hay una relación directa entre la autoeficacia y la cantidad de actividad física real que desarrollan los adolescentes, señalando la importancia de generar programas que trabajen los niveles de autoeficacia en esta población (García, et. al., 2020).

### **1.3.5 Trabajo con padres**

Uno de los objetivos de para este milenio establecidos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la agricultura (FAO) es que la población mundial se alimente de una manera más saludable, por lo que los países en vía de desarrollo han realizado grandes esfuerzos en materia de recuperación nutricional, para lograr mantener adecuados niveles de nutrición desde edades tempranas (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014).

Sin embargo, tanto en los hogares y en instituciones clínicas y educativas, puede

observarse que los niños presentan problemas en sus hábitos alimenticios.

Aunque en muchos casos, padres e hijos conocen la importancia de una adecuada alimentación, los niños se rehúsan a consumir alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014). Debido a esto, los padres modifican las prácticas de alimentación, intentando conseguir que sus hijos consuman la cantidad de alimentos que ellos creen adecuada; sin embargo, en muchas ocasiones no son conscientes de los efectos a corto y largo plazo de dichas prácticas en la conducta alimentaria de sus hijos y en la capacidad de autorregulación de la ingesta en años posteriores (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014).

#### **1.3.5.1 Influencias parentales en el comportamiento alimenticio**

Los estudios sobre la influencia de la crianza en los resultados de los hijos se han basado en cuatro prototipos parentales, desarrollados por Baumrind, los cuales inicialmente, identificó solo tres estilos de crianza según el nivel de exigencia y capacidad de respuesta, los que se clasificaron como: Estilos de crianza autoritaria, permisiva y democrática, posteriormente en una revisión del modelo en el año 1983, Maccoby y Martin adicionan el estilo parental negligente, caracterizado por la baja exigencia y pobre capacidad de respuesta o sensibilidad a las necesidades (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014).

Los padres democráticos son exigentes y receptivos y se caracterizan por altos niveles de control y mayor grado de receptividad; supervisan el comportamiento del niño y transmiten estándares claros sin recurrir a enfoques intrusivos o restrictivos. Los padres autoritarios son exigentes y directivos con bajos niveles de respuesta; al igual que los padres democráticos exhiben altos niveles de control, pero en contraste muestran niveles más bajos de receptividad. Es menos probable que los padres permisivos sean exigentes y requieran un comportamiento maduro, pero exhiben altos niveles de receptividad y bajo nivel de control;

tienden a ser indulgentes y evitan la confrontación. Los padres negligentes no son exigentes ni receptivos (Scaglioni et al., 2018).

Con base en lo anterior, los niños expuestos a la crianza democrática muestran los niveles más altos de autoeficacia, autodisciplina, madurez emocional y mejoraron sus conductas alimentarias, también se asocia con un menor riesgo de obesidad (Scaglioni et al., 2018).

Además, el comportamiento de alimentación de los padres está influenciado por muchos factores, incluidos los compañeros, más que por las pautas dietéticas y estas preferencias alimentarias son determinantes importantes de la ingesta de alimentos de los niños (Scaglioni et al., 2018). Los comportamientos de alimentación de los padres tienen una influencia significativa en el desarrollo de las preferencias alimentarias de los niños mediante una mezcla de técnicas tanto efectivas como ineficaces (Scaglioni et al., 2018).

Las influencias de las prácticas de los padres sobre los hábitos de alimentación de los niños parecen estar relacionados con estos estilos; Baumrind mencionaba tres elementos importantes acerca de la crianza de los hijos y del control, los cuales pueden ser aplicados a la alimentación infantil (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014).

1. La respuesta parental como la medida en que los padres tienen en cuenta la individualidad, promueven la autorregulación, la autoafirmación y el apoyo en la crianza, considerando las necesidades de los niños y sus demandas.
2. La exigencia parental que se refiere a la medida en que los padres hacen a sus hijos reclamos de que se integren a la familia, supervisan y confrontan al niño que desobedece.
3. El control psicológico y emocional que corresponde a los intentos de control de la conducta mediante, por ejemplo, la inducción de culpa, el manejo de la expresión de cariño o los intentos de avergonzar al niño por una mala conducta.

Estos elementos se relacionan de manera directa con prácticas y acciones que son potencialmente modificables y que pueden tener un efecto en las conductas alimentarias de los hijos (Castrillon & Giraldo Roldan, 2014).

Los padres influyen en cómo se establecen los patrones de ingesta de los niños, tanto directa como indirectamente, adoptando un control abierto y encubierto. El control abierto incluye restricción y presión para comer. El control encubierto incluye estrategias tales como comprar solo alimentos saludables para el hogar y evitar tiendas y restaurantes que venden alimentos poco saludables. El niño puede detectar un control abierto, pero no reconocer el control encubierto (Scaglioni et al., 2018).

Rollins, Loken, Savage y Birch en el 2014, proporcionaron la primera evidencia experimental de que el uso de prácticas restrictivas de alimentación por parte de los padres es contraproducente; aumenta la ingesta de alimentos restringidos en niños en edad preescolar y es un factor de riesgo para el aumento de peso excesivo. La presión para comer se asoció con mayor evitación de alimentos y menor consumo de alimentos básicos. Las prácticas de monitoreo se relacionaron con una menor evitación de alimentos y rasgos de enfoque alimentario y un menor consumo de alimentos no básicos (Brandi Y Rollins et al., 2014).

Un estudio en el 2015, confirmó que las prácticas de alimentación restrictivas son contraproducentes, y los niños con baja autorregulación y en riesgo de obesidad muestran una mayor susceptibilidad a los efectos negativos de la alimentación restrictiva. Sin embargo, también se concluyó que, en el entorno obesogénico actual, es probable que sea necesario algún control parental para moderar la ingesta de estos alimentos por parte de los niños (B.Y. Rollins et al., 2015).

### **1.3.5.2 Ambiente Familiar**

Es clara la importancia del entorno familiar para los comportamientos de salud de los hijos, un sistema familiar positivo puede ser parte de un proceso que promueva comportamientos saludables a través del modelado de roles, proveer alimentos saludables y apoyar a los hijos a participar en comportamientos de alimentación adecuada. (Scaglioni et al., 2018).

Un aspecto relevante del entorno familiar es el “clima de salud familiar” (Niermann et al., 2014) un término propuesto en el año 2014 que se define como las percepciones y cogniciones compartidas sobre un estilo de vida saludable dentro de una familia, esto refleja la experiencia individual de la vida familiar diaria, la valoración de temas de salud y las expectativas con los valores, las rutinas de comportamiento y los patrones de interacción dentro de la familia.

Este marco conceptual incluye conceptos psicosociales como el funcionamiento familiar, la cohesión, los conflictos, la comunicación, el estado socioeconómico, las prácticas y los estilos parentales. La capacidad de los niños de imitar las acciones de los demás y aprender mediante la observación, en particular de los padres, podría explicar el tipo de estilo de alimentación desarrollado (Scaglioni et al., 2018).

## **2. Evaluación diagnóstica del problema**

Para la elaboración de la propuesta de un programa de intervención fue necesario realizar un diagnóstico del fenómeno abordado en este trabajo terminal tanto en niños como en sus tutores, es decir, determinar la autoeficacia de los estudiantes a realizar hábitos saludables, el consumo de frutas y verduras de los escolares, al igual las creencias, actitudes y practicas alrededor de la alimentación infantil, e identificar factores de riesgo de obesidad y/o

desórdenes alimentarios, midiendo la conducta del niño mediante información de los tutores. A continuación, se describen todos los detalles de dicho diagnóstico.

### **2.1 Descripción del escenario y los participantes**

Se trabajó en la escuela primaria estatal Manuel Alcalá Martín, con clave de Centro de Trabajo 31EPR0106I, ubicada en la calle 52 s/n x 63-D y 65 del Fraccionamiento Magnolias de la ciudad de Mérida en el estado de Yucatán.

Este plantel cuenta con 11 grupos distribuidos en 2 grupos por cada grado con la excepción de 5to año, el cual solamente cuentan con un grupo, esta escuela es perteneciente a la zona escolar 05, dicha zona con un conjunto de 8 escuelas de las cuales solamente 1 cuenta con modalidad vespertina y 2 con jornada ampliada.

Para este diagnóstico se contó con la participación de un grupo de quinto año de la escuela en el turno matutino. La muestra la integran 32 alumnos, 17 varones y 15 mujeres, con edades comprendidas entre 10 y 12 años con una media de 10.4 años. Adicionalmente, se contó con la participación de 26 tutores, 5 varones y 21 mujeres, con edades entre 18 y 50 años con una media de 38.38 años.

El diagnóstico se realizó en la escuela primaria con dos fechas diferentes: a) El primer diagnóstico se les realizó a los tutores junto con la explicación del programa y la entrega de los consentimientos informados y b) el segundo se le realizó únicamente a los escolares con ayuda de su maestra y personal de USAER.

### **2.2 Instrumentos y técnicas utilizados**

Grupos focales

Al plantearse investigar la relación entre la autoeficacia para las conductas saludables, las creencias y actitudes de los tutores sobre su práctica, era necesario emplear un enfoque

cuantitativo, sin embargo, se utilizó de igual manera técnicas cualitativas con los tutores. El enfoque cualitativo recibe información sobre elementos subjetivos, como valoraciones, actitudes, creencias y abordan la realidad, es decir, busca la recolección de información particular de los sujetos seleccionados para la investigación (Ander-Egg, 2003).

Inicialmente se elaboró un guion de entrevista semiestructurada, este tipo de entrevistas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados, es decir, no todas las preguntas están elaboradas de forma rigurosa (Grinnell y Unrau, 2007) estas preguntas se realizaron mediante un grupo focal a los padres que participaron en las sesiones. El objetivo del grupo focal fue explorar las experiencias y creencias personales de los padres y tutores sobre los temas de salud (alimentación, actividad física) y que compartieran dichas experiencias con los miembros del grupo.

La actividad constaba de aproximadamente de 5 preguntas que se realizaban de manera grupal, y eran contestadas por los participantes del taller, las cuales abordaban las siguientes temáticas: a) su opinión al respecto del tema, b) su experiencia con el tema abordado y sus hijos o tutorados, c) Conocimiento del tema, d) Creencias de los grupos que rodean a sus hijos y como estos influyen en ellos, e) Conclusiones y conocimientos que se llevan de la sesión.

Para tener una mayor perspectiva de las necesidades y poder elaborar un programa de intervención se consideró la aplicación de los instrumentos cuantitativos los cuales se llevarán a cabo tanto a tutores como a estudiantes, los cuales se presentan a continuación.

El “*Cuestionario de alimentación infantil*” (Davison & Birch, 2001) versión traducida y validada la español (Navarro Contreras & Reyes Lagunes, 2016) la cual muestra ser cultural y psicométricamente apropiada (alpha de Cronbach de  $\alpha = .858$  para todos los ítems) para evaluar las prácticas creencias y actitudes parentales hacia la alimentación infantil en madres

mexicanas de niños de 5 a 11 años de edad, consta de 17 ítems agrupados en 3 dimensiones: peso percibido del niño (6 ítems), preocupación por el peso del niño (3 ítems) y restricción (8 ítems). Todos los reactivos se responden mediante escala tipo Likert de 5 niveles que va desde el “siempre” hasta el “nunca”.

“*Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Child Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ)*” (Wardle et al., 2001) versión traducida y adaptada al español por González y Santos (2011) y validado en población mexicana (Garza-Olivares et al., 2018). El Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil determina el estilo de alimentación infantil e identifica factores de riesgo de obesidad y/o desórdenes alimentarios, midiendo la conducta del niño por informe de los progenitores.

Este cuestionario señala 2 dimensiones a medir, la proingesta, cuyas subdimensiones se caracterizan por el estímulo de la ingesta alimentaria y la antiingesta, en donde sus dimensiones son caracterizadas por la disminución de la ingesta de los alimentos. Consta de 35 ítems agrupados en 8 factores divididos en 2 dimensiones principales: aproximación a los alimentos (respuesta a la comida, comer emocional, disfrute de los alimentos, deseo de consumir líquidos) y evitación de los alimentos (respuesta a la saciedad, comer lento, baja ingesta emocional e irritabilidad a los alimentos). El cuestionario se responde mediante una escala tipo Likert teniendo 0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces, 3= frecuentemente y 4= siempre.

Los cuestionarios aplicados a los estudiantes son los siguientes:

*Cuestionario Pro Children Project* versión validada en población mexicana para evaluar factores psicosociales, asociados con el consumo de fruta y verdura en muestras de niños escolares de 10 a 12 años. Consta de 87 reactivos, los cuales miden 7 factores (actitudes, percepción de barreras, accesibilidad en la escuela, modelación, accesibilidad en el hogar, habilidad y preferencias) tanto en el consumo de frutas como verduras y provee validez

suficiente (alpha de Cronbach es de  $\alpha$  .83) para la evaluación global de factores psicosociales asociados con el consumo de fruta y verdura en niños escolares. Para responder se presenta una escala tipo Likert que va desde 1= no lo he probado, hasta 5= Me gusta mucho.

*Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso* validado en población mexicana (Gómez-Peresmitré et al., 2017) con 30 ítems con 4 opciones de respuesta que van desde “No soy capaz de hacerlo” (1) hasta “soy muy capaz de hacerlo” (4). El coeficiente de Cronbach es de  $\alpha$  .90 y la varianza explicada del 43.10% sobre la varianza total. Este instrumento tiene cuatro factores: autoeficacia para: 1) incrementar actividad física ( $\alpha$  = .81), 2) disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional ( $\alpha$  = .80), 3) elección de alimentos saludables para el control de peso ( $\alpha$  = .76) y 4) eliminación del comer emocional ( $\alpha$  = .65). Para responder el instrumento se presenta una escala Likert donde 1= no soy capaz de hacerlo, 2= soy capaz de intentarlo, 3= soy capaz de hacerlo, 4= soy muy capaz de hacerlo.

### **2.3 Procedimiento**

La recolección de información durante el diagnóstico se dividió en dos etapas, la primera correspondió al empleo de cuestionarios tanto para los tutores como para los estudiantes, seguido de unas sesiones exclusivamente para los tutores con el fin de brindarles información relacionada a temas de alimentación y actividad física, y de recopilar información sobre creencias de la salud.

Tanto para la administración de los cuestionarios como la realización de las sesiones con los tutores se contactó primero con la directora de la escuela para exponerle lo que se pretendía realizar tanto con los alumnos como con los tutores y solicitar su autorización, así como coordinarse sobre las fechas que la escuela tenía disponibles, esto para no interferir con el plan de estudios. La respuesta de la directora del plantel fue favorable y mostró

disponibilidad en todo momento para la realización del diagnóstico, se le comentó a la maestra responsable del grupo que se llevaría a cabo con sus alumnos y accedió a brindar un horario disponible para realizar el diagnóstico que no afecte con su calendario escolar. Para el diagnóstico con los tutores se tramitó un aula disponible en la escuela y se tuvo coordinación con la representante de la asociación de padres de familia del grupo, y se ofreció para avisarle a los tutores sobre los horarios en los que se realizarían los talleres.

La aplicación de los instrumentos se realizó a 26 tutores de quinto año del grupo participante de forma presencial en una sola sesión, realizada en la escuela primaria Manuel Alcalá Martín, ubicada en el fraccionamiento Magnolias de la ciudad de Mérida, Yucatán. Ambos cuestionarios para los tutores se aplicaron en un mismo día en una sola sesión, a todos los tutores se les otorgó una carta de consentimiento informado para que lean y si estaban de acuerdo, firmarán para permitir trabajar con los estudiantes del grupo, esta sesión se llevó a cabo en el área de comedor de la escuela, donde la directora nos permitió el acceso.

Los instrumentos para los estudiantes se aplicaron en otra sesión, una mitad del grupo adentro del aula de clase y los restantes dentro de la biblioteca, antes de la aplicación de los instrumentos se les comentó el objetivo y se informó que sus respuestas no serán empleadas para ningún fin fuera de esta investigación, así como si llegarán a presentar alguna incertidumbre levantarán su mano y se les brindaría asistencia, para esta sesión con los estudiantes se contó con personal de asistencia para la resolución de dudas.

En cuanto a las sesiones con los padres se contó con un grupo focal, se realizaba posterior a las sesiones de 45 minutos llevadas a cabo una vez por semana con los asistentes de la sesión, fue de carácter presencial y se les comentó a los tutores el propósito de la sesión y de las preguntas. Al finalizar, se les pidió autorización para reportar sus respuestas con la intención de posteriormente transcribirlas, garantizándoles en todo momento el anonimato en sus opiniones.

Las sesiones fueron realizadas en la biblioteca dentro de las instalaciones de la escuela. Las preguntas posteriores a las sesiones fueron las mismas, sin embargo, iban determinadas por las características que tuvieron ese día en la sesión y las actividades que realizaron. Cada sesión duró aproximadamente 60 minutos, la cual contaba con una descripción de la sesión, una presentación del tema, una actividad y el grupo focal. La información obtenida en el grupo focal ayuda a determinar cuáles son las áreas o habilidades que necesitan reforzar o trabajar con los estudiantes, que los ayude a mejorar su autoeficacia para la realización y mantenimiento de actitudes saludables que se abordan en la intervención.

## **2.4 Resultados del diagnóstico**

Esta sección se estructura en dos grandes apartados. El primero de ellos se centra en el análisis de datos cualitativos y el segundo en el análisis de datos cuantitativos.

### **1.3.1. 2.4.1 Análisis cualitativo.**

Los datos para el análisis cualitativo se tomaron por parte de los cuestionarios que se le aplicaron a los padres y a los alumnos, así como la información obtenida durante los grupos focales realizados a la finalización de cada sesión de padres. Para la transcripción de los grupos focales se realizó de manera manual para no perder ningún detalle y poder entender el contexto en el cual se dieron las respuestas mencionadas.

En los instrumentos aplicados a los se evaluaron a 30 alumnos de quinto año, se les pidió que plasmasen con sus propias palabras qué es lo que creían que significa “comer saludable” a lo que una gran parte de los niños (47%) coincidió en definirlo como el consumo de frutas y verduras, 3 alumnos (10%) lo definieron como el comer de acuerdo al plato del buen comer, entre las otras respuestas que se encontraron están “mantener tu peso y estar bien”, “no comer chatarra”, al igual como respuestas que involucraron algunas leyes de la alimentación como

“alimentarse balanceadamente”, “comer adecuadamente” o “comer equilibrado” o lo que se puede concluir con que los niños no se encuentran adecuadamente orientados con este término, y lo terminan asociando al consumo de frutas y verduras como comúnmente ocurre. Otra de las preguntas realizadas fue cuál era su pasatiempo favorito, buscando con esta conocer si coincidía con algún tipo de actividad que implique alguna clase gasto energético mediante el movimiento, lo ocurrió con 16 (53%) de los alumnos, en este grupo se asociaron respuestas tales como jugar, realizar algún deporte o cocinar, 8 (27%) alumnos respondieron con alguna actividad que no implica en si un desgaste energético mediante el movimiento corporal tales como dibujar (4) y leer (3) así como realizar manualidades (1), no obstante 4(13%) contestaron como pasatiempo el ver televisión, sin embargo esto no significa que no realicen algún tipo de actividad física.

A los padres se les realizó una sesión exclusiva para aplicarles los instrumentos CEBQ y el cuestionario de alimentación infantil, así como un cuestionario que abordaba creencias sobre alimentación y actividad física, a la sesión acudieron 26 padres de familia, en el cuestionario se les preguntó al igual que con los alumnos, sobre que creían que significa “comer saludable”, se encontraron respuestas un poco más variadas, tales como “comer sin excesos” (4%), “comer con horarios” (4%), “comer de acuerdo al plato del buen comer” (8%), “no comer chatarra” (12%), la respuesta más repetida de igual manera fue “el consumir frutas y verduras” (54%), de igual manera se encontraron respuestas representativas a las leyes de alimentación, tales como “comer una dieta equilibrada”, “comer variada y adecuadamente” y también una respuesta que citaba a la pirámide de los alimentos, similar a lo que se apreció con los estudiantes, los padres tienen diferentes significados personales sobre “alimentación saludable” lo que puede influir en la información que le transmiten a sus hijos respecto al tema.

Abordando sus creencias se les pidió que plasmaran tres acciones que realizan con su familia para estar saludables, con esta pregunta se buscaba conocer si relacionan la actividad física y la alimentación adecuada como parte del concepto de salud, como parte de las respuestas se encontraron 29 (37%) con algún tipo de relación a la alimentación tales como “comer saludable”, “consumir frutas y verduras”, “comer balanceado”, “evitar comida chatarra, dulces o refrescos” entre otras, con relación a respuestas que involucren actividad física se encontraron 23 (29%) que abarcan esta área, tales como “caminar”, “correr”, “hacer ejercicio”, “manejar bicicleta”, entre otras respuestas, también se pudieron encontrar entre las acciones saludables señaladas el consumo de agua, leer, ir al médico, y dormir, como se puede apreciar, el 66%(52) de las acciones saludables que señalaron los padres, se relacionan con la alimentación o con la actividad física.

Otra de las preguntas que se les hizo fue como describirían la comida saludable, algunas de las respuestas más representativas fueron, “difícil”, “cara o costosa”, “insípida” y “no grasosa” demostrando que los padres ven a la alimentación saludable un poco complicada de realizar, contrastándose con las respuestas de la descripción sobre la comida yucateca, donde la mayoría de los padres respondió “rica”, “grasosa” y “condimentada”, como se puede apreciar esto está relacionado a la cultura gastronómica propia de la región, como ya se ha descrito, es un vínculo intergeneracional con raíces prehispánicas, el cual es sumamente fuerte e importante en nuestra región, por lo que ir en contra de las tradiciones y cultura no lo considero como un método adecuado para trabajar cambios de hábitos y modificación de la conducta.

En cuanto a la actividad física, se les pidió a los padres que definan este concepto, para conocer qué es lo que ellos conocen y como lo definen, sin embargo, la mayoría de los padres no contestó la pregunta o refirió no saber el significado, lo que es sumamente importante

debido a que casi el 70% de los niños escolares no realiza la actividad física aconsejada por la OMS (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI, 2018).

La siguiente etapa de la toma de datos cualitativos se realizó durante las semanas posteriores, al finalizar las sesiones de trabajo con los padres, por medio de grupos focales, los cuales se procedió a su transcripción y su análisis. Este análisis se basó en la estrategia de Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1999) que contempla tres grandes procedimientos: la reducción de datos, la disposición y transformación de datos, y finalmente, la obtención y verificación de las conclusiones.

Debido a su relevancia con el tema central de la investigación, así como por la profundidad de las respuestas emitidas, se decidió señalar unas preguntas claves emitidas en el grupo focal resaltando las respuestas de algunos de los participantes. A continuación, se presentan los resultados de la información obtenida en los grupos focales divididos en los siguientes apartados: a) su opinión al respecto del tema, b) su experiencia con el tema abordado y sus hijos o tutorados, c) Conocimiento del tema, d) como podrían apoyar a sus tutorados a realizar lo visto en la sesión, e) conclusiones y que conocimientos se llevarían de la sesión.

#### ***2.4.1.1. Teorías del comportamiento.***

La primera sesión se abordaron las teorías del comportamiento de una manera sencilla y rápida a los padres, durante el grupo focal se contó con preguntas generales acerca de la sesión. Ante el cuestionamiento de qué tan importante creen que es la influencia de sus propias acciones y creencias hacia las conductas saludables de sus hijos, todos los participantes coinciden en que es muy importante la influencia que tienen.

En la parte de que grupos consideran que influyen de manera más directa en las conductas de sus hijos mencionaron, familiares, amigos y profesores o entrenadores, uno de los tutores

mencionó: “(...) de hecho le gustan las mismas cosas que a su hermano, incluso ya está yendo al mismo equipo de futbol”.

Todos los tutores afirman nunca haber visto el tema sobre las teorías del comportamiento, y que es importante identificar qué es lo que influye de manera directa en el comportamiento de sus hijos, ya que señalaron cuales creen ser los niveles de influencia que tienen mayor peso en el comportamiento de sus hijos, señalando como principal el intrapersonal (mayoría familia) tal como lo expresa uno de los padres: “Estoy pendiente de lo que come y trato de darle el ejemplo al no comer comida chatarra porque luego ve que uno lo hace y quieren comerlo”.

También hay quien señaló que tiene más influencia lo que hacen los amigos que lo que hacen sus familiares: “(...) le digo que se ponga sus tenis para que vayamos a jugar futbol al parque, pero prefiere quedarse en la casa jugando con sus amigos ese juego en el celular”.

También se preguntó que conclusiones podían llevarse sobre las teorías del comportamiento en general se mencionó estar más conscientes de que lo que ellos piensan o creen puede influir en el comportamiento de sus hijos y que es importante su participación directa para generar algún cambio, también señalaron que pudieron identificar algunos niveles de influencia que a veces no se toman en cuenta como por ejemplo la cooperativa escolar o los compañeros de su salón.

#### ***2.4.1.2. Nutrición infantil en México***

En la segunda sesión se vio el tema de la nutrición infantil y como esta se diagnóstica, al finalizar la presentación se les preguntó si ellos se consideraban que sus hijos tienen un diagnostico nutricional adecuado para su edad, de los 12 padres que asistieron solamente

2(17%) mencionaron que consideraban a sus hijos un “poco pasados de peso” los restantes afirmaron que sí consideraban que se encontraban en un estado nutricional adecuado.

Cuando se les preguntó si este estado nutricional había sido diagnosticado previamente por algún profesional de la salud solamente 1 de los padres mencionó haber ido al nutriólogo y que previo a esto su médico lo había diagnosticado con sobrepeso “(...) lo que yo hice fue llevarlo a consultar al seguro y de ahí me pasaron a nutrición para que le den una dieta porque según el doctor estaba en sobrepeso” (madre de familia 1). Al preguntarle si ella consideraba que su hijo se encontraba con el diagnóstico que el médico le señaló, a lo que respondió negativamente.

“(...) Yo creo que él estaba bien de peso ya que desde siempre ha sido ligeramente más grande que sus demás compañeros (obtuvo la aprobación de otra participante de la sesión) de acuerdo a la experiencia que tengo con mis otros hijos luego cuando crecen pierden peso no es necesario ponerlos a dieta”.

Esto último es un indicador importante considerando que la creencia de la madre sobre el peso adecuado de sus hijos influye de una manera directa en la toma de decisiones sobre su salud, ya que optó por no seguir las indicaciones del personal de nutrición y darle a su hijo lo que ella consideró adecuado.

Cuando se les preguntó si llevarían a sus hijos a hora que ya saben la importancia de un diagnóstico nutricional adecuado y oportuno todos los padres señalaron que sí lo harían, sin embargo, esto puede ser debido a la deseabilidad social impuesta por una pregunta realizada por un nutriólogo, por lo que no se consideraría como una respuesta de impacto para la intervención.

Se les señaló que la próxima sesión se verían temas específicos de nutrición y se les cuestionó sobre que pensaban cuando escuchaban comida saludable y de donde habían escuchado

previamente ese término, así como que les han hecho para ayudar a sus hijos sobre el tema, la mayoría menciona haberlo visto en la televisión o lo han escuchado en la radio, también la mayoría menciona “grasas” y “azúcar” como algo que deban evitar.

“Yo lo he escuchado de la televisión y de las noticias, que no se debe comer grasa, que no se debe tomar refresco, en mi casa solo toman agua y siempre que preparo alimentos casi no uso grasa” (madre de familia 2).

“(…) yo lo que hago es picarles frutas y verduras para que coman en las tardes” (madre de familia 3).

“(…) le mando su comida a la escuela, no le doy dinero para que compre aquí. (madre de familia 4).

Finalmente se indagó sobre sus creencias respecto a lo que generaba que en México los índices de sobrepeso y obesidad infantil estén tan elevados, los padres tenían que votar entre dos opciones, la mala alimentación o la falta de actividad física lo que afectaba de mayor medida a los niños. El 67% (8) de los asistentes a la segunda sesión (12) contestaron que la alimentación inadecuada era lo que hacía que los niños tengan esos índices, arriba del 33% (4) que señalaron a la falta de actividad física como el factor más relevante.

“(…) hay mucha comida chatarra y muchas veces la consumen en la escuela, aunque nosotros no queramos” (madre de familia 5).

“(…) siempre se le trata de dar verduras a la hora de la comida, pero no les gusta, dicen que no quieren, hasta ni la carne come mi hija” ((madre de familia 6).

“(…) yo creo que para que nuestros hijos coman bien también deben ayudarles aquí en la escuela ya que solo venden cosas grasosas en la tiendita, y como no tengo tiempo de prepararles algo les tengo que dar dinero para que compren aquí” (madre de familia 2).

“(…) igual el que se quedan todo el día en la casa cuando no están en la escuela, yo por ejemplo llevo a mis 3 hijas a danza, van 3 veces a la semana y eso les ayuda a no estar gorditas” (madre de familia 7).

Es importante tomar en cuenta que la mayoría de los padres piensa que la alimentación es el factor más importante para el peso de los niños sin embargo la mayoría de ellos considera darles lo adecuado para su consumo, sin llevar algún tipo de asesoría o de consejo de algún profesional de la salud especializado en nutrición, incluso considera el 92% (11) de los padres que sus hijos se encuentran en un peso adecuado cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad en su grupo etario se encuentran en 1 de cada 3 niños.

#### ***2.4.1.3. Alimentación saludable***

En la tercera sesión se platicó acerca de que es una alimentación saludable y fue la sesión con mayor participación por parte de los padres con 14 asistentes, la sesión comenzó con la presentación del tema y se prosiguió con la actividad de la sesión y por último el grupo focal grupal se les preguntó si ellos se consideraban que la alimentación de sus hijos, de acuerdo a lo que vieron en la presentación es adecuada a lo que la mayoría afirmaron que sí pero tienen dudas sobre que pueden darles para llevar para comer en la escuela.

Todos los padres entrevistados mencionaron conocer por lo menos el plato del buen comer, ya que los hijos lo llevan en su programa educativo desde los primeros años de primaria, sin embargo al preguntarles antes de ver el tema que significaban los colores y las divisiones del plato no contestaron de manera adecuada, así lo expreso uno de los padres: “ya hemos visto esa imagen (el plato del buen comer) pero no sabemos (él y su esposa) que es cada cosa, ni que se tenía que combinar”.

Los padres manifestaron que antes de la sesión no conocían sobre lectura de etiquetas. Sin embargo, después de llevarse a cabo el tema de etiquetado: dos de los padres comentaron haber llevado un tema en el seguro donde normalmente consultan, específicamente para el control de enfermedades crónico-degenerativas, mencionaron que sí habían visto una parte de etiquetado, pero no lo compartieron con sus hijos, principalmente porque no les quedo muy

claro que necesitaban conocer ya que era un tema nuevo para ellos. Los otros padres que asistieron a la sesión mencionaron que, aunque no lo habían visto con anterioridad, el conocer sobre el etiquetado ayudaría a tomar mejores decisiones sobre lo que consumen y también evitar caer en la propaganda de algunos alimentos.

“De joven nos decían que el Danonino era muy buena opción para que le dé a mi niño cuando estaba más pequeño, ahorita con el ejemplo ya veo que no.” (madre de familia).

“yo realmente siempre pensaba que comer así bien costaba mucho dinero y que tenía que ser sin grasas y así, pero pues con que tengan los 3 grupos que mencionas (plato del buen comer) estaría bien.” (madre de familia).

El que la mayoría de los padres no haya consultado con un profesional de la salud para tener un conocimiento básico sobre alimentación y seguridad alimentaria coincide con el tipo de creencias sobre alimentación saludable que plasmaron en los instrumentos cuantitativos, los cuales se describirán más adelante, también de acuerdo con sus respuestas, le dan “poca importancia” por parte de la cooperativa escolar ya que no se encuentran satisfechos con los productos que se venden, sobre todo los padres que mencionaron no darles lunch a sus hijos para llevar todos los días.

“(…) por más que se le diga que debería comer o comprar aquí no lo venden doctor, casi siempre son los mismos alimentos, que si empanadas, que papitas, chicharrones, salchichas, solo eso come.” (madre de familia).

“(…) yo soy técnico en alimentos, me dedico a ver como deberían combinarse los alimentos y que propiedades aportan, ya me he quejado varias veces, pero preferimos darle su comida para que traiga aquí(escuela) pero no siempre se puede, ambos (los dos padres) trabajamos entonces es más difícil.” (padre de familia.).

Como se puede apreciar en los comentarios expresados, muchas veces los padres no aceptan la responsabilidad sobre la alimentación en ellos, ven involucrados al personal escolar en las acciones que sus hijos deciden tomar, sin embargo, también se pueden tomar medidas como un desayuno en casa, para evitar darle todo el peso a los alimentos que

consumen en la escuela, así reducir exclusivamente a pequeñas colaciones que pueden llevar, sin embargo mencionan que la mayoría no desayuna en casa, e incluso pasan hasta 4 horas o más hasta consumir el primer alimento:

“(…) casi no le da hambre en la mañana, y como se despierta tarde luego no llega a tiempo si desayuna en casa” (madre de familia).

“(…) yo procuro darle un vaso de chocomilk o calcetoce en que despierta, pero solo eso consume, hasta el descanso (10:30 am) suele desayunar su sándwich.” (madre de familia).

Si bien ya desde hace años es considerado el desayuno como un alimento principal, desde el 2015, la secretaria de salud menciona que el desayuno debe ser considerado como la comida más importante del día, debido a que los alimentos que se ingieren son los primeros después de un largo periodo de ayuno, además de preceder a las horas del día en las que se lleva mayor actividad y, por lo tanto, mayor gasto de energía (Secretaría de Salud, 2015). Aunque todos los padres concuerdan con que el desayuno es importante la mayoría de ellos manifestaron estar conscientes de la responsabilidad que tienen al momento de tomar la decisión sobre desayunar, tiempos de transporte o incluso los horarios de levantarse durante esta etapa de la vida de sus hijos.

#### ***2.4.1.4. Actividad física, ejercicio y deporte.***

En la cuarta sesión se llevó a cabo el tema de actividad física, posterior a la presentación se buscó reflexionar sobre las diferencias entre los conceptos de actividad física, ejercicio y deporte y se buscó que los padres identifiquen que tipo de actividad realizan sus hijos.

Los 12 padres que asistieron a la sesión comentaron que sus hijos hacen o han realizado algún tipo de actividad física a lo largo de su vida, se les preguntó respecto a quiénes habían tenido algún tipo de influencia en la realización de la actividad, a lo que 10

padres (83%) coincidieron en que ellos fueron los que inscribieron sus hijos a la actividad ya que la consideraban adecuada para sus ellos porque algún familiar directo (padres o hermanos) han practicado lo mismo, los otros 2 padres restantes comentaron que los primos u otros familiares fueron los que tuvieron más influencia en realizar la actividad :

“(…) yo practiqué danza por 11 años, y a mi hija le gusta mucho bailar, así que la metí a que tomara clases por la casa y eso hace 3 veces a la semana”. (madre de familia)

“(…) yo soy el que siempre le dice que se ponga sus tacos y que vayamos al parque a jugar futbol, casi son todos los días, solo si trabajo ese día pues no lo llevo” (padre de familia).

“(…) su prima que también estudia aquí (escuela), está en el triatlón que se toman los sábados en las mañanas, y la invito a participar, entonces en eso está, también en la banda de guerra.” (madre de familia).

También se les cuestionó sobre que consideraban ellos que sea o pueda ser una barrera para que sus hijos no realicen actividad física todos los días o al menos lo que la Organización Mundial de la Salud recomienda para su edad, lo cual es que inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa la mayoría de los padres coinciden en que sus trabajos, horarios y que haceres son el factor principal de la falta de consistencia en la realización de actividad física, principalmente con los niños que no se encuentran inscritos en algún equipo o academia:

“(…) siempre que puedo salgo con mis hijos al parque, no se puede todos los días porque trabajo y se les tiene que llevar para que no vayan solos.” (madre de familia).

“mi hijo le encanta hacer carreras en bicicleta hacia el parque o solo en la calle, siempre me está diciendo que vayamos a pedalear, pero honestamente no salgo siempre, ahí si yo le digo que no tengo ganas de salir y que no puedo estar con la bicicleta por mi problema de las rodillas.” (madre de familia).

“yo igual, por el trabajo no puedo salir todos los días, salimos los martes y jueves porque los otros días trabajo, lo llevo al parque y pateamos el balón un rato.” (padre de familia).

Algunos de los asistentes de la sesión mencionan que también la barrera económica les impide a sus hijos realizar lo recomendado por la OMS, ya que no les permite inscribirlos a los equipos y academias que les gustaría, y según ellos es la razón por la que sus hijos no cumplen con lo señalado:

“(…) no puedo inscribir a mis dos hijos al fútbol, ahorita solo va el grande y cuando va, su hermanito quiere quedarse, pero no puedo pagarle al otro su colegiatura” (madre de familia).

“(…) mi hija iba a una academia de danza cerca de la casa, pero en que subieron los precios la deje de llevar, entonces por eso no hace ejercicio en las tardes” (madre de familia).

La tecnología también formó parte de las respuestas negativas de los padres, ya que algunos comentaron que por más que les insisten a sus hijos realizar algún tipo de actividad física, están más involucrados en juegos electrónicos o en actividades dentro del hogar que no requieren desgaste físico; al igual que un padre mencionó que su hijo no le gusta jugar fútbol por más que prácticamente lo obliguen a ir con ellos(sus familiares) al parque, por lo que es importante ayudar a identificar diferentes disciplinas deportivas que puedan interesarle a los estudiantes, así como alternativas económicas y que puedan realizar en el hogar para mantenerse activos y con esto evitar el pensamiento de que la actividad física exclusivamente pertenece a quien puede pagarla o tiene que ser en un parque o en algún campo específico.

#### ***2.4.1.5 Conclusiones del diagnóstico cualitativo***

Se pueden concluir en forma general, que los padres perciben a sus hijos con un estado nutricional normal y que se identifican como influencia de las decisiones tanto de alimentación como de activación de sus hijos por lo que es necesario utilizar modelos y utilizar las percepciones, expectativas y conductas de los padres o tutores (Rodríguez et al., 2012).

También se encontró que algunos de los padres consideran las prácticas deportivas como costosas o como ellos mismos señalaron, que no la realizan sus hijos por falta de tiempo de ellos para llevarlos a algún lugar que les permita activarse de manera adecuada, esto se pudo comprobar en la pobre realización de actividad física reportada por los estudiantes y la falta de conocimiento por parte de los padres de cuanto se necesita realizar o incluso la propia definición de actividad física o deporte, lo que puede llevar a malinterpretar muchas veces por las propias creencias de los mismos padres sobre que deberían hacer sus hijos, lo que obstaculiza el moldeamiento por parte del ejemplo de los padres, algo que se ha demostrado como una influencia importante para la activación de los hijos (Moral Moreno, 2017; Vallejo, 2014).

De acuerdo a lo encontrado en las sesiones con los padres, no les agrada los alimentos que tienen disponibles sus hijos en la escuela, y señalan algunos como los causantes de que sus hijos no coman apropiadamente, ellos consideran que en sus casas sus hijos consumen lo adecuado de acuerdo a sus creencias y cultura, por lo que es importante en este sentido, abordar la alimentación desde una perspectiva sociocultural lo que implicará adentrarnos en las costumbres, comportamientos, prácticas, representaciones y significados alimentarios (Pérez-gil Romo, 2009) aunque en ocasiones lleguen a chocar con la perspectiva de alimentación saludable.

#### **1.3.2. 2.4.2 Análisis cuantitativo.**

Para la fase de diagnóstico se contó con dos grupos de participantes: estudiantes y tutores (integrados por papás y mamás de los mismos niños y niñas). A continuación (Tabla 5) se presentan los datos generales de la muestra de tutores participantes.

Tabla 5.  
Características Generales de la Muestra de Padres.

	N	%
<b>Edad (años)</b>		
<30	1	4%
30-40	13	50%
40+	12	46%
<b>Sexo</b>		
Femenino	21	81%
Masculino	5	19%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	15	58%
Divorciado(a)	3	12%
Soltero(a)	7	27%
Viudo(a)	1	4%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	4	15%
Secundaria	7	27%
Preparatoria	7	27%
Carrera técnica	2	8%
Licenciatura	6	23%
<b>Acompañamiento en el hogar</b>		
Familiares, pareja e hijos	4	15%
Solo con hijos	9	35%
Pareja e hijos	13	50%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	10	38%
Empleado(a)	16	62%

Es importante destacar que la mayoría de los padres y madres participantes son mayores de 30 años (representando el 96% del total) considerando que sus hijos e hijas están cursando actualmente el 5° grado de educación primaria, por lo tanto, podemos considerar que no se trata de tutores muy jóvenes. Sin embargo, también podemos observar que son más las mamás que fungen como responsables de sus hijos ante la escuela (81%).

En cuanto al estado civil de los padres y madres, a pesar de que 11 participantes manifestaron ser divorciados, solteros o viudos cuando se les preguntó sobre con quienes viven solo 9 participantes indicaron vivir solos con sus hijos, lo que nos lleva a suponer que

hay otras personas en casa ya sea familiares extensos o una nueva pareja que también podrían influir en la educación de los niños.

Con respecto al grupo de niños y niñas participantes se contó con 30 alumnos de 5° grado de educación primaria que como observamos en la Tabla 6 tienen edades similares entre 10 y 11 años la mayoría (97%), así como es casi equitativo la cantidad de niños y niñas en el aula teniendo un 57% frente a un 47% respectivamente.

Tabla 6.  
Características Generales de la Muestra de Estudiantes.

	N (30)	%
<b>Edad (años)</b>		
10	15	50%
11	14	47%
12	1	3%
<b>Sexo</b>		
Femenino	13	43%
Masculino	17	57%
<b>Estado nutricional</b>		
Normopeso	20	67%
Sobrepeso	6	20%
Obesidad	4	13%

Como parte del diagnóstico cuantitativo se aplicó a los padres diversos cuestionarios entre estos, el Child Feeding Questionnaire (CFQ), de acuerdo con los datos mostrados en la Tabla 7 los participantes reportan puntajes altos en los factores Monitoreo, Preocupación por el peso del niño y Responsabilidad percibida. Mientras que el factor Peso percibido por el niño se encuentra en la media teórica esto indica que las madres perciben a sus hijos con un peso normal, en cuanto al factor Restricción como método de disciplina se encuentra ligeramente por debajo de la media teórica, indicando que es una práctica medianamente utilizada por los padres.

Tabla 7.  
Puntuación Total del CFQ<sup>a</sup> por Factores en Padres Yucatecos.

Factor	Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar DE	Reactivos
Peso percibido del niño	3.09	0.31	5
Monitoreo	4.06	0.90	3
Presión para comer	3.26	1.08	4
Peso percibido por padre/madre	3.25	0.3	4
Restricción	3.47	1.27	3
Restricción como método de disciplina	2.79	1.12	3
Preocupación por peso del niño	4.25	0.89	3
Responsabilidad percibida	4.33	0.57	3

Nota: <sup>a</sup> Child Feeding Questionnaire

Sin embargo, si consideramos las respuestas con el estado nutricional de los niños y niñas podemos observar (Tabla 8) que algunos factores presentan variaciones. En el caso del monitoreo el cual evalúa la medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos, indica que los padres con niños con diagnóstico de obesidad vigilan menos los alimentos que ingieren sus hijos en comparación con los padres con hijos con sobrepeso u normopeso, sin embargo, ocurre lo contrario en el factor restricción.

De igual manera si observamos el factor de preocupación por el peso del niño, que hace referencia a la preocupación de los padres acerca del riesgo de su niño de tener sobrepeso, los padres participantes con hijos en estado nutricional de obesidad salieron más alto en la media 4.89 frente a 4.44 (sobrepeso) y 4.08 (normopeso), por lo que podríamos inferir que en este sentido que los padres en general se encuentran con una media alta en este factor, y los padres con hijos en obesidad se encuentran ligeramente más preocupados por el peso de sus hijos, esto es interesante de mostrar debido a que previamente en el factor de peso percibido de los hijos la media de los padres con niños en obesidad fue muy cercano a la

normalidad (3.4) lo que demostraría que los padres si identifican a sus hijos con algún riesgo o condición de peso elevado.

Tabla 8.  
Puntuación Media por Factores del CFQ<sup>a</sup> Según el Estado Nutricional del Hijo(a).

Factor	Estado Nutricional		
	Normopeso $\bar{x} \pm DE$	Sobrepeso $\bar{x} \pm DE$	Obesidad $\bar{x} \pm DE$
Peso percibido del niño	2.95 ± 0.15	3.33 ± 0.41	3.40 ± 0.40
Monitoreo	4.16 ± 0.84	4.28 ± 0.80	3.11 ± 1.17
Presión para comer	3.43 ± 1.04	2.96 ± 0.98	3.00 ± 1.73
Peso percibido por padre/madre	3.13 ± 0.25	3.46 ± 0.19	3.50 ± 0.43
Restricción	3.57 ± 1.27	2.78 ± 1.31	4.33 ± 0.67
Restricción como método de disciplina	2.96 ± 1.24	2.61 ± 1.04	2.22 ± 0.19
Preocupación por peso del niño	4.08 ± 1.04	4.44 ± 0.40	4.89 ± 0.19
Responsabilidad percibida	4.39 ± 0.58	4.17 ± 0.59	4.33 ± 0.67

Nota: <sup>a</sup> Child Feeding Questionnaire

El cuestionario de conducta alimentaria (CEBQ) aborda el tema de la conducta alimentaria y como esta juega un papel muy importante en la malnutrición debido a la relación del ser humano con los alimentos, a través de su propia experiencia con la comida, la familia y la cultura, donde las madres juegan un papel muy importante en esta conducta (Encina V et al., 2019).

En la Tabla 9 del total de la muestra se observó un mayor puntaje promedio en la dimensión proingesta en: disfrute de los alimentos ( $3.7 \pm 0.8$ ) condición asociada positivamente al deseo de comer y en deseo de beber ( $3.3 \pm 1.1$ ), correspondiente a la tendencia a beber bebidas azucaradas. En la dimensión antiingesta: irritabilidad a los alimentos ( $3.1 \pm 0.7$ ) relacionada a la limitación de alimentos aceptados y respuesta a la saciedad ( $2.8 \pm 0.5$ ), asociada a la disminución de hambre.

Tabla 9.  
Puntuación Media de las Subdimensiones de Proingesta y Antiingesta del CEBQ<sup>a</sup>

Dimensión	Subdimensión	$\bar{x} \pm DE$	Reactivos
Proingesta	Disfrute de los alimentos	$3.7 \pm 0.8$	4
	Respuesta a la comida	$2.6 \pm 1.1$	5
	Comer emocional	$2.0 \pm 0.9$	4
	Deseo de consumir líquidos	$3.3 \pm 1.1$	3
Antiingesta	Comer lento	$2.5 \pm 0.6$	4
	Respuesta a la saciedad	$2.8 \pm 0.5$	5
	Baja ingesta emocional	$2.2 \pm 0.9$	4
	Irritabilidad a los alimentos	$3.1 \pm 0.7$	6

Nota: <sup>a</sup> Child Eating Behaviour Questionnaire

Al comparar los resultados de ambas dimensiones de acuerdo con los estados nutricionales de los niños y niñas participantes (Tabla 10) encontramos que las cifras obtenidas varían según la subdimensión.

En el caso de la subdimensión de comer emocional que hace referencia a la tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos, observamos que hay una diferencia considerable entre los participantes con normopeso ( $1.88 \pm 0.58$ ) y los que presentaron obesidad ( $3.33 \pm 1.53$ ) lo que indicaría que los padres de niños con obesidad identifican este tipo de comportamiento con mayor frecuencia en sus hijos y como área de oportunidad. De igual manera, este grupo de padres obtuvieron como puntaje más alto ( $4.67 \pm 0.33$ ) el Deseo de consumir líquidos, este puntaje fue superior al obtenido en la media general ( $3.3 \pm 1.1$ ) que se presenta en la Tabla 10. Esto nos indicaría que ya perciben a sus hijos con una tendencia elevada al consumo de productos azucarados para beber.

En el caso de la dimensión de antiingesta las medidas obtenidas son relativamente similares entre los diferentes grupos de estados nutricionales, solo la subdimensión de

irritabilidad a los alimentos presentó una media más alta en los niños con obesidad ( $3.44 \pm 0.25$ ) en comparación con la media general ( $3.1 \pm 0.7$ ) presentada en la tabla 10.

Tabla 10.  
Comparación de los Puntajes Promedios de las Subdimensiones del CEBQa Según Estado Nutricional.

Dimensión	Subdimensión	Estado Nutricional		
		Normopeso $\bar{x} \pm DE$	Sobrepeso $\bar{x} \pm DE$	Obesidad $\bar{x} \pm DE$
	Respuesta a la comida	$2.87 \pm 0.57$	$2.2 \pm 0.80$	$3.67 \pm 1.47$
	Comer emocional	$1.88 \pm 0.58$	$1.71 \pm 0.70$	$3.33 \pm 1.53$
	Deseo de consumir líquidos	$3.14 \pm 1.06$	$3.11 \pm 1.17$	$4.67 \pm 0.33$
Antiingesta	Comer lento	$2.59 \pm 0.57$	$2.46 \pm 0.83$	$2.25 \pm 0.25$
	Respuesta a la saciedad	$2.87 \pm 0.57$	$2.63 \pm 0.63$	$2.80 \pm 0.35$
	Baja ingesta emocional	$2.12 \pm 0.80$	$2.21 \pm 1.19$	$2.58 \pm 0.80$
	Irritabilidad a los alimentos	$3.25 \pm 0.67$	$2.47 \pm 0.51$	$3.44 \pm 0.25$

Nota: <sup>a</sup>Child Eating Behaviour Questionnaire

En cuanto al diagnóstico realizado a los estudiantes se les preguntó sobre si realizaban como mínimo 60 minutos de actividad física diaria señalados en la tabla 11, de los cuales el 43% (13) señalaron que sí y el 57% (17) contestaron no realizar esa cantidad de actividad física, además si se analizan estos niños de acuerdo con su estado de nutrición, se encuentra el 100% (4) de niños con obesidad y el 67% (4) de niños con sobrepeso.

Tabla 11.  
Comparación de Medias entre Factores del PCPa en el Consumo de Frutas, Según Estado Nutricional en Niños Yucatecos.

Realizan actividad física recomendada por la OMS	General	Estado Nutricional		
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
SI	13 (43%)	11 (55%)	2 (33%)	0 (0%)

NO	17 (57%)	9 (45%)	4 (67%)	4 (100%)
----	-------------	---------	---------	----------

---

Nota: \*Pro Children Project Questionnaire

Dentro de los cuestionarios realizados a los estudiantes se encuentra el Pro Children Project, para la evaluación de factores psicosociales relacionados con el consumo de frutas y verduras que tienen los niños y niñas participantes en esta investigación, agrupando los resultados de acuerdo con su estado nutricional tanto en el consumo de frutas como en el de verduras. En el caso del consumo de frutas (Tabla 12) se observó un mayor puntaje promedio en los factores: preferencias ( $1.9 \pm 0.75$ ) asociado positivamente a determinantes sociales y ambientales, como el estímulo y el acceso, así como en el factor autoconsumo ( $1.6 \pm 0.56$ ), correspondiente a las actitudes y gustos, así como a la autoeficacia para el consumo de las frutas lo que nos indica que los estudiantes les agrada el consumo de fruta y se consideran en general capaces de consumirlas. También, señalan tener un mejor acceso en el hogar ( $2.2 \pm 0.83$ ) a comparación de la escuela ( $3.3 \pm 0.56$ ) esto último se podría relacionar con lo señalado por los padres de familia durante las sesiones con la inconformidad de alimentos que venden en la escuela.

En cuanto al factor de percepción de barreras, los estudiantes obtuvieron un promedio por encima de la media ( $4.0 \pm 0.92$ ) lo que significa que no perciben barreras en el consumo de frutas como factor personal determinante, es decir, se consideran capaces de ingerir la fruta independientemente de situaciones que obstaculicen su consumo.

Es interesante señalar en el factor IV modelamiento que los estudiantes se encontraron con una media general ( $2.5 \pm 0.99$ ) menor a la media teórica, lo cual significa que los padres les dan un ejemplo con su comportamiento, es importante esto ya que en la infancia, son los padres (principalmente la madre) los responsables de la transmisión a los hijos de unas pautas alimentarias saludables y que pueden prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación, como la obesidad (González Jiménez et al., 2012).

Tabla 12.  
Comparación de Medias entre Factores del PCPa en el Consumo de Frutas, Según Estado Nutricional en Niños Yucatecos.

General	Estado Nutricional			
	General	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$
Factor I Accesibilidad hogar	2.2 ± 0.83	2.4 ± 0.93	2.4 ± 0.52	1.7 ± 0.37
Factor II Preferencias	1.9 ± 0.75	2.0 ± 0.76	1.8 ± 0.82	2.2 ± 0.63
Factor III Habilidades	2.0 ± 0.59	2.1 ± 0.63	2.1 ± 0.65	2.0 ± 0.44
Factor IV Modelamiento	2.5 ± 0.99	2.7 ± 1.07	2.2 ± 0.95	2.1 ± 0.25
Factor V Accesibilidad escuela	3.3 ± 1.26	3.3 ± 1.29	3.0 ± 1.4	4.0 ± 0.82
Factor VI Percepción de barreras	4.0 ± 0.92	3.9 ± 0.92	3.8 ± 1.28	4.1 ± 0.31
Factor VII Autoconsumo	1.6 ± 0.56	1.8 ± 0.65	1.5 ± 0.25	1.6 ± 0.31

Nota: \*Pro Children Project Questionnaire

Con respecto al consumo de verduras (Tabla 13) podemos observar que los alumnos participantes con un estado nutricional de obesidad señalan el tener más accesibilidad en el hogar ( $1.6 \pm 0.22$ ) a este tipo de alimentos en comparación con los niños con normopeso ( $2.4 \pm 1.01$ ) y sobrepeso ( $2.4 \pm 0.51$ ). En el factor de modelamiento niños con diagnóstico de obesidad presentaron una media ( $1.9 \pm 0.85$ ) lo que significa que perciben el consumo de vegetales por parte de sus padres, ligeramente más elevado a lo encontrado en niños con sobrepeso ( $2.5 \pm 1.2$ ) o con normopeso ( $2.3 \pm 1.08$ ) las medias en general de este factor salieron bajas, cercano a lo adecuado de acuerdo con las recomendaciones de consumo de vegetales.

Tabla 13.  
Comparación de Medias entre Factores del PCPa en el Consumo de Verduras, según Estado Nutricional en Niños Yucatecos.

General	Estado Nutricional			
	General	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$

Factor I Accesibilidad hogar	2.2 ± 0.89	2.4 ± 1.01	2.4 ± 0.51	1.6 ± 0.22
Factor II Preferencias	2.4 ± 0.87	2.5 ± 0.90	2.5 ± 0.80	2.6 ± 0.99
Factor III Habilidades	1.9 ± 0.69	2.0 ± 0.74	2.1 ± 0.45	2.2 ± 0.86
Factor IV Modelamiento	2.2 ± 1.06	2.3 ± 1.08	2.5 ± 1.20	1.9 ± 0.85
Factor V Accesibilidad escuela	3.6 ± 1.15	3.4 ± 1.24	3.9 ± 0.91	3.8 ± 1.00
Factor VI Percepción de barreras	4.0 ± 0.96	4.0 ± 0.90	3.8 ± 1.39	3.9 ± 0.69
Factor VII Autoconsumo	1.7 ± 0.61	1.8 ± 0.68	1.9 ± 0.52	1.6 ± 0.32

Nota: <sup>a</sup> Pro Children Project Questionnaire

Al comparar los resultados obtenidos con respecto a la autoeficacia para el consumo de frutas y verduras en los alumnos participantes, en la Tabla 14 podemos observar que las niñas ( $1.5 \pm 0.75$ ) salieron con puntuaciones ligeramente más altas que los niños del grupo ( $1.9 \pm 0.87$ ) participante tanto en frutas y en verduras, sin embargo, ambos grupos se encontraron por encima de la media teórica. En el caso particular de los niños existe una diferencia entre la autoeficacia para el consumo de frutas ( $1.79 \pm 0.79$ ) la cual fue más alta en comparación con la auto eficacia para el consumo de verduras ( $2.03 \pm 0.94$ ) lo cual se explicaría por la preferencia en el consumo de alimentos dulces

Es importante destacar que de igual manera todos los grupos de estados nutricionales salieron con puntuaciones altas en autoeficacia en el consumo tanto de frutas como verduras, por lo que no se encontró una diferencia significativa entre los niños con normopeso y aquellos niños con sobrepeso u obesidad. Sin embargo, es importante considerar el factor de la deseabilidad social para entender un poco mejor por qué no se presentan estas diferencias, a pesar de que los niños reportan un autoconsumo alto y autoeficacia por encima de la media en el consumo de frutas y verduras, será importante identificar si realmente consumen estos alimentos.

Tabla 14.  
Comparación de Medias de Autoeficacia Para el Consumo de Frutas y Verduras del PCPa, Según Estado Nutricional y Sexo en Niños Yucatecos.

	General $\bar{x} \pm DE$	Autoeficacia para el consumo de frutas $\bar{x} \pm DE$	Autoeficacia para el consumo de verduras $\bar{x} \pm DE$
<b>Totales</b>	1.6 ± 0.83	1.5 ± 0.78	1.7 ± 0.88
Niños	1.9 ± 0.87	1.79 ± 0.79	2.03 ± 0.94
Niñas	1.5 ± 0.75	1.38 ± 0.74	1.58 ± 0.76
<b>Estado nutricional</b>			
Normopeso	1.7 ± 0.89	1.7 ± 0.89	1.8 ± 0.89
Sobrepeso	1.6 ± 0.66	1.5 ± 0.63	1.6 ± 0.66
Obesidad	1.8 ± 0.86	1.5 ± 0.41	1.8 ± 0.86

Nota: <sup>a</sup> Pro Children Project Questionnaire  
N:30 estudiantes (13 niñas, 17 niños)

De acuerdo con el Inventario de autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso (IAAFASCP) que mide variables de autoeficacia en realización de actividad física, evitar alimentos de bajo aporte saludable y eliminación del comer emocional, podemos observar en la tabla 15 la comparación de puntuaciones totales registrados en el inventario, donde la media teórica se registra entre los 90 puntos, el 36.7%(11) de los alumnos que respondieron el examen se encuentran muy cerca de la media teórica de autoeficacia, el 43%(13) resulto por encima de la media, lo que nos señala niños con alta autoeficacia y el 20%(6) se encontró con autoeficacia baja.

De estos resultados se puede señalar que el 53% (7) de las niñas que participaron resultaron con autoeficacia alta general y solamente el 35% (6) de los varones, en el caso de autoeficacia baja tanto en niñas (23%) como en varones (17%) se registraron 3 estudiantes (6 en total). Al comparar la autoeficacia con el estado nutricional, que en el caso de niños con normopeso el 85% (17) y el 83.3% (5) con sobrepeso se encuentran con una autoeficacia normal o alta, en cuanto a los niños con obesidad el 50% (2) se registró con una autoeficacia baja,

Tabla 15.  
Comparación de Puntajes Totales del IAAFASCPa, Según su Estado Nutricional y Sexo en Estudiantes Yucatecos.

	Totales (%)	<80(%)	80-100(%)	>100(%)
<b>Totales</b>	30 (100%)	6 (20%)	11 (36.7%)	13 (43.3%)
Niños	17 (56%)	3 (17.6%)	8 (47.1%)	6 (35.3%)
Niñas	13 (43.3%)	3 (23.1%)	3 (23.1%)	7 (53.8%)
<b>Estado nutricional</b>				
Normopeso	20 (66.7%)	3 (15%)	8 (40%)	9 (45%)
Sobrepeso	6 (20%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50%)
Obesidad	4 (13.3%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)

Nota: N:30 estudiantes (13 niñas, 17 niños)

<sup>a</sup> Inventario de autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso

Finalmente se compararon los niveles de autoeficacia mencionados anteriormente con el estado nutricional de los niños y niñas participantes (Tabla 16), en general, las medias de autoeficacia para cada factor se encontraron en la media teórica, sin embargo, al analizarlos por su estado nutricional, se puede observar que aquellos alumnos que presentan diagnóstico de obesidad salieron por debajo de la media teórica tanto en Autoeficacia hacia la actividad física ( $2.96 \pm 0.55$ ) como en la Autoeficacia para evitar alimentos con bajo aporte nutrimental ( $2.50 \pm 0.61$ ) siendo esta última, la media más baja registrada por los grupos según su estado nutricional.

Cabe resaltar que en el factor de la autoeficacia para el control del comer emocional que nos indica el control que tienen para dejar de comer cuando se encuentran molestos o tristes, fueron los niños que presentan normopeso los que puntuaron más bajo (2.98) incluso por debajo de la media general (3.09), lo que es un factor para considerar durante la intervención.

Tabla 16.  
Comparación de Medias en Factores del Inventario de Autoeficacia para actividad física, Alimentación Saludable y Control de Peso Según el Estado Nutricional de Estudiantes Yucatecos.

Factor	Estado Nutricional			
	General	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad

	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$
Factor I				
Autoeficacia hacia la actividad física	3.29 ± 0.59	3.33 ± 0.61	3.39 ± 0.56	2.96 ± 0.55
Factor II				
Autoeficacia para evitar alimentos con bajo aporte nutricional.	3.10 ± 0.61	3.19 ± 0.56	3.20 ± 0.64	2.50 ± 0.61
Factor III				
Autoeficacia para el control del comer emocional	3.09 ± 0.70	2.98 ± 0.74	3.38 ± 0.63	3.25 ± 0.54

#### **2.4.2.1 Conclusiones del diagnóstico cuantitativo**

Uno de los aspectos importantes a resaltar es el nivel de escolaridad de los padres puesto que solo el 31% de los tutores participantes cuenta con una preparación técnica o licenciatura, según lo reportado en México, a mayor escolaridad, se ve incrementado el porcentaje de la población que realiza actividad física (INEGI, 2019), de igual manera, un estudio realizado en el 2011 se midió el peso de escolares con sus capacidades intelectuales, se encontró una relación entre la baja escolaridad de la madre y el elevado IMC del hijo con la deserción y el abandono escolar (Aguilera & Quintana, 2011).

En cuanto al estado nutricional de los participantes es destacable que el 67% se encuentre en normopeso de acuerdo al indicador IMC para la edad, obtenido de las curvas de crecimiento de la OMS, sin embargo, el 20% ya presenta sobrepeso y un 13% ya es considerado en los índices de obesidad, lo que prende un foco de atención importante sobre todo por la edad que tienen estos niños y niñas, en comparación con la población mexicana entre 5 y 11 años la ENSANUT reporta que el 37.9% se encuentra con índices de sobrepeso(18.9%) y obesidad (19.5%) (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI, 2018).

Los resultados del monitoreo del factor restricción, el cual evalúa la medida en la cual los padres restringen el acceso a la comida a sus hijos(as), se pudo apreciar que los padres de niños con obesidad restringen “casi siempre” los alimentos que consumen sus hijos. Un estudio en el 2008 asocia la “restricción cognitiva” (tendencia a limitar la ingesta de alimentos para control del peso) de padres hacia los hijos con el sobrepeso y obesidad en niños entre 7 y 12 años (Domínguez-Vázquez et al., 2008).

Es importante señalar que el modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos tales como señala la antiingesta se encuentran fuertemente condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar, puesto que es en este período cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias (González Jiménez et al., 2012) por lo que es sumamente importante trabajar este apartado con los padres.

Cuando se indagó sobre la realización de actividad física, más de la mitad de los alumnos participantes señaló no realizarla de ningún tipo, incluidos todos los estudiantes con sobrepeso y obesidad, de acuerdo a la organización mundial de la salud, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias, esto con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, por lo que recomienda realizar en este grupo etario mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa (OMS, 2019).

Es importante trabajar con los niveles de autoeficacia registrados para incrementar las creencias de autoeficacia hacia hábitos y conductas saludables para la alimentación, específicamente disminuir alimentos con bajo aporte nutricional, aumentar la elección de alimentos saludables y la realización de actividad física, ya que la obesidad se define como el

aumento de peso corporal a expensas del tejido graso, provocado por un desequilibrio crónico entre la ingesta y el consumo de energía (González-Toche et al., 2017).

Por lo que el consumir alimentos de bajo aporte nutricional y en muchos casos altos en carbohidratos y energía o grasas saturadas aunado a la falta de realización de actividad física ya que como se presentó en la tabla 7, el 100% (4) de los niños con obesidad respondieron no realizar la actividad física mínima recomendada por la OMS, en cuanto a los niños con sobrepeso, la media de autoeficacia para actividad física se encontró en 3.39, ligeramente por arriba de la media teórica, sin embargo, contrastando con la tabla 7, el 67% (4) de estos niños no realiza la actividad física recomendada, por lo que se puede entender que en ambos grupos se pueden sentir capaces de realizarla pero la gran mayoría no lo hace. De igual manera, se pudo conocer que los estudiantes se consideran capaces de realizar actividad física independientemente de su estado nutricional, diferentes hallazgos indican que la autoeficacia funciona como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente, aquellos estudiantes con mayores niveles de autoeficacia se comprometerán con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (Jauregui Ulloa et al., 2013).

En el apartado nutricional, se encontraron resultados de autoeficacia alta para el consumo de frutas y verduras, así como para evitar el consumo de alimentos con bajo aporte nutrimental, es importante identificar si los niños realizan las acciones sobre alimentación adecuada o solamente se consideran capaces de realizarlas, así como en otros estudios se ha encontrado una elevada autoeficacia relacionada también al tipo de instrumento, preguntas que inducen alguna respuesta (Gómez-Peresmitré et al., 2019) o incluso la deseabilidad social al plasmar sus respuestas.

### **3. Programa de Intervención**

#### **3.1 Introducción**

De acuerdo con los resultados del diagnóstico realizado a los alumnos y padres de familia, donde se determinó diseñar una propuesta de intervención enfocada a trabajar con escolares y con sus padres estrategias para mejorar los hábitos saludables; la realización de actividad física, así como alimentación adecuada, con el fin de prevenir (o tratar) el sobrepeso y la obesidad para ello se usará como base la teoría del comportamiento planeado.

##### **3.1.1 Objetivo general**

Brindar herramientas y estrategias a padres y estudiantes que promuevan la realización de conductas saludables para la alimentación y actividad física a través de la mejora o mantenimiento de su autoeficacia.

##### **3.1.2 Objetivos específicos:**

- Transmitir conocimientos con relación a la nutrición y actividad física a padres y estudiantes.
- Promover la alimentación saludable y la práctica de actividad física en los estudiantes.
- Promover un estilo de vida activo.
- Reforzar el consumo de agua en estudiantes.
- Promover el consumo y promoción de colaciones escolares saludables.
- Determinar si una intervención en conjunto con padres mejora la autoeficacia hacia realizar conductas saludables.

### 3.1.3 Metas.

Para cumplir con los objetivos establecidos se consideran las siguientes metas con sus respectivos indicadores de evaluación.

Tabla 17.  
Metas e Indicadores de Evaluación

Metas	Indicadores
Realizar el 100% de las sesiones programadas.	Bitácoras de trabajo.
Contar con la participación del 100% de los alumnos pertenecientes al grupo escolar.	Registros de asistencia.
Que el 80% de los participantes cuenten con conocimientos en relación con la alimentación y ejercicio vistos en el programa.	Tareas de sesiones.
Que el 100% de padres que asistan a las sesiones conozcan por lo menos 2 colaciones saludables para llevar a la escuela.	Tareas de sesiones. Formatos de autorregistro.
Que el 85% de los estudiantes mejore o mantenga su autoeficacia hacia hábitos saludables.	Inventario de autoeficacia
Que el 90% de los estudiantes realice como mínimo las recomendaciones de actividad física propuestas por la OMS.	Formato de autorregistro.
Que el 90% de los estudiantes pongan en práctica en por lo menos 3 hábitos saludables de alimentación vistos en el programa.	Formato de autorregistro.

## 3.2 Planeación de la intervención

### 3.2.1 Localización física.

Se tiene contemplado utilizar las instalaciones con las que cuenta la escuela, estas instalaciones están integradas por un aula de medios (biblioteca), cancha deportiva y una zona de comedor con baños.

### 3.2.2 Determinación de recursos.

a) Humanos: Facilitador, personal de nutrición para temas de alimentación, personal de psicología para alimentación emocional.

b) Materiales: Hojas en blanco, plumas, copias, plumones, cartulinas, balones, conos, salón, hojas de foami, ingredientes para el concurso de cocina, alimentos para el taller de nutrición.

c) Materiales electrónicos: proyector, laptop, extensión, estos materiales serán provistos por la institución donde se llevará a cabo el programa, o por el facilitador de las sesiones, por lo que no se tomarán en cuenta al momento de presupuestar el programa.

### 3.2.3 Cálculo de costos.

Tabla 18.

Gastos del Programa de Intervención

Concepto	Precio unitario	Subtotal
Proyector	8,388.00	Se cuenta con él en el plantel
Impresiones 540	\$0.40 (540 unidades)	\$216
Hojas de foami 100 pzs	\$10 (10 unidades)	\$100
Hojas de colores 250 pzs	\$112 (paquete de 250)	\$250
Paquete de plumas (60 piezas)	\$62 (12 piezas)	\$310
Paquete de lápices	\$40 (por 5 unidades)	\$200
Paquete de plumones	\$125	\$125
Cartulinas 30	\$76 (por 10 piezas)	\$219
Paquete de 500 hojas en blanco	\$37(por 100 piezas)	\$185
Ingredientes para concurso	\$500 aprox	\$500
Alimentos para taller	\$500	\$500
Conos de plástico	\$350 (10 piezas)	\$350
Silicón liquido 600 ml	\$52 (por 200 ml)	\$156

---

### **3.2.4 Consideraciones éticas**

El espacio es importante para poder llevar a cabo las sesiones, esto manteniendo la seguridad de los participantes, así como propiciar un ambiente adecuado para los temas. Al trabajar con menores de edad, todas las actividades serán realizadas en la escuela y en compañía de su responsable directo.

Consentimiento informado: Como los participantes son menores de edad, es importante la aceptación por parte de su tutor legal indicando que participan voluntariamente en el presente estudio, así como puntualizar que los datos obtenidos serán exclusivamente con fines del programa de intervención. Este consentimiento deberá ser firmado antes de iniciar con el programa de intervención, sin excepción alguna.

## **3.3 Implementación de la intervención**

### **3.2.5 Denominación del proyecto.**

Programa de prevención del sobrepeso y obesidad en jóvenes yucatecos mediante autoeficacia a la realización de conductas saludables.

### **3.2.6 Finalidad del proyecto.**

Con base en lo encontrado en el diagnóstico se elaboró un programa de trabajo de aproximadamente 10 semanas, basado en la teoría del comportamiento planeado, con el fin de tener un impacto en la conducta de los jóvenes mediante el trabajo en conjunto con sus padres.

Se espera que los padres e hijos prevengan el sobrepeso y la obesidad infantil mediante cambios en el estilo de vida a través de la alimentación saludable y la ejecución de actividad física a través de incorporar nuevas actitudes e identificación de creencias que

generan barreras en las conductas saludables, es decir, lo que se pretende es modificar las creencias previas sobre la actividad física y alimentación saludable a través del reforzamiento de la norma subjetiva y el modelamiento de los padres.

### **3.2.7 Beneficiarios.**

Directos: Estudiantes del grupo escolar participante. Los estudiantes recibirán conocimientos y estrategias para mejorar o mantener su autoeficacia para un estilo de vida saludable evitando problemas de salud y mejorando su calidad de vida. Padres de familia participantes.

Indirectos: Familiares directos de los estudiantes, padres de familia que no participen en las sesiones, así como la escuela participante. Al tener un mejor conocimiento en temas de alimentación y actividad física los estudiantes, evitarán problemas que puedan comprometer su salud y su desempeño académico.

### **3.2.8 Productos.**

1. Recetario de colaciones saludables: Cuadernillo donde los padres participantes anotarán las diferentes preparaciones de alimentos que se componen de las recomendaciones nutricionales vistas en las sesiones. Este cuadernillo se les dará a todos los alumnos participantes a la finalización del programa.
2. Formatos de evaluación: Formatos para que el estudiante se pueda autoevaluar y ser evaluado durante la duración de la intervención.
3. Taller “estilo de vida saludable”: Dirigido a estudiantes y a los padres de familia del grupo donde se presentan los temas de salud física y alimentación.

### **3.2.9 Contenido.**

Basándose en la teoría del comportamiento planeado, se diseñó un programa de intervención de ocho sesiones con estudiantes y cuatro sesiones con padres de familia, dichas se encuentran de acuerdo con los objetivos del programa. En la primera sesión tanto para los estudiantes como para los padres será la “sesión inicial” cuyo objetivo será dar a conocer a los participantes el programa y su contenido de forma general, así como abordar las habilidades que servirán como base para el resto de la intervención.

En el caso de los padres, se les impartirán sesiones dedicadas a temáticas relacionadas con los hábitos saludables, en donde irán obteniendo herramientas para trabajar con sus hijos en sus hogares. En la segunda sesión, se abordará el tema de peso corporal y como se obtiene un adecuado diagnóstico nutricional, en la tercera sesión, se abordarán los temas de nutrición, tales como alimentación adecuada, mitos- creencias y cultura alimentaria, en la cuarta y última sesión se verán temas de actividad física, apoyo parental y colaciones saludables.

Con los estudiantes, durante la primera sesión se les pedirá organizar los equipos de trabajo con los que llevarán a cabo las actividades de las sesiones así como una introducción al tema de actividad física, en la segunda y tercera sesión se les impartirán temas de estado nutricional, posteriormente en la cuarta, quinta y sexta sesión, se abordarán temas de alimentación saludable y por último en la séptima y octava sesión serán exclusivamente sesiones en las que se impartirán temas de actividad física.

La sesión de cierre se hará en conjunto con los padres que participaron en el programa junto con los niños, donde las habilidades vistas en el taller serán evaluadas y se llevará a cabo un pequeño concurso de cocina.

Tabla 19.  
Contenido del Programa de Intervención

Grupo	Sesión	Nombre de la sesión	Objetivo:
	Evaluación inicial para alumnos		
	Sesión 1	Autoeficacia, objetivos y metas ¿Cómo me ayudan?	Los participantes identifican sus propias capacidades y recursos para organización y ejecución de objetivos y metas.
	Sesión 2	¿Qué es el estado de nutrición?	Los participantes comprenden cuál es el estado nutricional de México y el diagnóstico antropométrico de sus hijos para desarrollar actitudes que favorezcan las conductas saludables.
padres	Sesión 3	Alimentación saludable y cultura alimentaria ¿Cómo comen nuestros hijos?	Los participantes reflexionan sobre cómo los hábitos de alimentación saludables pueden ser accesibles y ricos e incorporarlos en sus prácticas tradicionales de alimentación.
	Sesión 4	Alimentación saludable y ejercicio físico ¿Cómo apoyo a mi hijo?	Los participantes identifican qué tipo de activación se recomienda que realicen sus hijos, y cómo ellos pueden acompañar y proporcionar esta activación.
	Sesión 1	Autoeficacia, objetivos y metas ¿Cómo me ayudan en la activación?	Los participantes identifican sus propias capacidades y recursos para organización y ejecución de objetivos y metas hacia la actividad física.
	Sesión 2	¿Qué es el estado nutricional?	Los estudiantes conocen el estado nutricional actual, comprendiendo la importancia de mantener un estado nutricional adecuado y qué beneficios les aporta para su rendimiento, estilo de vida y salud.

	Sesión 3	Estado nutricional ¿qué otros elementos lo componen?	Los estudiantes identifican como la relación del peso para la estatura y el consumo de agua influyen en el estado nutricional.
alumnos	Sesión 4	Alimentación adecuada y el comer emocional ¿Qué debo y qué necesito consumir?	Los participantes identifican el comer emocional, estrategias para su manejo y recomendaciones de alimentación saludable, cómo adaptarlas a su contexto y promoverlas con sus pares.
	Sesión 5	Lunch escolar y comida chatarra	Los participantes incorporan algunas recomendaciones de lunch escolar e identificarán que les proporcionan los alimentos de bajo aporte nutricional.
	Sesión 6	¿Qué ejercicios puedo realizar para ser activo?	Los estudiantes identifican algunos ejercicios que pueden realizar en casa para mantenerse activos y qué beneficios les aporta en su crecimiento y desarrollo.
	Sesión 7	¿Qué deportes tengo cerca de mí?	Los participantes exploran qué opciones accesibles y atractivas de activación tienen en su comunidad para poder incorporarlas como parte de sus hábitos saludables.
	Sesión 8	Deporte y desarrollo.	Los participantes evalúan sus logros y dificultades en la autoeficacia hacia la activación física y conocerán los beneficios de la realización de un deporte.

---

**Evaluación final**

Para este programa de intervención (Tabla 16) se ha considerado iniciar en el caso de los estudiantes con la autoeficacia y la actividad física, para posteriormente comprobar su desempeño al final de las 8 semanas; con los padres se trabajará principalmente la actitud hacia las conductas saludables, saber que opinan al respecto y cómo esto puede impactar el desempeño de sus hijos para adquirir nuevas conductas.

Finalmente se contempla dedicar las últimas sesiones a la práctica de los aprendizajes adquiridos tanto de nutrición como de actividad física por parte de los equipos de trabajo. Estas sesiones tendrán una evaluación inicial con el Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso el cual se realizará de igual manera a la finalización de las 8 sesiones de los alumnos.

A continuación, se presentan las sesiones propuestas de los estudiantes.

Sesión 1 (escolares)	
Autoeficacia, objetivos y metas	
¿Cómo me ayudan en la activación?	
Objetivo: Que los participantes identifiquen sus propias capacidades y recursos para organización y ejecución de objetivos y metas hacia la actividad física.	
Propósito: que los participantes identifiquen la autoeficacia y como esta se relaciona al planteamiento de objetivos, conocer las recomendaciones de la OMS para la realización de actividad física y plantearse objetivos de activación con base en la autoeficacia para las siguientes ocho semanas.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: Autoeficacia
Objetivos	Actividad
Establecer contacto inicial con el grupo.	<b>Actividad:</b> Todos los participantes se pondrán en círculo y se irán pasando una manzana de peluche mientras responden a la pregunta “¿de qué soy capaz este curso escolar? Empezando con un ejemplo: “me siento capaz de aprobar todas mis materias”

Identificar la autoeficacia y como puede ayudar a llevar un estilo de vida activo	<b>Exposición dialogada:</b> Tema autoeficacia en la actividad física y planteamiento de objetivos Actividad física recomendada por la OMS
El participante practicará su autoeficacia a la actividad física.	<b>Actividad:</b> a cada participante se les brinda un formato de mes en donde deberán colocar una rutina vista en la sesión actividad física, un horario
identificar la importancia de objetivos y metas	<b>Exposición dialogada:</b> objetivos a corto, mediano y largo plazo. Diferencia con las Metas ¿Como los objetivos y las metas pueden beneficiar a nuestra familia?
Generar identidad en grupo, trabajar las normas subjetivas con los compañeros con los que más se identifican.	<b>Actividad:</b> Los participantes se dividirán en 3 equipos, crearán un nombre, un emblema para participar en las siguientes sesiones.
Compartir el conocimiento sobre las recomendaciones de la OMS	<b>Actividad para la casa:</b> Se les pedirá que en equipos ilustren la recomendación de la OMS en un cartel el cual será pegado en las instalaciones de la escuela.

Sesión 2 (escolares) ¿Qué es el estado nutricional?	
Objetivo: Que los estudiantes conozcan el estado nutricional actual, comprendan la importancia de mantener un estado nutricional adecuado y que beneficios les aporta para su rendimiento, estilo de vida y salud.	
Propósito: los estudiantes señalarán el estado nutricional que consideran tener, comprenderán la importancia de mantener un estado nutricional óptimo y como se relaciona con su salud y desarrollo, también conocerán las creencias de sus compañeros y que actitudes presentan hacia la importancia de pertenecer a un estado adecuado de nutrición.	

Duración: 45-60 minutos	Tema: Actitudes y creencias hacia el peso corporal.
Objetivos	Actividad
Que los participantes identifiquen y reporten su creencia hacia el peso corporal	<b>Actividad:</b> se les dará una hoja a todos los participantes con 3 siluetas, una persona en normopeso, sobrepeso y obesidad. Escribirán a un lado de la figura lo que opinan de esa silueta y señalarán en cual creen pertenecer.
Que los participantes reconozcan la importancia del estado nutricional y su relación con la alimentación y la actividad física.	<b>Exposición dialogada:</b> Estado nutricional y peso adecuado.
Identificar como retroalimentación de la sesión las creencias de sus compañeros con peso corporal	<b>Actividad:</b> se juntarán en sus respectivos equipos y enlistarán entre los miembros de cada equipo la importancia de tener un estado nutricional adecuado para el crecimiento y para su salud.

Sesión 3 (escolares)	
Estado nutricional ¿qué otros elementos lo componen?	
Objetivo: Que los estudiantes identificarán como la relación del peso para la estatura y el consumo de agua influyen en el estado nutricional.	
Propósito:	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: Actitudes y creencias hacia el IMC
Objetivos	Actividad
Que los participantes identifiquen que es el índice de masa corporal y como se interpreta	<b>Exposición dialogada:</b> Índice de masa corporal Hidratación adecuada.
Registrar el consumo de agua que consumen durante el día.	<b>Actividad:</b> se les entregará una hoja donde señalaran el consumo de agua que realizan durante las siguientes 5 semanas.
Obtener su índice de masa corporal y sus actitudes sobre su resultado.	<b>Actividad:</b> cada estudiante registrará en su bitácora su Índice de masa corporal y se le pedirá que escriban que opinan sobre sus resultados.

Identificar como retroalimentación de la sesión con su equipo.	<b>Actividad:</b> se juntarán en sus respectivos equipos y enlistarán entre los miembros de cada equipo sus resultados de IMC que obtuvieron en la sesión.
Ponerse de acuerdo entre equipo para llevar los materiales que necesiten para la siguiente sesión.	<b>Actividad:</b> Se les pedirá que lleven revistas, tijeras, pegamento y cartulinas para trabajar en equipo en la siguiente sesión.

<p>Sesión 4 (escolares)</p> <p>Alimentación adecuada y el comer emocional</p> <p>¿Qué debo y que necesito consumir?</p>	
Objetivo: Que los participantes identifiquen el comer emocional, estrategias para su manejo y recomendaciones de alimentación saludable, adaptarlas a su contexto y promuevan con sus pares.	
Propósito: se conocerán las creencias que tienen sobre alimentación saludable y se identificarán las características que debe cumplir una alimentación adecuada, también se incorporarán estas acciones a las recomendaciones que promoverán con sus compañeros en la escuela. Identificar el comer emocional e incorporar estrategias para su adecuado manejo.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: cultura alimentaria, creencias y actitudes hacia la alimentación
Objetivos	Actividad
Conocer las creencias de alimentación saludable	<b>Actividad:</b> Se les pedirá que reúnan en los equipos y realicen una lista de qué cosas consideran como “alimentarse saludablemente”
Identificar las características de una alimentación saludable	<b>Exposición dialogada:</b> Alimentación saludable.
Transmitir los conocimientos de alimentación saludable, organizar ideas.	<b>Actividad:</b> en los equipos; transmitirán ideas de alimentación saludable en una cartulina, la cual se pegará en la cooperativa escolar.

Los estudiantes identificarán si consumen alimentos de acuerdo con sus emociones.	<b>Exposición dialogada:</b> Se verán los temas: comer emocional. Respiración diafragmática. Estrategias para una el comer emocional.
Conocer el proceso de feedback de los participantes sobre la alimentación.	<b>Actividad:</b> en un grupo focal entre todo el grupo, se abordará el tema del comer emocional, experiencias y actitudes hacia esta conducta. Así como se les preguntará la importancia de una alimentación adecuada y como pueden compartirla en sus hogares, se anotarán en las bitácoras.
Ponerse de acuerdo entre equipo para llevar los materiales que necesiten para la siguiente sesión.	<b>Actividad:</b> Se les pedirá que lleven revistas, tijeras, pegamento, bolsas de Sabritas, galletas, etiquetas de refrescos, cacahuates y dulces vacías y cartulinas para trabajar en equipo en la siguiente sesión.

Sesión 5 (escolares) lunch escolar vs comida chatarra	
Objetivo: Que los participantes incorporen algunas recomendaciones de lunch escolar e identificar que les proporcionan los alimentos de bajo aporte nutricional (comida chatarra).	
Propósito: que los estudiantes identifiquen las actitudes hacia el consumo de alimentos chatarra, comprendan que les aportan y cuando podrían consumirlos, así como identificar que alimentos son adecuados para incorporar al lunch escolar y que beneficios les aportan durante el día.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: actitudes hacia la comida con bajo aporte nutricional
Objetivos	Actividad
identificar las actitudes hacia alimentos de bajo aporte nutricional.	<b>Actividad:</b> Se les mostrará una serie de alimentos de bajo aporte nutrimental (Sabritas, galletas, cacahuates

	<p>capeados, refrescos y jugos industrializados y dulces.</p> <p>Se les pedirá que señalen cuantos de esos alimentos consumieron durante la anterior semana y que consideran que les aportan estos alimentos.</p>
Identificar las características de los alimentos con bajo aporte nutrimental.	<p><b>Exposición dialogada:</b></p> <p>Alimentos chatarra ¿Qué nos aportan? ¿podemos comerlos? ¿Cuándo?</p>
Transmitir conocimientos sobre alimentos con bajo aporte nutrimental	<p><b>Actividad:</b> en los equipos; transmitirán el conocimiento de cuándo y cómo comer los alimentos con bajo aporte nutricional mediante recortes y sus envolturas que llevaron y se pegarán en la escuela.</p>
Los estudiantes identificarán que alimentos pueden llevar a la escuela como lunch saludable	<p><b>Exposición dialogada:</b></p> <p>Lunch escolar saludable</p>
Conocer el proceso de feedback de los participantes sobre el lunch escolar.	<p><b>Actividad:</b> los alumnos propondrán alimentos que pueden llevar a la escuela, los que cumplan con los requerimientos se anotarán en su bitácora.</p> <p>Se les preguntará sobre lo aprendido hoy.</p> <p>Se responderán preguntas.</p>
Ponerse de acuerdo entre equipo para llevar los materiales que necesiten para la siguiente sesión.	<p><b>Actividad:</b> Se les pedirá que lleven ropa deportiva para la siguiente sesión.</p>

<p>Sesión 6 (escolares)</p> <p>¿Qué ejercicios puedo realizar para ser activo?</p>
<p>Objetivo: Que los estudiantes identifiquen algunos ejercicios que pueden realizar en casa para mantenerse activos y que beneficios les aporta en su crecimiento y desarrollo.</p>
<p>Propósito: conocer las creencias y las normas subjetivas hacia la activación física, conocer cuáles son los beneficios de una vida activa, así como algunos ejemplos de</p>

actividades que pueden realizar en sus casas o el parque con el fin de incorporarlas a sus rutinas.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: actitudes hacia la actividad física, normas subjetivas.
Objetivos	Actividad
Conocer las actitudes hacia la actividad física.	<p><b>Actividad:</b></p> <p>En su bitácora escribirán lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando les gusta hacer ejercicio</li> <li>• Donde les gusta hacer ejercicio</li> <li>• Con que familiar les gustaría hacer ejercicio.</li> </ul>
Identificar los beneficios de realizar actividad física.	<p><b>Exposición dialogada:</b></p> <p>Actividad física se continuará desde lo que habían visto en la sesión uno y se les explicará los beneficios de realizar actividad física para su crecimiento y su desarrollo.</p>
Incorporar algunos elementos de actividad física a sus rutinas,	<p><b>Actividad:</b> se les pedirá que pasen a la cancha donde recibirán una sesión con un entrenador donde les enseñará ejercicios que puedan realizar en casa junto con su familia.</p>
Conocer el proceso de feedback de los participantes sobre el ejercicio físico.	<p><b>Actividad:</b> los alumnos propondrán alguno de los ejercicios que vieron en clase y se les pedirá que lo practiquen en casa durante la semana, marcando en la bitácora que tipo de ejercicio hizo y cuánto tiempo lo realizó, así como si lo realizó solo o con algún familiar o amigo.</p>
Ponerse de acuerdo entre equipo para llevar los materiales que necesiten para la siguiente sesión.	<p><b>Actividad:</b> Se les pedirá que lleven tijeras, pegamento y cartulinas para trabajar en equipo en la siguiente sesión.</p>

Sesión 7 (escolares)	
¿Qué deportes tengo cerca de mí?	
Objetivo: Que los participantes exploren que opciones accesibles y atractivas de activación tienen en su comunidad para poder incorporarlas como parte de sus hábitos saludables.	
Propósito: que los participantes conozcan que lugares tienen cerca de la escuela para poder realizar actividad física, ya sean grupos deportivos o parques recreativos, identificar cuáles son los deportes más populares del grupo y promover la realización del deporte mediante las experiencias que obtengan al trabajarlos con sus equipos.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: actitudes hacia el deporte
Objetivos	Actividad
Conocer algunos lugares cercanos a sus hogares por parte de sus compañeros y cercanos a la escuela.	<p><b>Actividad:</b></p> <p>Previamente se encontrarán las opciones y costos junto con un mapeo de lugares donde pueden realizar algún deporte.</p> <p>Se les presentarán las opciones y se les pedirá a los que practiquen algún deporte que les comenten a sus compañeros información.</p>
Identificar los 3 deportes más populares en el grupo.	<p><b>Actividad:</b></p> <p>se realizará una pequeña encuesta donde todos escribirán 3 deportes que les gusten o que practiquen en unos papelitos.</p> <p>Al finalizar se contarán los de más menciones.</p>
Organizarse para la última sesión.	<p><b>Actividad:</b> en los equipos; se rifará 1 de los 3 deportes más populares y se les pedirá una breve exposición del deporte para la siguiente sesión, la cual deberá contar con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-donde puedo practicarlo</li> </ul> <p>Costos aproximados por inscribirse o practicar el deporte</p> <p>Un ejercicio que puedan realizar en las canchas para familiarizarse con el deporte de 10 min.</p>

Sesión 8 (escolares)	
Deporte y el desarrollo.	
Objetivo: Que los participantes evalúen sus logros y dificultades en la autoeficacia hacia la activación física y conocer los beneficios de la realización de un deporte.	
Propósito: continuar la sesión pasada mediante las exposiciones de los deportes, conocer los beneficios que les aporta el deporte	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: actitudes hacia el deporte, autoeficacia hacia la actividad física.
Objetivos	Actividad
Identificar los beneficios de realizar un deporte, competencia y desarrollo.	<b>Exposición dialogada:</b> Deporte como estilo de vida, iniciación deportiva.
Comprender los beneficios de realizar deporte.	<b>Actividad:</b> en sus bitácoras señalarán los puntos más importantes que consideran de realizar deporte.
Explorar los deportes más populares del salón de clase.	<b>Actividad:</b> en los equipos; expondrán los deportes que les tocó en la sesión pasada. Cada equipo contará con 10 min.
Comprender el desempeño de actividad física que tuvieron durante las semanas de la intervención.	<b>Actividad:</b> los alumnos revisarán y analizarán si cumplieron o no con los objetivos de actividad física que señalaron en la primera sesión.
Despedida y retroalimentación de lo aprendido.	<b>Actividad:</b> se concluirá la sesión dando un reconocimiento por participar en las sesiones a los estudiantes, así como se les pedirá concluyan la sesión con lo más importante que se quedaron.

## Sesiones para los padres:

Sesión 1 Autoeficacia, objetivos y metas ¿Cómo me ayudan?	
Objetivo: Que los participantes identifiquen sus propias capacidades y recursos para organización y ejecución de objetivos y metas.	
Propósito: que los padres conozcan el programa que se trabajará, y que identifiquen como la autoeficacia y el planteamiento de objetivos puede ayudarles tanto a ellos como a su familia a llevar un estilo de vida saludable.	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: Autoeficacia
Objetivos	Actividad
Establecer contacto inicial con el grupo.	<b>Actividad:</b> Todos los participantes se pondrán en círculo y se irán pasando una manzana de peluche mientras responden a la pregunta “¿de qué soy capaz hoy?” con lo primero que venga a sus mentes.
Conocer la autoeficacia y el modelamiento y como puede ayudar al desempeño de sus hijos.	<b>Exposición dialogada:</b> Tema autoeficacia en la actividad física y la alimentación saludable. Modelamiento parental y su relación con la conducta del cambio.
El participante evalúa su autoeficacia a los cambios.	<b>Actividad:</b> a cada participante se les brinda una hoja de papel con un cuadro con 5 hábitos saludables y deberá colocar el porcentaje que considera él mismo cree poder realizar de cada una.
Explicar la importancia de objetivos y metas	<b>Exposición dialogada:</b> objetivos a corto, mediano y largo plazo. Diferencia con las Metas ¿Como los objetivos y las metas pueden beneficiar a nuestra familia?

Los participantes se plantearán objetivos a corto mediano y largo plazo	<p><b>Actividad:</b> Se les brindará a los participantes un cuadro donde deberán escribir los objetivos que se plantean de actividad física y alimentación para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la siguiente sesión</li> <li>la finalización de las sesiones</li> <li>la finalización del curso escolar</li> <li>final del año.</li> </ul>
---	--

<p style="text-align: center;">Sesión 2</p> <p style="text-align: center;">¿Qué es el estado de nutrición?</p>	
<p>Objetivo: Que los participantes comprendan cual es el estado nutricional de México y el diagnostico antropométrico de sus hijos para desarrollar actitudes que favorezcan las conductas saludables.</p>	
<p>Propósito: que los padres expresen sus creencias del estado actual de nutrición de sus hijos y compararlo con un el indicador de índice de masa corporal para la edad, con la finalidad de que ellos comprendan la situación actual de sus hijos y como puede beneficiar o afectarles en un futuro.</p>	
Duración: 45 – 60 minutos	Tema: Actitudes y creencias
Objetivos	Actividad
Que los participantes identifiquen el estado actual de sus hijos con respecto al peso para su edad.	<p><b>Actividad:</b> se les proyectará unas siluetas de stunkard para que los padres en un papel señalen el número que consideran que se encuentran sus hijos de acuerdo con la escala.</p>
Que los participantes identifiquen el estado nutricional infantil de México	<p><b>Exposición dialogada:</b> Estado nutricional en México ¿nos debemos preocupar por nuestros hijos?</p>
Reconocer el diagnostico nutricional actual de sus hijos y contrastar con sus creencias.	<p><b>Actividad:</b> Se les enseñará como se obtiene el índice de masa corporal y se les pedirá que de acuerdo con lo que obtengan señalen a sus hijos en las curvas de crecimiento que se les aportará</p>

Determinar cómo pueden apoyar a sus hijos para orientarlos a un adecuado estado nutricional.	<b>Actividad:</b> en un grupo focal, se abordará el tema del estado nutricional actual en México y como ellos perciben a sus hijos, si tienen alguna idea nueva después de la sesión. Así como cuál es su creencia a cerca de las acciones que se deben tomar para cuidar la salud de la familia.
Tarea para la siguiente sesión.	<b>Actividad:</b> Los participantes anotarán en una bitácora lo siguiente: (tratando de no modificar lo que normalmente realizan en casa) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantos días a la semana se consume refrescos embotellados</li> <li>• Cuánta agua consumen en frente de sus hijos</li> <li>• Qué tipo de alimentación consumieron ese día durante el almuerzo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cocido, frito, empanizado, asado, horneado, caldos.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Sesión 3</b> <b>Alimentación saludable y cultura alimentaria ¿Cómo comen nuestros hijos?</b>	
<b>Objetivo:</b> Que los participantes reflexionen sobre como los hábitos de alimentación saludables pueden ser accesibles y ricos e incorporarlos en sus prácticas tradicionales de alimentación.	
<b>Propósito:</b> identificar las actitudes y hábitos de alimentación que tienen en su familia, incorporar prácticas de alimentación saludable a sus costumbres de alimentación durante la comida e identificar como la cultura alimentaria se relaciona con los alimentos que sus hijos consumen.	
<b>Duración:</b> 45 – 60 minutos	<b>Tema:</b> cultura alimentaria, creencias y actitudes hacia la alimentación
<b>Objetivos</b>	<b>Actividad</b>

Conocer las acciones que llevan a cabo de manera cotidiana sobre la alimentación.	<b>Revisión de la tarea de la sesión pasada:</b> Se les pedirá que entreguen la bitácora donde anotaron las preguntas de la sesión pasada.
Identificar las características de una alimentación saludable	<b>Exposición dialogada:</b> Alimentación saludable.
Comparar las acciones de la semana pasada con lo aprendido en la alimentación saludable.	<b>Actividad:</b> se les regresará sus bitácoras y se les pedirá que señalen las diferencias que crean importantes con lo visto en la presentación del tema.
Identificar las características de la cultura alimentaria yucateca.	<b>Exposición dialogada:</b> cultura alimentaria Alimentación yucateca.
Conocer las actitudes hacia la alimentación saludable y como se relaciona la cultura alimentaria de la región	<b>Actividad:</b> Los participantes analizarán las diferencias entre la alimentación saludable y la cultura alimentaria yucateca mediante una lista de preparaciones de alimentos propios de la región y como ellos pueden ir modificando los ingredientes y las preparaciones.
Conocer el proceso de feedback de los participantes sobre la alimentación.	<b>Actividad:</b> en un grupo focal, se abordará el tema del estado nutricional actual en México y como ellos perciben a sus hijos, si tienen alguna idea nueva después de la sesión. Así como cuál es su creencia a cerca de las acciones que se deben tomar para cuidar la salud de la familia.

Sesión 4 Alimentación saludable y ejercicio físico ¿Cómo apoyo a mi hijo?
Objetivo: Que los participantes identifiquen que tipo de activación se recomienda que realicen sus hijos, y como ellos pueden acompañar y proporcionar esta activación.
Propósito: que los participantes comprendan la definición adecuada de los tipos de activación, identificar las barreras que tienen al momento de realizar una actividad, conocer las recomendaciones de activación para sus hijos y como ellos pueden ayudar en el cumplimiento de estos objetivos.

Duración: 45 – 60 minutos	Tema: Norma subjetiva, creencias y actitudes hacia la activación física.
Objetivos	Actividad
Identificar que consideran como actividad física, deporte y ejercicio.	<p><b>Grupo focal:</b></p> <p>Se les pedirá que en sus bitácoras señalen las diferencias que ellos consideran sobre los términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> <li>• Ejercicio</li> <li>• Deporte.</li> </ul>
Comprender las creencias sobre barreras para realizar la actividad física y conocer creencias sobre que consideran como actividad física necesaria en sus hijos	<p><b>Grupo focal:</b></p> <p>En círculo se les pedirá que respondan un par de preguntas entre todos los participantes:</p> <p>¿Cuál es la actividad física adecuada para sus hijos?</p> <p>¿Cuáles creen que sean las principales razones por las que no se realiza actividad física?</p>
Los participantes conocerán las diferencias entre los términos actividad física, deporte y ejercicio y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.	<p><b>Exposición:</b></p> <p>Terminología de la activación</p> <p>Recomendaciones de activación física para niños de acuerdo con la OMS.</p>
Identificar como pueden apoyar a sus hijos para la realización de la actividad física.	<p><b>Actividad:</b> en su bitácora, señalarán un objetivo a corto plazo sobre la realización de actividad física tanto para ellos como para sus hijos de acuerdo con lo visto en la sesión.</p>
Conocer el proceso de feedback de los participantes sobre la sesión	<p><b>Actividad:</b> en un grupo focal, se abordará el tema de la activación física y del ejemplo parental y como ellos consideran que influyen en la realización de activación física de sus hijos.</p> <p>Se anotarán en las bitácoras unas actividades que entre todos propongan que puedan realizar con sus hijos.</p>

### 3.2.10 Cronograma.

Tabla 20.  
Cronograma del programa de intervención

Actividad / Semanas	Mes 1				Mes 2				Mes 3	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Evaluación diagnóstica										
Aplicación del programa de intervención de padres										
Aplicación del programa de intervención de estudiantes										
Evaluación final										

En la Tabla 14 se presenta el cronograma del programa de intervención, empezando con una evaluación inicial que servirá para cotejar al finalizar las 8 sesiones. Se continúa con el trabajo de 9 semanas y posteriormente se realiza la evaluación final para verificar la efectividad del programa de intervención, mediante el inventario con los niños como con la sesión de cocina con los padres.

### 3.2.11 Factores externos condicionantes.

- a) Espacio disponible y amplio en las instalaciones de la escuela participante previa gestión.
- b) Material audiovisual y físico listo para realizar cada sesión planeada.
- c) Participación, disposición y asistencia de los padres participantes a las sesiones.
- d) Apoyo y colaboración del director o directora del plantel, maestro(a) del grupo participante y del representante de padres.

### 3.2.1 Planeación de la evaluación

Tabla 21.  
Evaluación Propuesta Para el Programa de Intervención.

Etapa del programa	Población	Instrumentos
Inicio (Pretest)	Padres:	Cuestionario de alimentación infantil (Davison & Birch, 2001) Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Wardle et al., 2001)
	Escolares:	Cuestionario Pro Children Project Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso (Gómez-Peresmitré et al., 2017)
Durante las sesiones	Padres:	Formato de asistencia
	Escolares:	Autorregistros, bitácoras.
Finalizar el programa:	Padres:	Cuestionario de alimentación infantil (Davison & Birch, 2001) Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (Wardle et al., 2001)
	Estudiantes:	Cuestionario Pro Children Project Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso (Gómez-Peresmitré et al., 2017)

## 4. Análisis y conclusiones

En primera instancia es necesario llevar a la práctica el programa de intervención propuesto en este trabajo, con el fin de determinar su eficacia de acuerdo con los objetivos planteados y modificar las sesiones, temas o actividades del programa que así lo requieran.

La evaluación propuesta cubre con la capacidad de identificar si los estudiantes mejoraron o mantuvieron su autoeficacia hacia realizar acciones saludables, también la implementación de autorregistros y bitácoras tanto de padres como de estudiantes aportan a la información que se obtendrá de los posibles cambios efectuados en la intervención.

Los temas de las sesiones tanto de padres como en las sesiones con los niños se comprendan desde las variables de la teoría de la acción planeada, es decir, enfocándose en las actitudes, normas sociales y creencias personales que resultan determinantes para que una

persona decida realizar o no, cierta conducta (Huéscar, Rodríguez, Cervelló y Moreno 2014).

Por lo tanto, se espera que los niños y niñas obtengan un beneficio adicional al trabajar las mismas dimensiones que sus padres, quienes serán los que ayuden a reforzar de manera directa el trabajo realizado.

De igual modo se espera que los participantes presenten un cambio en las creencias relacionadas hacia la alimentación y actividad física que favorezcan su realización; así como posibles cambios a nivel institucional por parte de la escuela que mejore las alternativas de alimentación que les ofrece a sus estudiantes y principalmente, que se genere un incremento en la actividad física realizada por los escolares.

A lo largo de este trabajo se pudo conocer de mejor forma la relación que tienen las diferentes ciencias aplicadas a la salud y cómo generar propuestas más personalizadas, detalladas y útiles enfocadas en problemáticas que se presentan tanto en nuestro contexto local como en la mayor parte del mundo.

Teniendo en cuenta la población abordada de manera específica para esta intervención, se sugiere el diseño de otras propuestas que puedan tomar como referencia este trabajo, orientado nuevos proyectos hacia niños y niñas de diferentes grados escolares tanto de educación básica como incluso, en jóvenes de educación media superior y superior, ya sea de instituciones del sector público o privado.

En este escenario tampoco se puede dejar fuera a los padres y madres de familia ni a los demás integrantes del núcleo familiar directo, puesto que conviven con los escolares y como se manifestó en este trabajo, su influencia es importante para que los niños adopten conductas y acciones más saludables. Por lo tanto, también se sugiere intervenciones y programas a mediano y largo plazo orientados específicamente al trabajo con los papás y mamás que permitan corroborar la influencia generada en sus hijos.

Este proyecto recomienda mantener y ampliar la línea de estudio entre la nutrición y la

psicología, con el fin de mejorar los planes de intervención para el control del sobrepeso y la obesidad en nuestro país, así como la promoción de un estilo de vida más saludable, siendo este trabajo conjunto e interdisciplinario una alternativa diferente a la gran variedad de soluciones planteadas en los últimos años, que aún no logran generar un impacto a gran escala y de manera visible en la salud de las personas, sean niños, jóvenes o adultos.

## Bibliografía

- Aguilar, P. (2002). Una aproximación teórico-metodológica para el estudio de la antropología alimentaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis.
- Aguilera, N., & Quintana, M. (2011). El peso de los niños y adolescentes y el rendimiento escolar en México. *Fondo de Cultura Económica*, 78(309), 115–141.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1991). Prediction of Leisure Participation from Behavioral , Normative , and Control Beliefs : An Application of the Theory of Planned Behavior. *Leisure Sciences*, 13(June). <https://doi.org/10.1080/01490409109513137>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior Relations : A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918.
- Alatorre, J., Baltazar, M., Márquez, O., Muñoz, C. y Muñoz, R. (2017). Acercamiento al desarrollo deportivo. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Ancona Martín, D. N. (2012). *Desarrollo de la autoeficacia y promocion de una vida activa en niños de primaria*.
- Balaguer, I., Escarti, A., & Villamarín, F. (1995). Autoeficiencia en el deporte y la actividad física : estado actual de la investigación. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 48(June 2014), 139–159.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory : An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21–41.
- Becerril, J. (2013). Agrodiversidad y nutrición en Yucatán : una mirada al mundo maya rural. *Región y Sociedad*, 25(58), 123–163.
- Bertran, M. (2005). Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Bertran, M. (2006). Significados socioculturales de la alimentación en la Ciudad de México. En M. Bertran y P. Arroyo. (Ed.), *Antropología y nutrición* (223-235). México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Calderón-Martínez, M. E., Taboada-Gaytán, O. R., Argumedo-Macías, A., Ortiz-Torres, E., Antonio-López, P., & Jacinto-Hernández, C. (2017). Cultura alimentaria: clave para el diseño de estrategias de mejoramiento nutricional de poblaciones rurales. *Agricultura Sociedad y Desarrollo*, *14*(2), 303. <https://doi.org/10.22231/asyd.v14i2.594>
- Canul, S. (2018). *Programa psicoeducativo en necesidades educativas especiales y su efecto en la autoeficacia de entrenadores de taekwondo*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Castrillon, I. C., & Giraldo Roldan, O. I. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *6*(1), 57–74.
- Cox, R. (2009). Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones. In Panamericana (Ed.), *Psicología del ejercicio* (6a ed.).
- Dávila-torres, J., González-Izquierdo, J. de J., & Barrera-Cruz, A. (2014). Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, *53*(2), 240–249.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, *2*(3), 159–171. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x>
- Encina V, C., Gallegos L, D., Espinoza M, P., Arredondo G, D., & Palacios C, K. (2019). Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. *Revista Chilena de Nutrición*, *46*(3), 254–263. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182019000300254>
- ENSANUT MC. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*

(Vol. 2016). <https://doi.org/10.1111/acem.12546>

Franchella, J. (Abril 2013). La Actividad Física en la Prevención Primaria y Secundaria de la Salud. En Encuentro Interdisciplinario de Organizaciones. Actividad física y Desarrollo humano. Congreso realizado en Argentina.

García Milian, A. J., & Creus García, E. (2016). La obesidad como factor de riesgo , sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1–13.

Garza-Olivares, X., Navarro-Contreras, G., Gonzalez-Torres, M. Á., & Zacarías-Salinas, X. (2018). Validación psicométrica del Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional en niños. *Revista de Educacion y Desarrollo*, 47(Oct-Dic), 91–100.

Godin, G. (1993). The Theories of Reasoned Action and Planned Behavior: Overview of Findings, Emerging Research Problems and Usefulness for Exercise Promotion. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5(January 2014), 141–157.

<https://doi.org/10.1080/10413209308411311>

Gómez-Peresmitré, G. (2013). *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal.*

Gómez-Peresmitré, G., Platas-Acevedo, S., & Pineda-García, G. (2019). Programa de autoeficacia hacia hábitos saludables para la prevención de la obesidad en escolares mexicanos. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 6(1), 44–50.

<https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.6>

Gómez-Peresmitré, G., Platas Acevedo, S., Pineda-García, G., Guzmán Saldaña, R., & León Hernández, R. (2017). Validación de un instrumento de autoeficacia para la prevención de obesidad en niños escolares. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 21–30.

González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M. J., García García, C. J., García López, P., &

- Álvarez Ferre, J. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España) Influence of family environment of the development of obesity and overweight in a population of school children in Granada (Spai. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177–184.  
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.1.5424>
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2005). *Social Psychology of Exercise and Sport*.
- Hernández Hurtado, L., Díaz-güemes, I., de la Cruz Vigo, J. L., & Sánchez-Margallo, F. M. (2016). Relación entre el tejido adiposo , adipoquinas y resistencia a la insulina : efecto del bypass gástrico en Y de Roux. *Bariátrica y Metabólica Ibero-Americana*, 4, 906–911.
- Hernández Martínez, H. (2010). *Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara*.
- Herrera Flores, D. A., & Gotz, C. (2014). La alimentación de los antiguos Mayas de la península de Yucatán: consideraciones sobre la identidad y la cuisine en la época prehispanica. *Estudios de La Cultura Maya*, 43(43), 69–98.
- Impacto Económico del Sobrepeso y la Obesidad en México Nota técnica. (2015). *Secretaría de Salud*, 1–133.
- INEGI. (2019). *Modulo de práctica deportiva y ejercicio físico*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados\\_moprade\\_no\\_v\\_2018.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados_moprade_no_v_2018.pdf)
- Jauregui Ulloa, E., López Taylor, J. R., Macías Serrano, A., Porras, Rangel, S., Reynaga-Estrada, P., Morales Acosta, J., & Cabrera González, J. L. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana de Ciencias Del Deporte*, 2(2), 69–75.
- Larrañaga, J., Carballo, J., Fernández, M., & Rodríguez, J. (1997). *Dietética y dietoterapia*.

- Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes.* (2001). Organización Panamericana de La Salud.  
file:///C:/Users/Lastr/Downloads/manual\_de\_comunicacion\_social.pdf
- Marín Marín, G., Álvarez De Uribe, M., & Rosique Gracia, J. (2004). Cultura alimentaria en el municipio de Acandí. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 18(35), 51–72.
- Martínez Carreño, A. (1992). La historia de la alimentación como un nuevo enfoque de la historia de Hispanoamérica. *NOVUM, Revista de Ciencias Sociales Aplicadas*, 4(10), 27-34.
- McLeroy, K., & Bibeau, D. L. (1988). An Ecology Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, May 2014.  
<https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- McClung, E., Martínez, D., Ibarra, E. y Adriano, C. (2014). Los orígenes prehispánicos de una tradición alimentaria en la cuenca de México. *Anales de Antropología*, 48(1), 97-121.
- Moral Moreno, L. (2017). Teorías y modelos que explican y promueven la práctica de actividad física en niños y adolescentes. *Educación y Futuro*, 36(2017), 177–208.
- Navarro Contreras, G., & Reyes Lagunes, I. (2016). *Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire*. 6(1), 2337–2349.
- Niermann, C., Krapf, F., Renner, B., Reiner, M., & Woll, A. (2014). Family health climate scale ( FHC-scale ): development and validation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(30), 1–14.
- OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud: Suiza.
- OMS. (2015). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

- Consultado en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2018a). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/healthy-diet>
- OMS. (2018b). *Obesidad y sobrepeso*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2019). *Actividad física*. Estrategia Mundial Sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Panqueba-Cifuentes, J. (2012). Juego de pelota Mesoamericano: Un juego ancestral entre emergencias culturales. *Revista científica de sociedad cultura y desarrollo sostenible*, 8(3), 49-64.
- Pérez-gil Romo, S. E. (2009). Cultura alimentaria y obesidad. *Gaceta Médica de México*, 145(5), 392–395.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C., & County, B. (1982). Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19(fall 1982). <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Rimer, B., & Glanz, K. (1995). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. In *U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES* (p. 210).
- Rodriguez, A., Novalbos, J., Villagran, S., Martínez, J., & Lechuga, J. (2012). LA PERCEPCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LOS PROGENITORES. *Rev Esp Salud Pública*, 86(5), 483–494.
- Rollins, B.Y., Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2015). Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective. *World Obesity. Pediatric Obesity*, 11(13), 326–332. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12071>
- Rollins, Brandi Y, Loken, E., Savage, J. S., & Birch, L. L. (2014). Maternal controlling feeding practices and girls ' inhibitory control interact to predict changes in BMI and

- eating in the absence of hunger from 5 to 7 y 1 – 4. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99, 249–257. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.063545>. Nearly
- Sampedro, I. R., Fernández-laviada, A., & Crespo, Á. H. (2013). *Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario*. 26(june), 141–158.
- Scaglioni, S., Cosmi, V. De, Ciappolino, V., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children’s Eating Behaviours. In *Nutrients 2018* (pp. 1–17). <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut*, 1, 47. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Solis Briceño, O. (2017). *Imagen corporal y autoeficacia en el cuidado de la salud física en universitarios del sur de México*.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Tarazona Martín, J., Rosas Galvis, J., Salazar Tapias, J., Lozano Portillo, Á., & Wilches Reina, G. (2017). Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en escolares de tres instituciones educativas de cúcuta. *INBIOM*, 4, 45–51.
- UNESCO. (2010). La cocina tradicional mexicana, cultura comunitaria, ancestral y viva. El paradigma de Michoacán. Recuperado de <https://ich.unesco.org/es/RL/la-cocina-tradicional-mexicana-cultura-comunitaria-ancestral-y-viva-el-paradigma-de-michoacan-00400>
- Universidad del Rosario. (2007). Muévase contra el sedentarismo. Recuperado de: <https://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-II-2007/Fasciculo-7/ur/Muevase-contrael-sedentarismo/>

- Vallejo, A. P. (2014). *Estudio sobre hábitos de actividad física saludable en niños de Educación Primaria de Jaén capital*. 13–23. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2012/1\).107.01](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2012/1).107.01)
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- Weinberg, R., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Editorial Panamericana.

### Anexos

Inventario de Autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso (Gómez-Peresmitré et al., 2017)

#### Instrucciones:

Lee con atención las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo(a) de lograrlo. Marca con una X el número que más se adecue a tu respuesta.

No existen respuestas buenas ni malas. La información que nos proporcionas es confidencial y con fines de investigación.

Ejemplo:

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

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

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



#### Contesta las oraciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).

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

7. Soy capaz de correr todos los días.

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

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

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

9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.

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

10. Puedo esforzarme para hacer deporte.

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

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

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

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

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

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

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

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

1                      2                      3                      4

No soy capaz de  
hacerlo

Soy capaz de  
intentarlo

Soy capaz de  
hacerlo

Soy muy capaz  
de hacerlo

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

1                      2                      3                      4

No soy capaz de  
hacerlo

Soy capaz de  
intentarlo

Soy capaz de  
hacerlo

Soy muy capaz  
de hacerlo

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

1                      2                      3                      4

No soy capaz de  
hacerlo

Soy capaz de  
intentarlo

Soy capaz de  
hacerlo

Soy muy capaz  
de hacerlo

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

1                      2                      3                      4

No soy capaz de  
hacerlo

Soy capaz de  
intentarlo

Soy capaz de  
hacerlo

Soy muy capaz  
de hacerlo

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

1                      2                      3                      4

No soy capaz de  
hacerlo

Soy capaz de  
intentarlo

Soy capaz de  
hacerlo

Soy muy capaz  
de hacerlo

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





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

1                      2                      3                      4

---

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

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

1                      2                      3                      4

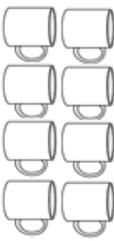
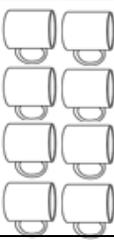
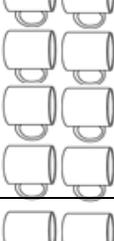
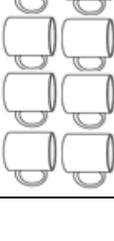
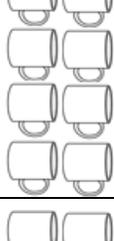
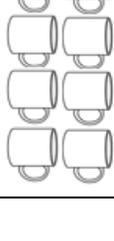
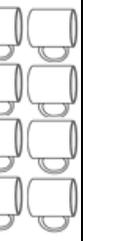
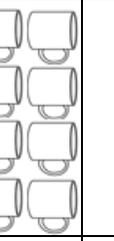
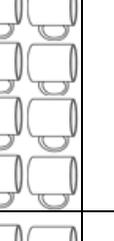
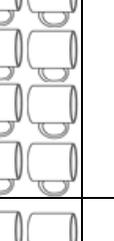
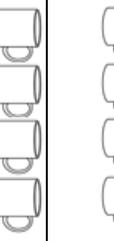
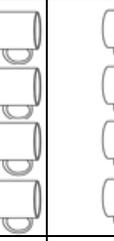
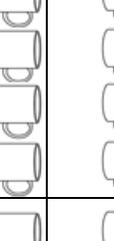
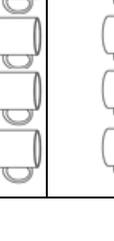
---

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



**Autorregistro de consumo de agua**

Colorea cuantas tazas de agua consumiste durante el día.

<b>semana</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
1 Semana						
2 Semana						
3 Semana						
4 Semana						
5 Semana	