



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Unidad Ajusco

“Educación Nutricional: El aprendizaje, adquisición e interiorización de hábitos alimenticios saludables desde la infancia a través de la familia”

Informe de:

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Tesis para obtener el título de:

LIC. EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Presentan:

Ballinas Quintana Arelly Ivette

Soto Viquez Silvia Teresa

Asesora: **MARÍA ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ**

México, CDMX

Agradezco a Dios y a la vida por darme la oportunidad de vivir esta gran experiencia de aprendizaje

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

Principalmente a mis padres José Manuel Ballinas y Yolanda Quintana por darme la vida y siempre mantenerse a mi lado en todo momento, agradezco el enorme esfuerzo que hicieron por darme una carrera profesional pero sobre todo por creer en mí y brindarme su amor infinito. Los amo y hoy en día mi éxito es su éxito.

A mi novio Ernesto Rangel por su bondad y paciencia, por alentarme en los momentos más difíciles y motivarme a seguir con mis sueños, gracias por estar siempre a mi lado.

A mis queridos abuelitos León Quintana (†), Teresa Morales (†) y Victoria Navarrete, porque a través de su inmensa sabiduría me enseñaron las grandes cosas de la vida, gracias por transmitirme sus buenas costumbres y valores que me han servido para ser la persona que hoy día soy, pero sobre todo por su inmenso amor, quiero que sepan que los amo y que siempre estarán presentes en mi corazón y en mis pensamientos a lo largo de mi vida.

A mi hermano por estar conmigo y apoyarme siempre, te quiero mucho.

A todos mis tíos y primos les agradezco con toda mi alma.

A mis amigos por estar siempre al pendiente y alegrarse de mis logros.

A mi tutora de tesis Elizabeth Ramírez por brindarme su apoyo para la realización de mi tesis y compartir sus grandes conocimientos conmigo, gracias profesora por todo.

A los sinodales por su tiempo para estudiar mi tesis y sus aportes significativos en ella.

A todos mis profesores que fueron parte de mi formación profesional gracias por su dedicación y enseñanzas.

Y Finalmente y no menos importante a mi hermosa Universidad Pedagógica Nacional, gracias por todos aquellos hermosos recuerdos y enseñanzas que quedarán por siempre en mí.

Arellly Ivette Ballinas Quintana

Dedicatorias

A la maestra María Elizabeth Ramírez

Por su apoyo en todo momento

A la profesora Valentina Mejía

Mi agradecimiento por brindarnos la oportunidad de realizar el trabajo en las instalaciones de casa popular a su cargo.

A mi esposo e hijos.

Por creer en mí, y con ello darme la oportunidad de lograr una meta más. Gracias por ser como son, porque su presencia me ha ayudado a estar en donde estoy.

El niño es la arcilla más fina y más moldeable de este mundo. Necesita cariño, comprensión ayuda y buen ejemplo.

Autor anónimo.

Silvia T. Soto Viquez.

Índice

Introducción.....	9
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	15

CAPÍTULO I

1. Perspectiva general del sobrepeso y obesidad.....	21
1.2. El sobrepeso y la obesidad en la población infantil.....	23
1.2.1 Historia del sobrepeso y la obesidad.....	25
1.2.2 Definición y medición del sobrepeso y obesidad.....	27
1.2.3 Tipos de obesidad.....	31
1.2.4 Causas y posibles vinculaciones de la obesidad y sobrepeso en niños.....	33
1.2.5 Afecciones de la salud producidas por enfermedades crónicas asociadas al sobrepeso y obesidad.....	37
1.2.6 Medidas de prevención frente la obesidad y el sobrepeso infantil.....	39

CAPÍTULO II

2. Educación para la salud.....	43
2.1. La cultura y alimentación en México.....	46
2.2. Cambios y transformaciones en la alimentación mexicana.....	48
2.3. Razones en el aumento del consumo de comida rápida “chatarra”	50
2.4. Aprendizaje y formación nutricional en el núcleo familiar y el contexto social.....	52
2.5. Factores que han alterado la dinámica familiar en correlación con los alimentos.....	53

2.6. Padres como responsables de la transmisión de hábitos alimenticios.....	55
2.7. ¿Qué son los hábitos de alimenticios?.....	57
2.8. Modificación y adopción de conductas alimenticias	60

CAPÍTULO III

3. Aspectos psicológicos, sociales y cognitivos de la obesidad.....	63
3.1. Relaciones interpersonales.....	64
3.2. Relación entre aprendizaje y el sobrepeso.....	67
3.3. ¿Desde lo psicoeducativo, qué medidas preventivas de obesidad se están ejecutando en México entre la población infantil?.....	68

CAPÍTULO IV

4. Teoría y modelos psicológicos relacionados con el aprendizaje y establecimiento de conductas alimenticias.....	71
4.1. Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura.....	72
4.2. Modelos de aprendizaje cognitivo conductual.....	79
4.3. Modelo conductual.....	79

CAPÍTULO V

5. Método.....	81
5.1. Fase preparatoria	81
5.1.1. Pregunta de intervención.....	81
5.1.2. Objetivo general.....	82
5.1.3. Objetivos particulares	82
5.1.4. Participantes.....	82

5.1.5. Escenario.....	84
5.1.6. Instrumentos.....	84
5.2. Fase de trabajo de campo.....	86
5.2.1 Procedimiento.....	86
5.3. Fase analítica	88
5.3.1. Análisis de información.....	88
5.3.2. Resultados.....	88
6. Conclusiones.....	119
7. Sugerencias.....	124
9. Referencias bibliográficas.....	126
10. Anexos.....	132

Resumen

En 2016 México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y adulta, sin embargo; es uno de los pocos países en donde sigue sin importar la alimentación, en materia de educación alimenticia México está reprobado. Debido a la problemática del sobrepeso y la obesidad entre la población mexicana, se ha desencadenado una epidemia de enfermedades crónico degenerativas mismas que podrían ser prevenidas mediante hábitos alimenticios saludables adquiridos en la infancia y dentro del núcleo familiar, determinándose así en gran medida, la salud futura de los niños.

Por ello, el objetivo principal del presente trabajo es: Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica que proporcione información y educación nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza-aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia.

Planteándose en el marco teórico temas tales como: Perspectiva general del sobrepeso y obesidad, educación para la salud, teoría y modelos psicológicos del aprendizaje social de Albert Bandura relacionados con la adquisición de hábitos alimenticios.

Consecutivamente se despliega la metodología, que incluye: análisis de necesidades, diseño, aplicación y evaluación de la intervención, seguida del análisis de información derivados en el proceso de la metodología; la cual, fue conseguida mediante una investigación mixta con el designio de exponer los resultados del consumo, aprendizajes y conductas alimenticias en los diferentes momentos de la intervención (inicio y cierre), así como el alcance de logros después de la misma, enfatizando en las conclusiones las opiniones y resultados obtenidos durante todo el proceso de la experiencia.

Introducción

A través de la presente intervención psicopedagógica, se buscó proporcionar información nutricional “a adultos a cargo de la alimentación de niños en edad escolar, sobre qué son y cómo aplicar hábitos alimenticios saludables desde el núcleo familiar”, con la finalidad de contribuir a los diversos temas que ocupan hoy día a la psicología educativa, partiendo desde su objeto de estudio, que son los procesos de enseñanza-aprendizaje y las diferentes vertientes implicadas en el proceso.

Actualmente en 2016 la psicología educativa involucra innumerables temas y ámbitos relacionados con fenómenos educativos que surgen en las diferentes instituciones educativas (escuela, familia, trabajo, etc.), considerando así, nuevos temas relevantes para su estudio, siendo en este caso la salud escolar y la prevención; debido a que la psicología educativa no solo tiene su desarrollo y aplicación en escuelas, sino que también puede ser ejercida en distintas áreas educativas que lo requieran, como se describe a continuación.

La psicología educativa no se ciñe exclusivamente al estudio de los procesos de aprendizaje formal producidos en la escuela, abarca también otros ámbitos de educación y aprendizaje no formal como la familia, el grupo de iguales o los medios de comunicación entre otros. (Castejón, Gonzales, Gilar y Miñano, 2010, p. 11).

Para lo cual, se requirió trabajar presencialmente con los responsables de familia a cargo de la alimentación familiar que participaron en la ejecución del piloto y la intervención, que mediante su participación activa y constante permitieron ejecutar la intervención psicoeducativa, buscando el aprendizaje-enseñanza sobre cómo ejercer los hábitos alimenticios en el hogar, para lo cual, se planearon y resolvieron problemas enfocados a la promoción de dichos hábitos en el entorno familiar en situación de enseñanza-aprendizaje.

Las sesiones requirieron ser implementadas desde una enseñanza psicopedagógica, a raíz del análisis y estudio de diferentes propuestas de programas nacionales y extranjeros, en específico del programa nacional establecido por el Gobierno de la CDMX, a través de la Secretaría de

Salud y los Servicios de Salud Pública; llamado “*No a la obesidad*”. Se determinó que dicho programa gubernamental proporciona una extensa información nutricional útil, sin embargo; no cubre en su totalidad las acciones sanitarias que conducen a la promoción de estilos de vida saludables, debido a que solo cubre la parte de difusión (campañas de salud) sin aterrizarlo a lo educativo que es la parte preventiva. Por tanto, para esta intervención psicopedagógica se tomó como base, la información proporcionada del programa “*no a la obesidad*”, tratando de cubrir así, dos perspectivas, la de prevención y promoción de hábitos alimenticios adecuados.

Por las razones mencionadas, se buscó enseñar a los responsables de familia mediante técnicas y herramientas (resolución de problemas, medios impresos, audiovisuales y electrónicos) y diferentes estrategias cognitivas como: la motivación y el trabajo colaborativo que los llevará a la discriminación e incorporación de conocimientos nutricionales vastos, sobre qué son y cómo aplicar hábitos alimenticios saludables desde el hogar, para de esta manera poder transmitir de forma adecuada a los niños de la casa, hábitos alimenticios adecuados que ayuden a prevenir afecciones físicas, psicológicas y cognitivas, derivadas de una alimentación inadecuada.

Para ejercer dicha intervención e implementar estrategias de enseñanza- aprendizaje, se tomó en consideración los elementos que la constituyen como lo son: conocimientos previos, habilidades de procesamiento de información, autorregulación del aprendizaje, motivación, componente conativo y volitivo; que menciona Pintrich (retomado en Castejón *et al*, 2010) siendo necesario en primera instancia la especificación de los objetivos del programa.

El objetivo general surge a partir de la problemática del sobrepeso y la obesidad que aqueja a la población adulta e infantil de México, debido a que en los últimos años se ha incrementado de forma alarmante dicha afección, convirtiéndose en un problema de salud pública, social y mundial. Buscando así, proporcionar información primordial, para desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación con el fin de favorecer la aceptación de una dieta adecuada en el ámbito familiar.

Sin duda alguna, no solo se trata de un tema médico si no de educación; por lo tanto, es desde la educación donde se debe comenzar a cambiar los hábitos de alimentación y el gusto por el deporte. Por dicho motivo, esta propuesta optó por ofrecer herramientas a los responsables de familia, partiendo de un objetivo general el cual es: *Diseñar, aplicar y evaluar una intervención*

psicopedagógica que proporcione información y educación nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza-aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia.

Desprendiéndose de ello algunos objetivos específicos que guiaron la intervención, los cuales son:

- a) Diseñar la intervención utilizando el conocimiento previo nutricional de los alimentos, tomando en cuenta los beneficios y consecuencias físicas, psicológicas y cognitivas de las prácticas alimentarias, como estrategia de aprendizaje de los hábitos alimenticios saludables, dirigido a los adultos a cargo de la alimentación de los niños de la casa.
- b) Aplicar una amplia información nutricional adecuada, en donde se identifique qué son los hábitos alimenticios y cómo se transmiten a los niños a través de la imitación, favoreciendo el aprendizaje de los hábitos alimenticios saludables de los adultos a cargo de la alimentación de los niños de la casa.
- c) Evaluar la intervención psicopedagógica comprobando que los participantes apliquen los conocimientos adquiridos, llevando a la práctica alimentaria la incorporación de los hábitos alimenticios adecuados en la vida diaria familiar, mediante cuestionarios.

Estudios recientes han comprobado que el desarrollo de la obesidad y el sobrepeso son generadas por diferentes causas, siendo las más comunes las prácticas alimentarias inadecuadas; mismas que son desarrolladas a partir del contexto familiar y social de las personas.

Desde este punto de vista *la teoría del aprendizaje social* desarrollada por Albert Bandura, explica que, en su mayoría las conductas ejercidas por las personas son aprendidas e influidas por el ambiente que los rodea, descartando la idea de que son innatas; por consiguiente, las conductas (*hábitos alimentarios*) pueden ser modificadas mediante la alteración de consecuencias re compensatorias. Para dicho postulado según Arancibia, Herrera y Strasser (1997) “la manera más eficiente de aprender se realiza mediante la observación. Este tipo de aprendizaje es llamado también condicionamiento vicario o “modeling”, ya que quien aprende lo está haciendo a través de la experiencia de otros”. (p. 61).

Con la presente intervención se invita a un sendero de análisis y reflexión para la creación de consciencia sobre cómo se están ejerciendo y estableciendo los hábitos alimenticios de los niños dentro de los hogares mexicanos y el porqué del incremento de la obesidad entre la población y las afecciones que conlleva dicho padecimiento.

Para la descripción de la intervención se identifica una introducción en donde se explican los puntos más relevantes que conforman el escrito. Posteriormente, se encuentra el planteamiento del problema donde se detallan el tema y la necesidad central que se llevó a cabo para la intervención, la justificación que expone el por qué y para qué se retomó dicha temática desde la psicología educativa, contextualizando desde dichos puntos los objetivos del trabajo.

Dividiéndose de esta manera el trabajo en cinco capítulos, el primero de ellos analiza el sobrepeso y la obesidad y todas sus vertientes, el segundo capítulo está conformado por temas relevantes tales como: Educación para la salud, la cultura y la alimentación en México, cambios y transformaciones en la alimentación mexicana, aprendizaje y formación nutricional, factores -familiares y sociales- en el desarrollo de conductas alimenticias, para el tercer capítulo se exponen los aspectos psicológicos y sociales (*relaciones interpersonales*) relacionados con el sobrepeso, mientras que en capítulo cuatro se exponen las Teorías y modelos psicológicos relacionados al aprendizaje de la conducta alimenticia de las personas (*aprendizaje social de Bandura y modelos cognitivo-conductuales*).

Así mismo, en el capítulo cinco se detalla la metodología y sus fases empleadas a lo largo de la intervención, desarrollada en 16 sesiones, dirigida a responsables de familia encargados de la alimentación en el hogar, en el apartado del método utilizado en la intervención se describe el tipo de estudio, objetivos, participantes, escenario, instrumentos empleados y los pasos del procedimiento. Aunado a ello los resultados de las unidades de análisis de información y el tipo de estudio que se ocupó para la evaluación del trabajo, las conclusiones y sugerencias.

Finalmente, se encuentran presentes las referencias utilizadas dentro del cuerpo del documento y los diferentes anexos aplicados a lo largo de la intervención.

Planteamiento del problema

En los últimos años se ha detectado un incremento de problemas graves de salud en los infantes, desde este punto de vista, se ha identificado que su presencia se debe por el consumo de alimentos y bebidas con alto grado en grasas, azúcares y sal, derivado de las prácticas de hábitos alimenticios inadecuados, acompañados de estilos de vida sedentarios que actualmente se vive.

La formación nutricional como parte fundamental de la educación para la salud, se enfrenta al crecimiento educacional del niño quien actualmente se encuentra sumergido en una serie de alteraciones de hábitos alimenticios y de las formas de aprendizaje de estos, afectando la dimensión cognitiva, social y emocional, considerando que el aprendizaje es un proceso de adiestramiento que responde a los estímulos de la información recibida del exterior en donde cada uno asimila y acomoda de manera diferente, según la forma en que se le presente.

Hoy día, el tema de la alimentación es tratado por la Secretaria de Educación Pública (SEP) y la Secretaria de Salud, los cuales unidos, tratan de promover en las escuelas de nivel básico (preescolar, primaria y secundaria) una serie de acciones para prevenir; revertir y disminuir el problema de sobrepeso y obesidad, esto a través del “Programa de Acción en el Contexto Escolar” (SEP, 2010).

A partir del ciclo escolar 2010-2011, la SEP busca establecer medidas de prevención en cuanto al consumo de alimentos y bebidas que faciliten una dieta correcta entre la población escolar de educación básica. Esta medida además de contribuir a la promoción de una alimentación adecuada, busca promocionar en los centros escolares orientación específica con el fin de que se obtengan hábitos alimenticios saludables, para así lograr respuestas positivas en la modificación de los hábitos alimentarios de la población infantil, juvenil y adulta.

Sin embargo; dichas medidas de prevención solo son aplicadas a los niños de educación básica y dentro de las escuelas, dejando de lado a los padres y otras entidades involucradas en el proceso de la alimentación, sin considerar que son las figuras adultas quienes transmiten las costumbres y prácticas alimenticias que ejercen los niños.

En la escuela, las actividades para la EPS deben desarrollar estrategias a efecto de conservar la salud en los alumnos; asimismo, se debe impulsar la participación organizada de alumnos, docentes y padres de familia, con base en la identificación de necesidades, para conocer qué acciones se tienen que reforzar a partir de lo que ya se hace (SEP, 2011). El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen de manera corresponsable en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar, en favor de una cultura de la salud. (Armeaga y Ruíz, 2014, p. 47)

Por dicho motivo, es necesario implementar programas alimenticios que involucre a los adultos que estén a cargo de la alimentación familiar, tratando dichos programas desde un enfoque psicoeducativo y aplicado a diferentes contextos educativos (familias, centros recreativos, empresas, etc.). Para que de esta manera, los niños aprendan y adopten desde el núcleo familiar hábitos alimenticios adecuados que prevengan afecciones cognitivas, sociales y emocionales. Para Beltrán y Bueno descrita en Castejón (2010) la psicología educativa puede moverse a lo largo de todas las estrategias accesibles, buscando conocimiento y planeando o resolviendo problemas específicamente educativos en el nivel en que se producen, y en situaciones de enseñanza aprendizaje para lograr un buen desempeño escolar desde el punto de vista cualitativo.

A falta de programas alimenticios y de aprendizajes nutricionales, en las últimas décadas en el país, se ha registrado un incremento de hábitos alimenticios inadecuados tanto en los hogares como en las escuelas, que en su mayoría desembocan en el sobrepeso y obesidad de las personas, aumentando así, la probabilidad de desarrollar diversas patologías y enfermedades crónicas degenerativas.

El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a una gran cantidad de niños y adolescentes. Ambos padecimientos son detonadores de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, que hoy en día afectan a la población infantil. (Bonilla, López, Bermejo y Sepúlveda, 2015, p. 115)

Tales afecciones acarrear consigo una serie de complicaciones en las etapas del proceso vital de toda persona, que se unen a la edad cronológica.

Por dichas razones, es indudable que en la familia recae la mayor responsabilidad de transmitir hábitos alimenticios adecuados a los menores, sin embargo; el gobierno mexicano a través de proyectos educativos y de salud tienen la obligación de efectuar dichos programas para que así todas aquellas personas involucradas en la educación alimenticia adquieran aprendizajes nutricionales adecuados que motiven al desarrollo de hábitos alimenticios saludables, propiciando un mejor desarrollo cognitivo, social y emocional de la población infantil mexicana.

Justificación

Estudios recientes consideran que los niños en edad escolar han tenido un incremento anual en obesidad y sobrepeso, predispuestos a enfermedades como diabetes e hipertensión arterial, según un estudio realizado En México en el año 1999 por la Encuesta Nacional de Nutrición y cifras retomadas por López y Rodríguez (2008) “la prevalencia de sobrepeso y obesidad juntos fue de 5.5% en niños menores de cinco años, de 18.6% para los escolares, y de 21.6% para los adolescentes” (p. 424). Es decir, que la tendencia en el sobrepeso y obesidad entre los niños en edad escolar va en aumento.

Dado que en la vida diaria la alimentación juega un papel decisivo para llevar a cabo las diversas actividades básicas que se realizan a lo largo del día, tales como: caminar, correr, pensar, etc. además, de que define la salud presente y futura de los individuos, cabe detenerse a pensar si realmente se ejercen en la vida cotidiana prácticas y conductas alimentarias que estén definiendo la salud propia y familiar; para así, analizar si dichas conductas alimenticias tienen efectos positivos o negativos en la salud física, psicológica o cognitiva, en uno mismo o en específico de los niños de la familia ya sean, hijos, nietos, sobrinos o hermanos, y de ser así ¿Cómo es que se adquirieron o de quienes se aprendieron aquellos hábitos alimenticios?, ¿Son saludables o inadecuados? o ¿Qué medidas de prevención y corrección se pueden establecer

para mejorarlos? para poder cimentar en la vida cotidiana hábitos alimenticios saludables que contribuyan al bienestar personal y familiar.

Dichas interrogantes surgen a partir de la situación que actualmente en 2016 se vive en México en cuanto a problemas de sobrepeso y obesidad infantil, de lo cual se han derivado diversas enfermedades crónicas que acechan a la población tanto adulta como infantil, desarrollándose como ya se ha mencionado, diversas afecciones físicas tales como: la diabetes, hipertensión, apnea del sueño, complejos psicológicos, depresión y baja autoestima, que en consecuencia afectan las diversas esferas de la vida de las personas que lo padecen.

Algunas investigaciones asocian actualmente a la obesidad y el sobrepeso con diferentes enfermedades crónico-degenerativas, siendo la diabetes una de las enfermedades más comunes en la sociedad mexicana, la cual; en los últimos años se ha incrementado y se espera que en los próximos años siga en aumento. Estudios actuales, han revelado que no existe una sola causa que provoque la diabetes, de esta manera actualmente es calificada como una enfermedad “*multifactorial*” (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005, p. 141) y su explicación puede deberse a antecedentes heredofamiliares, estilos de vida inadecuados, dieta mal balanceada, hasta la inactividad física entre otras causas. Sin embargo; uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad es el sobrepeso derivado de hábitos alimenticios inadecuados.

Diversos son los factores que han detonado el desarrollo de hábitos alimenticios inadecuados en los adultos y por ende en los niños mexicanos, siendo entre las causas más comunes; la creciente industrialización, la tecnología, los cambios en los estilos de vida y por consecuencia una malformación de la cultura alimenticia que se ha experimentado en el país en las últimas décadas, lapso en el cual se han fomentado diversos hábitos alimentarios deficientes y desequilibrados, que han perjudicado la salud poblacional mexicana.

Como se menciona, la creciente industrialización ha dado pie al envenenamiento televisivo gracias a que estas empresas ejercen una fuerte influencia tanto en los niños como en los adultos sobre el consumo de alimentos chatarras; convirtiéndolos en un negocio redondo.

A través de los medios de comunicación, la información nutricional es distorsionada, haciendo pasar productos nocivos para la salud como un alimento saludable, provocando que los padres se conviertan en un modelo del mal comer, puesto que los adultos cuentan con una

información errónea proporcionada por un medio de comunicación “supuestamente regulado”, tal es el caso de los cereales escarchados con azúcar, que durante mucho tiempo la mayoría de las madres mexicanas han considerado que es el mejor alimento para iniciar el día de sus hijos, gracias a la falsa publicidad que venden los anuncios publicitarios; ahora se sabe que un producto que contenga más del 15% en azúcar es un alimento considerado riesgoso para la salud, y estos cereales azucarados contienen más del 40% de su producto total en azúcar.

Desde este punto cabe hacer un paréntesis, mencionando la importancia que tiene el rol de los padres o responsables de familia sobre la educación del menor, gracias a que en ellos recae la transmisión de usos y costumbres alimenticias que adoptarán los niños para la vida diaria. Se puede exponer, por tanto, que el aprendizaje vicario se ve reflejado continuamente en las prácticas alimentarias de las familias, esto debido a que los menores observan a los modelos adultos que los rodean (padres, profesores, abuelos, tíos, personajes públicos, etc.) e imitan los tipos de comportamientos alimenticios que observan de estas figuras. Así mismo, se alude que una de las líneas de trabajo de la psicología educativa es “la descripción y la adaptación del cambio conductual realizado con la edad, no sólo en las etapas infantiles o adolescentes, sino a lo largo del ciclo total de la vida humana”. (Arancibia et al, 1997, p. 33)

Continuando con la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre las personas, en el país, inmensas industrias alimenticias manejan estrategias muy bien articuladas, una de ellas se puede ver reflejada en la creación del grupo “Con México” (Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo A.C.) Fundada en 1996 por 10 empresas líderes en el mercado siendo uno de sus objetivos principales el favorecer la promoción de estilos de vida saludables, contribuyendo a la mejora de los problemas de sobrepeso y obesidad entre los mexicanos, que a la opinión de expertos esta estrategia solo ha llevado a bloquear las regulaciones de las empresas, a consecuencia de los grandes intereses económicos que se manejan en el país.

Sin embargo; no solo la influencia de los medios de comunicación son los causantes en el aumento de las prácticas alimenticias inadecuadas y por tanto del sobrepeso, sino que también existen otras causas que en conjunto han llevado a esta crisis de salud, como la falta de información y desconocimiento nutricional entre la población sobre lo que es llevar una alimentación saludable; debido a que en el país las personas antes de pensar en que el producto

les haga bien, se piensa primero en que el producto le sepa bien, sin contemplar todos aquellos conservadores y calorías presentes en los productos alimenticios. Existen pocos o nulos programas nutricionales que enseñan diversos conocimientos nutricionales básicos, como lo son el aprender a leer las etiquetas de los productos, conocer qué cantidad se debe ingerir por producto, cuántas calorías se deben consumir por día según el índice de masa corporal (IMC) de cada persona, etc. Sin estos conocimientos básicos las personas seguirán consumiendo alimentos dañinos para la salud.

Otro de los elementos presentes en la adopción de hábitos alimenticios inadecuados son el progresivo cambio en la alimentación de los mexicanos, en los últimos años se ha ido transformando ciertos estilos de vida entre la población, el ajetreo laboral o de la vida misma, ha orillado cada vez más a adultos y niños a consumir en exceso alimentos que se venden en las calles y en las escuelas, que en su mayoría son “alimentos chatarra”, unido a esto se encuentra el rápido consumo de los alimentos en la hora de comer, que propicia la adopción de uno de los hábitos alimenticios inadecuados que es -comer a deshoras o a gran velocidad-, sin permitirle al organismo recibir la señal de satisfacción, provocando así, que al poco tiempo el organismo pida otra vez alimento, por lo cual, la mayoría de las personas llegan a consumir productos poco saludables (papás, pastelitos, dulces, refresco, etc.) para aliviar esa sensación de hambre continúa.

Estas presiones sociales (laborales o escolares), en muchas de las ocasiones se derivan en el desarrollo de presiones personales generando estrés en los individuos; lo que los llevará a comer en exceso, por lo que se entiende, que no siempre el comer en exceso es por una necesidad biológica sino que tal vez la razón sea de origen emocional, conduciendo al aumento de peso, pues al comer calorías demás que el cuerpo no requiere y que no son desechadas por ningún tipo de actividad física, genera el sobrepeso en las personas con estrés, debido a que algunas personas no tienen conocimientos sobre cómo canalizar las emociones originadas por el estrés.

Para el manejo de estrés producido por las presiones sociales (trabajo, escuela, etc.), Arancibia *et al* (2009) retoman conceptos propuestos por Joyce y Weil, quienes explican que existen diferentes aplicaciones de la teoría conductual en los procesos educativos, como lo son: la observación y la imitación de modelos adultos, en donde se desarrollan una serie de programas de *manejo de contingencias*, utilizados para la modificación de conductas, que a través de la

aplicación de programas educacionales se pueden ejercer con procedimientos para reducir el estrés y sustituir la ansiedad por relajación, todo ello mediante “el proceso del contra condicionamiento” derivado de los postulados conductistas.

Por lo ya expuesto, se hace necesario el desarrollo y la implementación de propuestas que aborden los procesos de enseñanza y aprendizaje de los hábitos alimenticios desde un enfoque psicopedagógico aplicable, partiendo de que la psicología educativa se ocupa de procesos de enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de modos de mejorar dichos procesos, interviniendo en los diferentes contextos comunes que involucren la intervención y función del psicólogo educativo, para Coll (citado en Henao, Ramírez, Ramírez, 2006):

La labor del profesional de la psicoeducación no sólo se desarrolla en el contexto educativo escolar, sino que abarca ámbitos familiares, empresariales, centros de educación de adultos, centros de formación y capacitación, asociaciones laborales y comunitarias, centros recreativos y medios de comunicación (Henao et al, 2006, p. 217).

Desde este punto se pretende tomar medidas de prevención y corrección en las que tenga lugar una situación educativa, siendo en este caso, la estimulación a la transformación en los conocimientos sobre los hábitos alimenticios, que visto desde Arancibia *et al* (2009) la psicología educativa considera que el cambio de conductas puede ser el resultado del aprendizaje guiado derivado de la práctica instruccional ejecutada en un contexto educativo. Procurando así, que la intervención del psicólogo educativo se encuentre ligada a ciertas condiciones específicas como lo son, la planificación de los procesos educativos, detección de necesidades, establecimiento de objetivos primordiales, diseño y evaluación del programa, todo esto mediante la aplicación de *estrategias instruccionales*.

Se enfatiza de esta manera que el psicólogo educativo a través de uno de sus deberes educativos como lo es “*la orientación psicopedagógica*” brinda apoyo al desarrollo humano a lo largo de diferentes momentos del individuo, aludiendo así, que una de las líneas de trabajo de la psicología educativa es “la descripción y la adaptación del cambio conductual realizado

con la edad, no sólo en las etapas infantiles o adolescentes, sino a lo largo del ciclo total de la vida humana”. (Arancibia et al, 1997, p. 33)

Es por ello, que el presente proyecto mediante uno de los campos de acción del psicólogo educativo como lo es la intervención psicoeducativa, tuvo por objetivo principal; *Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica que proporcione información y educación nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza-aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia.* Como medida de prevención para la salud física, cognitivo y emocional que desarrollen en un futuro los menores del hogar, reconociendo que el contexto y el ambiente sociocultural se convierten en un ambiente facilitador o inhibidor del aprendizaje.

• • •

CAPÍTULO I

1. *Perspectiva general del sobrepeso y la obesidad*

En este apartado del trabajo se involucra el análisis de diferentes enfoques teóricos aportando ideas relevantes para este estudio. Para ello, se abordó el tema desde una perspectiva general sobre la definición, causas, tipos y consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales que engloba la obesidad y el sobrepeso tanto en la infancia como en la vida adulta. Además de analizar los cambios y transformaciones en la alimentación de los mexicanos y cómo a través de la familia se aprenden y se ejecutan todos aquellos hábitos alimenticios que se practican a diario.

Dentro de la psicología, la obesidad tiene diferentes explicaciones probablemente una de las más destacadas y retomada para la explicación de diversas conductas de riesgo es *la teoría del aprendizaje social de Bandura*, la cual, ha servido de base para el desarrollo desde diferentes modelos de aprendizaje como el cognitivo-conductual, destacándose la idea de que el sobrepeso u obesidad son desarrollados principalmente por la influencia del entorno familiar y social.

Siguiendo con esta idea en 1971 Skinner citado por Bandura (1987) afirma “que, al margen de las contribuciones genéticas, la conducta humana esta solamente controlada por las contingencias ambientales, (p.e.: <<La persona no actúa sobre el mundo, el mundo actúa sobre él>>, pag.211)” (Bandura, 1963, p. 238). Sin embargo, desde el aprendizaje social para Bandura (1963) tanto el ambiente como la conducta son creadas de manera recíproca, es decir; el ambiente es creado por las personas y este mismo influye sobre la conducta de las personas, por lo cual sustenta que “<<cambia las contingencias y cambiarás la conducta>>, habría que añadirle el aspecto recíproco de <<cambia las conductas y cambiarás las contingencias>>” (p. 238).

Desde el punto de vista, Bandura (1987) afirma que los procesos que componen y dirigen el aprendizaje por observación desde el análisis del aprendizaje social, están conformados en un

inicio por el proceso de atención; en el que se describe que las personas con las que se suele interactuar ya sea por gusto o por imposición en este caso la familia, delimitan qué tipo de conductas se observan más y se aprenden mejor, debido a que, a partir de las experiencias y exigencias de ciertas situaciones los individuos suelen desarrollar algunas disposiciones que condicionan los rasgos de conducta que extraen de sus observaciones y su forma de interpretar lo que ven y escuchan.

En segundo lugar se encuentra el proceso de retención, para que los observadores puedan beneficiarse de la conducta de sus modelos cuando éstos ya están presentes para guiarles, las pautas de respuesta tienen que representarse en la memoria en forma simbólica, los humanos tienen muy desarrollada su capacidad de simbolizar lo que les permite aprender gran parte de su conducta a través de la observación, cuando un estímulo sirve de modelo se expone repetidamente produciendo imágenes duraderas y recuperables de las actuaciones efectuadas de los modelos.

El siguiente proceso, se refiere a la reproducción motora en la conducta, en esta se manifiesta el mensaje por observación y de ello dependerá que el sujeto tenga en menor o mayor grado habilidades requeridas, para así integrarlas fácilmente y producir nuevas pautas de conducta; sin embargo, cuando hay deficiencias hay que empezar a desarrollarlas a través de modelo y de la práctica.

Finalmente están los procesos motivacionales, la preferencia del sujeto a adoptar la conducta por imitación dependerá de las consecuencias de ésta y será mayor cuando las consecuencias son valiosas y menor cuando tiene efectos poco gratificantes.

Lo anteriormente descrito permite referir a lo largo del marco teórico como es que un niño aprende y desarrolla hábitos alimenticios saludables o incorrectos a través de la familia. Sirviendo como base para contribuir a la propuesta diseñada y aplicada para los responsables de familia que participaron en el programa esperando que mediante la cual se promoviera una alimentación correcta en los niños del hogar y prevenir enfermedades crónico degenerativas.

1.2. *El sobrepeso y la obesidad entre la población infantil*

Si bien es cierto, la obesidad con frecuencia suele relacionarse a personas adultas con malos hábitos de alimentación, hoy en día se sabe que los adultos no son los únicos que pueden padecer sobrepeso, sino que existe un sector de la población que se está viendo afectado de sobremanera, que en años anteriores estaba exento de estos problemas de salud, lamentablemente la población a la que se hace referencia es el grupo infantil. Los cuales, están sufriendo los estragos de una sociedad poco interesada en la educación alimenticia y en donde se hacen pocos esfuerzos por la prevención de esta enfermedad degenerativa.

Estudios predicen que la situación seguirá en incremento durante los próximos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha dado a conocer que en el mundo existen alrededor de 43 millones de niños de entre 0 y 5 años de edad con obesidad y sobrepeso, de los cuales 35 millones viven en países en desarrollo, estimándose así, un incremento de esta epidemia global a 70 millones para el 2025. Mientras que en México, encuestas nacionales de salud reveladas por Mercado y Vilchis (2013) afirman que en los últimos diez años ha aumentado el sobrepeso y obesidad en niños de edad escolar en un 26%.

Coexisten diversas causas del desarrollo de la obesidad infantil en el país, mucho se atañe al influjo en la alimentación por parte de los medios de comunicación y al aumento en el consumo de comida “chatarra” (pizzas, hot-dogs, hamburguesas, papás fritas, refrescos, dulces, etc.) acompañado de una falta de cultura y gusto por el ejercicio, derivado, de la poca información y educación que persiste entre la población sobre qué son y cómo ejercer hábitos de vida saludables.

Algunos padres informados de la obesidad y el sobrepeso se encuentran preocupados, buscando así, inculcar en los hijos una alimentación balanceada para prevenir este mal (Bosch, 2013 citado en Mercado y Vilchis, 2013); sin embargo, en el país existe poca información y programas de prevención que realmente enseñen a los padres sobre cómo llevar una vida saludable a través de la alimentación siendo ellos el punto de referencia que los niños tienen para aprender todo tipo de hábitos.

Un estudio implementado en una zona escolar del Estado de México realizado por Armeaga y Ruíz en 2014, se investigó acerca de las acciones específicas que se ejecutan en escolares de nivel básico para reforzar hábitos de salud dentro del sistema educativo e identificar las acciones que los padres de la población participante suponen que efectúan sus hijos.

A través de dicha estudio se registró que un 30% de los alumnos de cuarto y sexto grado consumen de tres a cinco veces por día dulces y golosinas, mientras que la opinión de los padres es más elevada, esto debido a que, cuando se les preguntó sobre el consumo de comida chatarra el 16% de los padres, consideran que sus hijos consumen en exceso este tipo de comida. Dicha variación de respuestas para Armeaga y Ruíz (2014) “implica cierto desconocimiento o sobre apreciación de los hábitos de los niños. También puede indicar poco conocimiento y supervisión de los padres hacia sus hijos”. (p.49)

Otro dato relevante arrojado en el estudio, es que conforme los alumnos avanzan de grado van disminuyendo sus acciones de salud, dichos investigadores consideran que esto puede deberse a que las acciones de salud, no están siendo aplicadas adecuadamente tanto por los padres como por los maestros.

Por otro lado, en tiempos pasados se consideraba a los niños gordos como niños fuertes y llenos de vitalidad, actualmente se tiene conocimiento de que la obesidad es uno de los elementos que afecta adversamente la salud, reconociéndose como una cuestión seria de salud pública y acentuándola como una enfermedad crónica y multifactorial, es decir; que no existe una sola razón por la cual se desarrolla.

Tristemente es en la infancia cuando puede iniciarse dicha condición desplegando una serie de enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión, apnea del sueño, problemas para respirar e incluso la muerte aún en edades muy tempranas. Se debe considerar que dicha enfermedad condiciona el bienestar del niño y determinará su vida adulta; por ello, es que el sobrepeso y la obesidad no pueden ser apreciados como un fenómeno simple y sin interés alguno.

El exceso de peso en los niños es cada vez más preocupante entre la sociedad por la forma en que se está viendo afectada no solo la salud física, sino las diferentes esferas de vida de los menores, que va desde lo psicológico, social y emocional. Para LeBow (1986) “La obesidad infantil es un problema de facetas múltiples afectado por variables genéticas, fisiológicas,

sociales y económicas, por diferentes constelaciones que desempeñan roles más o menos importantes en los distintos casos de niños obesos” (P. 23).

Las afecciones (psicológicas, fisiológicas y sociales) que se derivan de la obesidad inician sobre todo en el contexto familiar o social; las presiones familiares, las prohibiciones o calificativos despectivo influyen en el proceso emocional de los niños, provocando así, una baja autoestima (sobre todo en mujeres), así como graves conflictos en las relaciones interpersonales, trastornos alimenticios e incluso la distorsión de la imagen corporal. Rosen (citado en Caballo, 1997) plantea que “esta distorsión de la imagen corporal puede mantenerse por el sesgo de la atención hacia la información consistente con las creencias de que la figura corporal propia no es atractiva. A partir de esta perspectiva, surgen cambios conductuales...” (p.198).

Como se puede distinguir la obesidad infantil es un problema que avanza rápidamente desarrollando a corto o lo largo plazo diversas afecciones tanto físicas como psicológicas y sociales.

Se debe considerar que en la obesidad y en el sobrepeso infantil no existen soluciones rápidas; si no es cuestión de implementar una verdadera y eficaz solución, la cual se puede hallar en el cambio y el mejoramiento de los hábitos alimenticios, pues estos brindarán resultados permanentes y benéficos para la salud, además del involucramiento y participación activa de los padres pues en ellos recae la educación y aprendizaje de hábitos alimenticios saludables.

1.2.1. Historia del sobrepeso y la obesidad

A lo largo de los tiempos, se han tenido diferentes concepciones sobre la obesidad y el sobrepeso, algunas culturas consideraban a las personas obesas como individuos poderosos, fuertes y saludables; no obstante, existían desde la antigüedad escritos médicos que advertían sobre las consecuencias de ser obeso, uno de estos famosos escritos fue redactado por Hipócrates

en donde señalaba que “los hijos de los delgados son delgados y los hijos de los robustos son robustos” (Cordero, 2004, p. 31).

Ya desde la época de la colonia en México, se escribía sobre la salud, en esa época vivió un médico de origen español de nombre Cristóbal Méndez quien escribió *el libro de ejercicio corporal* en 1553, en donde especificaban los múltiples beneficios de hacer ejercicio y las consecuencias de comer en exceso. En una parte de dicho libro aseveraba lo siguiente:

Que los antiguos, según algunos dicen, no comían más que una vez al día, que se llamaba cena; y así se dice que los ángeles no comen, y los santos una vez al día, y los hombres dos, y las bestias no paran en todo el día y noche, y por eso será bien que haya templanza y nos seamos semejantes a las bestias. (Cordero, 2004, p. 33)

Por lo anterior se deduce que desde ese entonces ya se tenía una consciencia sobre los hábitos alimenticios, y que dependiendo de cómo se ejerciera la alimentación de cada persona, igual sería su salud.

Curiosamente, aunque desde tiempos remotos algunos ya tenían conocimiento sobre lo que implicaba la obesidad en la salud, en el resto de las personas seguía predominando la idea errónea, de que la obesidad en los individuos era símbolo de fortuna económica y alta posición social. Sin pensar, que esto los llevaba a una muerte segura, a consecuencia de las diversas enfermedades (indigestión, gota, infartos, hipertensión, etc.) desarrolladas por la obesidad y el sobrepeso.

No fue sino hasta mediados del siglo XX, cuando empezó a surgir la preocupación por la obesidad entre los médicos y la población mundial. La creciente industrialización, el nacimiento de nuevas tecnologías como la radio y la televisión que fuertemente tuvieron sus influencias publicitarias en el consumo de alimentos y las demandas de la vida cada vez más exigentes, llevaron a sociedades a la adquisición de nuevos estilos de vida entre ellos el aumento en el consumo de alimentos procesados y rápidos. Posteriormente números estudios que salieron a

la luz acerca de la obesidad y sus consecuencias, crearon conciencia desde el siglo pasado, erradicando así, la idea de que una persona obesa es sinónimo de bienestar.

A través de las investigaciones médicas, ahora se tiene el conocimiento de que dicha condición lleva a las llamadas enfermedades degenerativas que ponen en riesgo la salud de los individuos, algunas de ellas son: hipertensión, diabetes, infartos de miocardio, lesiones en los pulmones, gota, y sobretodo el endurecimiento de las arterías llamado comúnmente como “arterioesclerosis” que es producido por los alimentos ricos en grasa aumentando el índice de masa corporal.

Siendo así, que en 2016 cada gobierno atiende estas enfermedades de la población, dedicándose atender a quienes sufren de sobrepeso u obesidad; sin embargo, eso no basta para detener el avance de la epidemia se necesita de más programas de salud que traten no solo las enfermedades a consecuencia de esta condición, sino programas de educación y prevención para la salud.

1.2.2. Definición y mediciones del sobrepeso y la obesidad

La obesidad, es una condición que en los últimos años ha ido en aumento entre la población tanto adulta como infantil. La obesidad se especifica generalmente como exceso de peso; según la OMS (2016) el sobrepeso y la obesidad no es otra cosa que la acumulación extremada de grasa que puede dañar permanentemente la salud.

Otras fuentes la citan como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, decretándola como:

Una enfermedad en la que coinciden varios factores, siendo los más importantes una tendencia metabólica demostrada-en mayor o menor medida- por diversos autores (grasa parda, disminución de la termogénesis, alteración del mecanismo de la bomba de sodio y potasio, alteración del balance, etc.), con una tendencia, por algunos discutida, en

algunos casos a comer más, generalmente frente a situaciones de stress. (LeBow, 1986, p. 10).

Como bien se cita, es posible que el sobrepeso y la obesidad tengan una tendencia a factores emocionales de las personas, canalizando sus sentimientos como ira, enojo, aburrimiento, tristeza, depresión, frustración, etc. Hacia la comida, generando un aumento considerable en el peso corporal; sin embargo, otras investigaciones han inclinado la balanza hacia lo biológico Stunkard y colaboradores (citado en LeBow, 1986) sostienen que los hijos de los obesos serán obesos, aun cuando no se hayan criado a lado de estos, porque consideran que el factor genético de la enfermedad permanece en las generaciones. No obstante, para LeBow (1986) “la obesidad infantil es un problema de facetas múltiples afectado por variables genéticas, fisiológicas, sociales y económicas” (P. 216).

Existe una complejidad en cuanto a la definición de la obesidad y el sobrepeso, debido a, que en la actualidad son diversos los factores que se ven implicados en esta condición física.

Con frecuencia se suele definir al sobrepeso y la obesidad como sinónimos, lo que lleva a muchas de las ocasiones que las personas no sepan distinguir si padecen sobrepeso u obesidad.

El sobrepeso es el excedente de grasa acumulada en el cuerpo, la medida universal para identificar si se tiene sobrepeso es de entre 25 y 29.9 kg/m², tomando en cuenta que el sobrepeso es el primer paso hacia la obesidad.

La OMS establece “el sobrepeso, como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30” (Castillo, 2011, P. 26). Por lo que el diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso usualmente puede ser definido por diferentes métodos utilizados para medir de forma individual el índice de masa corporal (IMC) que funciona como indicador entre el peso y la talla. Para Fernández y Vera (citado en Caballo, 1997) sostienen que algunos de estos sistemas para medir la grasa corporal son inexactos debido a que ciertos instrumentos como *la Metropolitan Life Insurance Company* fueron diseñados y aplicados en una población diferente a otras, sin embargo; cabe destacar que finalmente es método utilizado de manera universal.

El peso es una medida de la grasa corporal y de otros componentes como la masa muscular, por lo tanto el diagnóstico de sobrepeso debe considerar diversos factores, por ejemplo: dos personas tienen una estatura similar y pesan exactamente lo mismo, pero tienen estilos de vida diferentes, la primera de ellas practica deporte activamente; le gusta correr, realizar alguna actividad con pesas y lleva una alimentación equilibrada, la otra persona disfruta de comer mientras ve televisión o de estar frente a la computadora la mayor parte del tiempo, es lo que se consideraría en términos médicos inactiva. Aunque estas dos personas tienen el mismo peso y estatura, sus niveles de sobrepeso no se asemejan en lo absoluto, debido a las diferentes actividades que realizan en el día con día, por ello LeBow (1986) afirma que siempre debe considerarse que “el peso refleja la edad, el sexo, la estatura y la contextura física” de cada individuo (P. 34).

Dentro de los sistemas más utilizados por su eficacia para determinar el peso adecuado de las personas existen tablas estandarizadas de peso; toman en cuenta el sexo, estatura, edad y la constitución física (pequeña, mediana o grande) del individuo. Según el semáforo de la alimentación del “programa no a la obesidad” de la Secretaría de Salud Pública y el Gobierno del Distrito Federal, para determinar el IMC se recomienda realizar la siguiente operación:

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m)}^2} \quad \text{Ejemplo} \quad \frac{55 \text{ kg}}{(1.52 \times 1.52)} = \frac{55}{2.31} = 23.8$$

Este mismo programa aplica estándares para determinar si el resultado de la persona tiene un IMC normal, con sobrepeso u obesidad. A continuación, se detalla una tabla de resultados:

Tabla 1. Resultados del IMC según el cálculo de acuerdo a la fórmula

IMC	Menor a	Normal	Sobrepeso	Obesidad mayor a
Kg/m²	18.5	18. y 24.9	25.0 y 29.9	30.0
Riesgos en la salud	Anemia y osteoporosis	Ninguno	Hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, etc.	Hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, etc.

Diseñada según datos retomados del programa “No a la obesidad” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Para determinar el IMC del menor de entre 5 y 9 años el IMSS (2017) recomienda la siguiente fórmula:

- a. Multiplicar la estatura por la estatura $1.20 \times 1.20 = 1.44$
- b. Dividir el peso entre los m² obtenidos de la estatura. $25 / 1.44 = 17.3$
- c. El IMC es de 17.3 en un varón de 8 años, según la tabla (3) de IMC para niños tiene sobrepeso.

Tabla 2. IMC para niñas

EDAD	Riesgo de nutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
5 años y 6 meses	12.7	15.2	16.9	19.0
6 años	12.7	15.3	17.0	19.2
6 años y 6 meses	12.7	15.3	17.1	19.5
7 años	12.7	15.4	17.3	19.8
7 años y 6 meses	12.8	15.5	17.5	20.1
8 años	12.9	15.7	17.7	20.6
8 años y 6 meses	13.0	15.9	18.0	21.0
9 años	13.1	16.1	18.3	21.5
9 años y 6 meses	13.3	16.3	18.7	22.0

Tabla del IMSS. Retomada en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>

Tabla 3. IMC para niños

EDAD	Riesgo de nutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
5 años y 6 meses	13.0	15.3	16.7	18.4
6 años	13.0	15.3	16.8	18.5
6 años y 6 meses	13.1	15.4	16.9	18.7
7 años	13.1	15.5	17.0	19.0
7 años y 6 meses	13.2	15.6	17.2	19.3
8 años	13.3	15.7	17.4	19.7
8 años y 6 meses	13.4	15.9	17.7	20.1
9 años	13.5	16.0	17.9	20.5
9 años y 6 meses	13.6	16.2	18.2	20.9

Tabla del IMSS. Retomada en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>

Como lo menciona Monroy (citado en Mercado y Vilchis, 2013) “La epidemia de obesidad abarca muchos problemas tanto individuales como sociales, como un riesgo mayor de muerte prematura, disminución de la calidad de vida y costos de salud elevados” (p. 52).

Se puede observar, que estos métodos de medición del peso, permiten a la comunidad médica y a uno mismo, obtener información sobre si se padece o no sobrepeso u obesidad, siendo que de este modo se podrá generar soluciones viables para los individuos que sufren de esta enfermedad crónica como lo es la obesidad.

1.2.3. *Tipos de obesidad*

Como se menciona líneas arriba, el IMC permitirá medir el peso corporal de las personas, una vez obteniendo el resultado si se determinó que la persona padece sobrepeso u obesidad, se debe clasificar que tipo de obesidad se sufre. Desde los años 40, Jean Vague, planteó “que la distribución anatómica de la grasa corporal determinaba en forma distinta el riesgo de salud asociado a la obesidad” (Moreno, 2012, p. 127).

En los últimos años se ha determinado, que la grasa acumulada alrededor del área abdominal se relaciona a un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas. A raíz de esta determinación, se implementaron una serie de mediciones e índices que fijarán el cumulo de grasa abdominal, Moreno (2012) supone que la medición del abdomen es un buen elemento de medición que ayuda a la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Kauffer, Tavano y Ávila (2009) a través de la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) expusieron una propuesta donde se especifica que el máximo de cintura para hombres es de 94 cm y para mujeres la medida estándar es de 80 cm, siendo así, que cualquier medida por arriba de estas normas, se considerarán alarmantes e inmediatamente se deberá poner en ejecución alguna medida para disminuir la talla. A continuación, se detalla una tabla realizada por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):

TABLA 4. Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el índice de masa corporal, el perímetro de la cintura y el riesgo asociado de enfermedad

CLASIFICACIÓN	TIPO DE OBESIDAD	MC	RIESGO DE ENFERMEDAD EN RELACIÓN CON EL PESO Y EL PERÍMETRO DE CINTURA NORMALES	
			Hombres >102 cm	Mujeres > 88 cm
Hombres < 102 cm				
Mujeres < 88 cm				
Bajo peso		<18.5		
Normal		18.5-24.9		
Sobrepeso		25.0-29.9	Aumentado	Alto
Obesidad	I	30.0-34.9	Alto	Muy alto
	II	35.0-39.9	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	III	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Retomada de: el artículo *La obesidad en el adulto (s.f)* de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Actualmente la OMS señala los índices establecidos como parámetros para clasificar los tipos de obesidad, presentando el nivel de riesgo que corre la salud al padecer obesidad en sus distintos tipos.

Como se ha hecho mención tener sobrepeso u obesidad no es lo mismo, de igual forma la obesidad tampoco se determina en un solo tipo. Kauffer *et al* (2009) catalogan a la obesidad en tres estándares de acuerdo a su “fenotipo”:

- Obesidad tipo I: exceso de grasa corporal distribuida imparcialmente en todo el cuerpo.
- Obesidad tipo II: exceso de grasa en el área abdominal.
- Obesidad tipo III: exceso de grasa abdominal visceral.

La explicación por lo cual existen diferentes tipos de obesidad, es de acuerdo al número de adipocitos que tenga la persona; en otras palabras, el cuerpo está conformado por células inteligentes (adipocitos) que conforman el tejido graso. Clasificándolos en dos tipos:

- a. Hipertrofica: los adipocitos son más grandes de lo normal.
- b. Hiperplásica: hay mayor número de adipocitos.

La diferencia radica generalmente en que las personas que padecen hipertrofia sufren del aumento del tamaño de los adipocitos, pero no en el número de estos, siendo lo contrario en el caso de la obesidad hiperplásica pues el número de adipocitos se duplica, pero cuando la persona

baja de peso los adipocitos disminuyen su tamaño, pero no la cantidad, lo que complica que la persona regrese a su peso anterior.

También la obesidad es catalogada de acuerdo al factor que la determina:

- Exógena: Tiene que ver con los desajustes en la alimentación, exceso de alimentación que el organismo no requiere, por lo tanto, se acumula como energía reservada.
- Endógena: Se relaciona con los cambios metabólicos internos, existen mecanismos del cuerpo que pueden estar generando grasa en el cuerpo, enfermedades como la diabetes, hipertensión y enfermedades de tipo hormonal como los ovarios poli quísticos o la menopausia.

Finalmente, la obesidad se especifica según su forma en el cuerpo de las personas:

- Forma androide (manzana): la grasa se acumula generalmente alrededor del abdomen y el pecho siendo los hombres quienes más la padecen, por su acumulación en el pecho se relaciona con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y colesterol elevado.
- Forma ginecoide (pera): es común en mujeres la grasa predomina alrededor de las caderas, glúteos y la cintura por lo regular suele ser más fina, se relaciona más con el aparato circulatorio, la consecuencia es que se genera con mayor facilidad la celulitis, pero es menor el riesgo de salud.

Esta información es útil y necesaria para conocer los diferentes tipos de obesidad que existen y porque son clasificados de esa forma, tener conocimiento de lo que sucede en el organismo y porque sucede, probablemente ayude a la modificación de los hábitos alimenticios de forma permanente.

1.2.4 *Causas y posibles vinculaciones de la obesidad y sobrepeso en niños*

Estudios cada vez más numerosos han arrojado datos relevantes sobre la obesidad infantil, gracias a dichos estudios hoy se sabe que el origen o causa de este padecimiento es “multicausal”, es decir; que su desarrollo se debe a la combinación de diversos factores, que van desde una enfermedad endocrinógena, hasta causas ambientales, genéticas y psicológicas.

Las múltiples causas de la obesidad infantil pocas veces son abordadas desde un ambiente intrauterino y todas aquellas influencias que recibe el ser en las etapas prenatal y posnatal. Existen componentes prenatales y nutricionales que posiblemente pre-dispongan al organismo al cumulo de tejido adiposo, llegando afectar el desarrollo del tejido muscular y funciones cardiometabólicas del feto. Garibay y Miranda (2008) sustentan que, si la madre durante el embarazo padece “diabetes gestacional, preclamsia, insuficiencia placentaria, hipertensión y sobrealimentación” el neonato corre el riesgo de padecer “resistencia a la insulina, obesidad y diabetes mellitus en la vida posnatal”. (p. 451)

Las acciones que realice la madre durante el embarazo puede o no afectar el desarrollo del feto, las mujeres embarazadas en muchas ocasiones caen en extremos alimentarios, que van desde una exageración en el cuidado de la figura y restricción en el consumo de calorías, hasta mujeres que caen en el descuido alimenticio consumiendo todo tipo de alimentos altos en grasa y con poco aporte nutricional. Al llevar a cabo este tipo de prácticas alimenticias se puede alterar el ambiente y el progreso del feto.

La desregulación en la disponibilidad de sustratos energéticos, tanto en la vida prenatal como posnatal, predisponen al desarrollo de procesos de adaptación metabólica y hormonal que persisten a lo largo de la vida y que se relacionan con el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas (Garibay y Miranda, 2008, p. 452)

Queda claro que el cuidado de la alimentación durante el embarazo determinará la condición física y neuronal del recién nacido. Sin embargo, la alimentación que ejerce la mujer embarazada, no siempre depende de ella sino de otras circunstancias, para DeSchampheleire, Parent y Chateur (como se cita en LeBow 1986) las dificultades económicas orillan a las mujeres de bajos recursos, a consumir cantidades altas de hidratos de carbono (pan, dulces, pasteles, etc.) e insuficientes proteínas, lo que conllevará a tener un “infante obeso”.

Mucho se alude que el sobrepeso del infante al nacer tiene una clara relación con el peso de la madre y el aumento del peso durante el embarazo, hallazgos de Gross, Sokol y King sugieren que “las madres con importante sobrepeso engendran bebés más pesados” (citado en LeBow

1986, p.52) A pesar de lo expuesto el peso de la madre durante el embarazo no es razón suficiente para decretar que el neonato en un futuro sea obeso, sino que se requiere de un conjunto de factores que determinarán dicha condición.

De igual forma, el sobrepeso del recién nacido es vinculado a la alimentación que la madre le proporcione en la etapa post-natal, pues estudios sugieren que la leche materna es superior a la leche de fórmula y el biberón. La explicación más lógica para esta idea es debido a que cuando el neonato toma biberón consume la cantidad que la madre considera necesaria para la criatura y no la cantidad que el niño requiere; siendo esta práctica perjudicial, la razón, es porque el menor no tiene control sobre lo que consume exponiéndolo así a una sobrealimentación. Para Powers (citado en LeBow, 1986) “el amamantamiento durante los primeros 4 a 6 meses no sólo proporciona todos los nutrientes que el bebé necesita, sino que probablemente también reduce las probabilidades de una obesidad ulterior” (p.60)

Por otro lado, el sobrepeso en los menores podría tener una explicación desde el vínculo madre-hijo, debido a las interpretaciones que la madre le asigna al llanto del bebé, cuando el recién nacido ejerce un fuerte llanto la madre rápidamente lo asocia como una solicitud de comida, de esta forma el niño aprende que para obtener comida su mejor aliado es el llanto, convirtiéndose este método en una alternativa habitual para ambos, por tanto, autores como Lloyd y Wolff (citados en Lebow, 1986) sostienen que durante la infancia el vínculo madre e hijo es mediado en gran parte por la comida.

El primero en manifestar las consecuencias a largo plazo que el lazo madre-hijo tiene sobre la obesidad es el investigador Bruch que desde 1979 afirma que tranquilizar al niño con comida cada vez que llora, puede generarle confusión en la interpretación de sus estados de ánimo. “La conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión” (citado en LeBow, 1986, p. 63)

Como resultado de estos actos posiblemente en un futuro las personas recurran a la comida como consuelo a sus diversas problemáticas, debido a que no sabrán distinguir o canalizar sus emociones de otra forma que no sea con la comida, lo que ocasionará una gran dependencia hacia ella, para encontrar consuelo instantáneo generándoles sobrepeso u obesidad, Garibay y Miranda (2008) afirman que:

La alimentación puede corresponder al estímulo que, al actuar en un período crítico, como la etapa neonatal y la lactancia, puede tener consecuencias a largo plazo y programar el metabolismo de la vida adulta, predisponiendo al desarrollo de obesidad y otras alteraciones (Garibay y Miranda, 2008, p. 456).

En cuanto a vinculaciones genéticas estudios han concluido que las variables genéticas establecerán en gran medida el desarrollo del sobrepeso en los sujetos. En 1981 Poskitt y Cole citados por LeBow (1986) dedujeron que la genética determina el tipo de cuerpo, los padres aportan la musculatura (mesomorfismo) y la madre la redondez (endomorfismo) sin dejar de lado la naturaleza y el tipo de crianza que se práctica desde la familia.

Otro factor asociado al desarrollo del sobrepeso es la influencia ambiental que se ejerce en los niños, debido a que son diversos los sectores que se ven involucrados en cuanto al consumo y aprendizaje de los alimentos, involucrando principalmente el aumento de peso infantil en la familia, siendo a través de está donde se forman los hábitos alimenticios que se tendrán a lo largo de la vida. La falta de información o el poco interés en la alimentación que padecen los responsables de familia ha generado que cada vez más sean los niños quienes sufran los estragos de la enfermedad. Sin embargo; no toda la responsabilidad es de los padres, sino del sector salud y el gobierno que no han proveído de herramientas necesarias a las familias para que estas sepan ejecutar una sana alimentación en los niños.

Intereses políticos y económicos han aportado a la obesidad infantil, los productos con enormes cantidades de azúcar y carbohidratos simples que vendidos al por mayor convierten a los niños en sus máximos consumidores, en nuestro país pocos son los esfuerzos por la regulación de dichos productos y mercadotecnia que dañan gravemente la salud, Cordero lo describe de la siguiente manera:

Los carbohidratos se convierten en azúcar, al llegar al intestino y pasar a la sangre-eleva la producción de insulina en nuestro cuerpo, la cual sirve como el vehículo que introduce el azúcar a las células, es tal la cantidad de insulina que se produce, que al poco tiempo de comer papas hay “deseo” de comer más (“A que no puedes comer solo una”, dice el eslogan publicitario), y al poco tiempo de ingerir un refresco de cola se tiene “sed”,

porque el cuerpo pide más carbohidratos (esa es la razón de la popularidad de los enormes refrescos de litro y medio o dos litros) (Cordero, 2004, p. 39)

La influencia de los medios y publicidad es tal que ha modificado los gustos y estilos de alimentación entre las poblaciones. Ejemplo de ello, cuando un niño saca buenas calificaciones o es su cumpleaños se le festeja comprándole comida chatarra (un mega paquete de hamburguesa o pizza, papas, refrescos, dulces, etc.) llenando de satisfacción al infante. Aunado a esto la falta de una cultura por el ejercicio.

Con esto, se destacan algunas de las principales causas que se ven involucradas el aumento del sobrepeso y la obesidad entre la población infantil, buscando mediante lo expuesto una concientización del papel que cada quien ejerce dentro de esta problemática mundial.

1.2.5 *Afecciones de la salud producidas por enfermedades crónicas asociadas al sobrepeso y obesidad*

La obesidad y el sobrepeso tienen importantes repercusiones en la calidad de vida de quienes la padecen. En la etapa infantil esta afección poco a poco irá mermando la salud física y emocional que se gozará en un futuro; Sin embargo, se ha vislumbrado un aumento de tasas de mortalidad infantil para las próximas décadas debido a las múltiples enfermedades crónicas degenerativas derivadas de la obesidad que padecen hoy en día gran parte de la población infantil.

Se ha detectado que la obesidad infantil tiene una asociación con el incremento y el desarrollo de alteraciones metabólicas destacándose de estas la diabetes y problemas cardiovasculares aún en edades muy tempranas. En el país cifras oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, aseveran que el padecimiento de la obesidad infantil se ha triplicado en el último año, más de cuatrocientos mil mexicanos (todos menores a 15 años) padecen obesidad tipo 1 o 2 principalmente causadas por una alimentación inadecuada y el sedentarismo. Se considera así que:

El sobrepeso y la obesidad causan la muerte alrededor de 2,8 millones de personas en el mundo de forma directa o indirecta, asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles (2004). Se estima que el 44% de la carga de diabetes, 23% de enfermedad coronaria isquémica y entre 7 y 41% de ciertos tipos de cáncer son atribuidos a la obesidad. (Liria, 2012, p. 359)

Como se ha destacado la obesidad es uno de los agentes que desata diversas enfermedades causantes de muertes prematuras asociadas principalmente a problemas cardiovasculares. El colesterol en circunstancias normales tiene diferentes funciones que regulan el organismo, pero los problemas surgen cuando se tienen niveles por encima de lo establecido originando “aterosclerosis” usualmente es alrededor de los cuarenta años cuando aparecen los síntomas que en muchas de las ocasiones se encuentra en una fase avanzada desembocando en infartos de miocardio o cerebrovasculares provocando una muerte repentina.

En México la alarma se disparó cuando se registró el primer caso de muerte por obstrucción en las arterias coronarias de un niño con tan solo 12 años de edad que pereció en el patio de su escuela. Con este episodio se inició la campaña “Ni un poncho más” la cual tiene por objetivo concientizar a los padres sobre los peligros de una alimentación inadecuada acompañada del sedentarismo en los hijos.

Se han citado tan solo algunas de las principales enfermedades crónicas; no obstante, la obesidad conlleva a sufrir otras muchas enfermedades, entre estos otros trastornos de salud se encuentran: cáncer, gota, hipertensión, hígado graso, artrosis, apnea del sueño y problemas cardiorrespiratorios y ginecológicos. Dichas enfermedades pueden o no desarrollarse en la infancia, para Liria (2012) los niños con sobrepeso en la vida adulta seguirán siendo personas obesas llegando a padecer alguna enfermedad relacionada con esa condición.

Esta situación ha llevado a los gobiernos de diferentes países a tomar medidas de prevención, los costos generados por las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento, en México la inversión en el sector salud es alrededor de 464 mil millones de pesos anuales de los cuales 80 millones son destinados a enfermedades crónicas, y se calcula un incremento al doble, de personas con obesidad en los próximos años.

El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Pablo Kuri declaró en 2015 que las enfermedades de transmisión viral han dejado de ser la principal causa de muerte entre la población mexicana, sustituyéndolas enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer derivadas del sobrepeso. Es relevante, tomar en consideración dichas cifras, ya que talvez en un futuro no muy lejano el sector salud mexicano entre crisis económica, siendo de esta forma que cada quien correrá con los gastos de alguna enfermedad crónica degenerativa resultado de una vida llena de hábitos alimenticios inadecuados.

La obesidad no solo se deriva en afecciones de la salud física, sino conlleva problemas psicológicos y sociales, produciendo en las personas efectos tales como: baja autoestima, trastornos alimenticios, bajo aprovechamiento escolar, introversión, etc. Una vez analizando las afecciones que provocan el sobrepeso y la obesidad, se debe considerar tomar medidas de prevención y modificar los estilos de vida inapropiados para evitar todos los padecimientos que se generan por la condición del sobrepeso y la obesidad.

1.2.6. *Medidas de prevención frente a la obesidad y el sobre peso infantil*

Para detener el crecimiento de esta epidemia mundial en diferentes países se han implementado programas que alertan a la población sobre los riesgos en la salud que conlleva el sobrepeso y la obesidad. En España diversas entidades del sector salud se han unido para impulsar el programa “*Perseo*” proyecto piloto que busca promover entre la población escolar, hábitos de vida saludables que van desde ejercer una alimentación adecuada hasta motivar a los niños de entre 6 y 10 años a realizar algún tipo de actividad física, en el periodo escolar 2010-2011 del país mencionado, realizó estudios por el programa Thao-Salud infantil revelando datos estadísticos preocupantes, declarando así que de los 38.008 niños y niñas que formaron parte de la muestra del estudio “un 21,7% presentaron sobrepeso y un 8,3% obesidad. La prevalencia de exceso de peso en las niñas (30,7%) fue ligeramente más elevada que en los niños (29,3%)”. (Martínez, Villarino, García, Calle y Marrodán, 2013, p. 83).

Mientras en México ante tal problema de salud, a partir del año 2007 durante el gobierno del ex presidente Felipe Calderón, se implementó a través del Programa Nacional de Salud (2007) un esquema denominado “No a la obesidad”, cuyo objetivo primordial es “disminuir mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en conjunto” (p. 17)

Dicha estrategia es dirigida a distintos grupos de edades, entre los escolares, se pretende pesar y medir a todos los alumnos de nivel básico y los resultados serán entregados a los padres junto con una propuesta para optimizar la salud del menor. En la página web “No a la obesidad” se aplican varias estrategias como la medición computarizada del IMC y la recomendación de dietas de acuerdo a las calorías que se deben consumir para bajar o mantener el peso adecuado. No obstante, la estrategia no se aplica desde un enfoque psicoeducativo dejando algunos huecos estratégicos, pero se reconoce que ha sido una brecha en el país para concientizar a la gente sobre los efectos de la obesidad y el sobrepeso.

A pesar de los esfuerzos que se han hecho en el país, pocos han sido los resultados en la disminución del consumo de los alimentos chatarras, prevaleciendo entre la población la preferencia de estos alimentos sobre de los carbohidratos complejos (frutas, verduras, cereales integrales y alimentos de origen animal bajos en grasa) debido principalmente a la falta de información nutricional que persiste entre la población mexicana. Por ello, la importancia de informar e impartir programas de nutrición que enseñen qué son los hábitos alimenticios saludables y cómo incorporarlos a la vida cotidiana, mediante programas psicoeducativos dirigidos a los responsables de familia debido a que en ellos recae la responsabilidad del establecimiento de hábitos alimenticios de los niños. Sin embargo, es un trabajo multidisciplinario en donde no solo participan los padres, sino todo el gremio involucrado en la educación alimenticia.

En 2004 la OMS elaboró una estrategia mundial sobre *Régimen alimentario, actividad física y salud* con la finalidad de prevenir y controlar enfermedades crónicas; entre algunas de las soluciones planteadas en este régimen se destacan las siguientes:

Recomendaciones para la población adulta a cargo de la educación de niños sobre la alimentación y actividad física:

- Aumento en el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y frutos secos.

- Bajar el consumo de grasas saturadas en algunos casos dejar por completo estos alimentos perjudiciales.
- Incremento en el consumo de alimentos de origen animal bajos en grasa como pescado, carnes magras y lácteos descremados.
- Reducir el consumo de sal y azúcar en los alimentos que se consumen.
- Promover la lactancia natural durante 6 meses y ejercer una alimentación sana principalmente antes de los 2 años de vida.
- Ejercer algún tipo de actividad física durante toda la vida.
- Realizar actividades físicas en familia.
- Incorporar a los hijos a algún deporte de acuerdo a la edad.
- Reducir las horas de ver televisión o jugar videojuegos.

Principios de acción para entidades gubernamentales

- La estrategia debe ser multisectorial y abordar los riesgos de las enfermedades crónicas a largo plazo.
- Ejecutar los programas conforme a las capacidades y economía del país.
- Los gobiernos deben comprometerse ampliamente en los programas participando activamente en la supervisión e intervención correspondiente en todas las etapas de la aplicación.
- Trabajar conjuntamente con sectores involucrados en la información y educación nutricional.
- Regulación de las empresas supervisar que productos se suministran en el mercado nacional.

La OMS está adoptando medidas para mejorar la alimentación e incremento de actividad física a nivel mundial, esperando que para 2025 trabajando en conjunto con diferentes países se cumpla una de las metas establecidas en la Asamblea Mundial de la Salud del 2012 en cuestiones de salud y nutrición infantil.

En conclusión, para comprender mejor que es lo que desarrolla dicha enfermedad se han realizado estudios científicos llegando a aclarar que son diversas las causas que determinan la obesidad, destacándose sobre todo el empleo de prácticas alimenticias inadecuadas y la falta de actividad física en los niños convirtiendo al sedentarismo en parte de la vida cotidiana.

En cuanto a la alimentación, como se ha analizado a lo largo del capítulo la creciente industrialización y mercadotecnia han llevado al consumo excesivo de alimentos procesados, modificando la alimentación de las personas sobre todo de los menores saturando a las escuelas de productos ricos en grasa.

Es evidente que poco se ha podido hacer en contra de esta invasión alimenticia, en cambio se puede hacer mucho desde la educación y formación de hábitos alimenticios saludables que surjan dentro del núcleo familiar, si a los padres se les dota de herramientas eficaces en cuanto al conocimiento alimenticio y se les concientiza sobre las consecuencias obeso-génicas, podrán mejorar la alimentación de los hijos, estableciéndose así, desde la infancia hábitos saludables que garanticen en la infancia y la adultez una mejor calidad de vida a través de la salud.

• • •

CAPÍTULO II

2 *Educación para la salud*

El siglo XX trajo consigo grandes avances en áreas como la química, biología, tecnología, farmacología y psicología, prolongando y modificando diferentes estilos de vida entre las poblaciones, los nuevos conocimientos surgieron y el desarrollo de tratamientos no se hicieron esperar, alcanzando con ello uno de los objetivos de la ciencia médica que es la prolongación y una mejora en la calidad de vida.

Aun así; para llegar a este cúmulo de progresos medicinales se tuvieron que superar varios obstáculos que iban desde creencias citadinas hasta prácticas medicinales que ponían en riesgo la salud de quienes las realizaban. Ejemplo de ello, las aportaciones de Edward Jenner que tuvieron sus frutos en el siglo XIX cuando probó por primera vez la vacuna de la viruela en un niño de 8 años dando resultados positivos. A partir de este acontecimiento se empezó a utilizar el método en otras personas; sin embargo, las creencias erróneas de las personas obstaculizaron la aplicación de la vacuna entre la población, no fue sino hasta 1805 cuando la realeza puso el ejemplo al utilizar la vacuna entre los integrantes de la familia real.

Semejante fue el caso con el químico francés Louis Pasteur persona destacada en la historia de la invención de las vacunas, sus investigaciones llevaron al conocimiento de los microorganismos y con ello al desarrollo de algunas vacunas, sus estudios permitieron importantes adelantos en la medicina, no obstante, también tuvo que librar diferentes obstáculos para la ejecución de las vacunas en especial la de la rabia, fue criticado y abandonado por su propio laboratorio quienes no estaban de acuerdo en que la prueba de la vacuna fuera experimentada en las personas y menos en un niño, al final tuvo resultados acertados.

Estos y otros casos medicinales dieron paso a la institución de leyes de vacunación entre los países, disminuyendo de esta manera los casos de mortandad por enfermedades bacterianas o virales.

Dichos avances medicinales surgidos en el siglo XX, han hecho que hoy día se pueda disfrutar de muchos beneficios en la salud extendiendo la expectativa de vida; Sin embargo, ahora en pleno siglo XXI la mortandad de las personas ha dejado de ser en su mayoría producida por las enfermedades virales, pasando la estafeta a las enfermedades crónicas degenerativas siendo dato curioso que a pesar de la nueva epidemia que se vive la gente siga padeciendo de programas educativos basados en el autocuidado y por ende de una falta de educación para la salud.

Para poder discernir con presión que es educación para la salud, primero se tiene que identificar claramente los conceptos de educación y salud. El término de educación no tiene una sola connotación, pero si se llega a partir de una declaración etimológica, para Martínez (citado en Perea, 2001) la educación viene:

del vocablo 'educere' (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se analiza la voz «educare» («criar», «nutrir», o «alimentar»), están significando ambas lo que es propio de la raíz «duco», es decir, «tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir» (Sanvisens, 1984). Un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también auto conducción, conducción desde dentro. La educación necesita de ayuda, pero la decisión interna del discente es decisiva; surgen dos vertientes: la heteroeducación y la autoeducación (Perea, 2008, p. 17)

La educación abarca todos los ámbitos del hombre que puede ser desarrollada desde una forma autónoma hasta con tintes sociales. A través de la educación se puede generar mayor discurso del entorno, de acuerdo con Perea (2008) “la racionalidad humana permite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía, y la libertad” (p. 18). La transmisión del conocimiento abre las puertas para una mayor y mejor comunicación entre el individuo y la sociedad.

La educación puede ser adquirida ya sea de manera formal e informal, para autores como La belle, la educación informal es un cumulo de conocimientos que se adquieren a través de la interacción y experiencias con el entorno siendo su principal transmisor <<la familia>>. Otro autor destacado en esta línea de la educación es Durkheim quien definen que:

La educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social. Tiene por objeto el suscitar y desarrollar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado. (Mendiola y Pérez, 2008, p. 117)

En la educación formal se encuentran involucradas todas aquellas actividades educativas que tiene como propósito obtener cierto tipo de aprendizaje para un fin determinado que no necesariamente puede ser producido solo en un ámbito escolar.

Si se parte de la idea de Durkheim con base a que la educación es meramente social en donde la participación del estado no puede ser ajena a ella y siendo su principal fin el de “adaptar al niño al ámbito social en el que está destinado a vivir” (Perea, 2008, p. 118) Se puede entonces declarar que el estado tiene la obligatoriedad de educar en cuestiones de salud por ende formar parte de los planes educativos y programas generales dirigidos a todos los niveles y áreas de la sociedad.

Con base a lo anterior se puede determinar que la educación está implícita en todos los acontecimientos de la vida cotidiana al igual que la salud considerando que sin ella no se podría realizar todas aquellas actividades individuales y sociales. De acuerdo con Jenkins (2005) “la salud es el fundamento esencial que apoya y nutre al crecimiento, el aprendizaje, el bienestar personal, la plenitud social, el enriquecimiento de los demás, la producción económica y la ciudadanía constructiva” (p. 4).

La OMS en 1948 declara en un plan de acción de la comisión para acabar con la obesidad infantil que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2016, p. 202). La definición del concepto de salud ha evolucionado y con ello han surgido acciones sanitarias que conducen a la promoción de estilos de vida saludables, las cuales pueden ser guiadas desde dos perspectivas una de prevención y otra de promoción.

La diferencia entre ambas radica en que la promoción de la salud implica una metamorfosis en los estilos de vida individuales y familiares mediante la difusión de campañas de salud

dirigidas a todo tipo de comunidades y depende de cada persona el adoptar o no a su vida la información proporcionada por las políticas de salud. En el caso de la prevención de enfermedades los resultados en la modificación de hábitos saludables dependerán en gran medida de la intervención activa de los “profesionales de la salud”.

La preservación de conductas saludables como llevar una alimentación saludable o hacer ejercicio son hábitos que promocionan la salud, por otro lado, realiza prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes, reducción del colesterol, problemas cardiovasculares, entre otras. Para Jenkins (2005) “El desafío de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud podría requerir la evaluación y modificación del estado cognoscitivo, emocional, conductual y social de las personas, los grupos y las comunidades” p. 14.

En el país, cada vez son más los profesionales instruidos en el ámbito de la salud, interesados en crear nuevas estrategias que generen aprendizajes significativos en cuestiones de alimentación, modificando así conductas y patrones que repercutan en las prácticas de vida sanas previniendo todas aquellas afecciones físicas, psicológicas y sociales.

En dichas estrategias de salud se ve implícito el papel que puede desarrollar el psicólogo educativo, su participación se puede ver reflejada tanto en la promoción de la salud como en la prevención de enfermedades mediante programas psicoeducativos que promuevan aprendizajes que modifiquen hábitos de vida saludables.

De esta manera se expresa que a través de la educación para la salud se puede fomentar en las personas el cuidado de la salud desde edades muy tempranas desarrollándose hábitos saludables que se ejecuten a lo largo de la vida, evitando la afectación de la salud propia y de la familia.

2.1. La cultura y alimentación en México

El fenómeno de la alimentación es un tanto complejo, debido a que no solo se cubre una necesidad biológica, sino se están cubriendo aquellas normas, hábitos y costumbres de toda una sociedad. La alimentación no es la misma en todas las sociedades ni tampoco ha sido la misma

a lo largo de los tiempos, la concepción de la alimentación según Bertran (2010) es determinada por “factores sociales, culturales y económicos” (p.389).

En este sentido las condiciones externas dictaminarán los hábitos y costumbres en la alimentación de cada persona, debido a que los regímenes alimenticios son articulados por los grupos cercanos, estableciendo normas, horarios y ritos que giran en torno a la alimentación.

En la capital mexicana existe una gran diversidad de alimentación y espacios destinados para el consumo de alimentos, que van desde lugares lujosos hasta sitios populares. La ciudad ha ido en crecimiento y con ello los usos y costumbres en la alimentación, además de que también los programas alimenticios han sufrido cambios pues con anterioridad estos estaban dirigidos al combate de la desnutrición y hoy lo son para enfrentar el sobrepeso y la obesidad. El avance en la ciudad también ha intervenido en las formas de alimentación entre los mexicanos, el ritmo de vida ha llevado a establecer el sitio, la hora y el ritmo con que se come.

Como se ha mencionado, el tema de la alimentación es un tanto compleja y multifactorial en la que intervienen lo biológico a la par de lo cultural. Es decir, la complejidad en la alimentación humana tiene que ver con la “naturaleza social” del hombre quien es puramente un ser social, cualidad que obliga a que en la interacción con otros se construyan los modos de vida. Significa entonces, que para el individuo la cuestión de la alimentación abarca mucho más que solo las cuestiones biológicas. Dichas prácticas sociales dan pauta a la creación de ciertos discursos que median la sociedad, afirmándose desde esta idea que:

Se instituye, así, la práctica de la vigilancia. Esta práctica ha sido interiorizada por todos los vigilados, provocando la automonitorización y el autocontrol, de acuerdo con los cánones de la normalidad. El poder conceptualizado de esta manera no es una propiedad de una persona o grupo, es algo que cualquier persona puede ejercer a través del discurso. (Vilhena, 2012, p.118)

El pensar el tema de la alimentación desde un esquema “biocultural” ayuda al entendimiento de la diversidad alimentaria. Autores como Michel Foucault al analizar el desarrollo de la medicina propone que hay cosas que son inseparables, es decir, la biología del hombre va a

incidir en todo lo que tiene que ver con la cultura y a su vez esta envolverá al ser biológico, en ese sentido se debe de concebir como unidad a estos dos conceptos: la cultura y la alimentación.

Es trascendente tomar en cuenta como se construye en las sociedades las visiones de la alimentación, debido a que cuando las personas se alimentan será entorno a la función de los valores y costumbres que se han inculcado en la interacción con otros.

El resultado colectivo de la alimentación en México no es otra cosa que la propia construcción de actos, costumbres y hábitos de la creación colectiva de los patrones de alimentación.

2.2 *Cambios y transformaciones en la alimentación mexicana*

Como se ha mencionado fenómenos socioculturales, económicos y demográficos han generado cambios en los patrones de alimentación de las personas, ocasionando en muchas de las ocasiones ciertas enfermedades crónicas degenerativas viéndose afectada de dicha manera la salud poblacional. En la dinámica familiar de la vida moderna se encuentran presentes el consumo de alimentos procesados y de preparación rápida con un alto contenido de grasas saturadas, exceso de sal y aditivos aunado a esto todos los conservadores que son utilizados para darle sabor y olor a ciertos alimentos que son poco benéficos para la salud.

Los hábitos alimenticios son establecidos por las características sociales y económicas de una comunidad, así dichos hábitos responden a presiones sociales y culturales mismos que hacen que el individuo seleccione y consuma los alimentos disponibles o que en su caso se consideren de calidad lo que no siempre implica que se esté alimentando saludablemente dado el número de enfermedades que se relacionan con la alimentación actual, agregándose también la abundancia o escasez de algunos alimentos.

Los hábitos alimenticios se pueden relacionar con el número de comidas al día, los horarios, productos que se consumen con frecuencia y/o la forma en cómo se determina la cantidad de alimentos que consume cada miembro de la familia, además del tipo de alimentos que se hagan a diario o en fechas de celebración.

Asociado a esto los hábitos de alimentación inadecuados que se practican a la hora de la comida y que podrían estar ocasionando el sobrepeso de los mexicanos, como el uso de la televisión que anteriormente no era muy común en las familias, lo que hoy día hay quienes comen frente a dicho aparato, provocando distracción y la visión de lo que se consume.

La clase de los modales en la mesa ha ido decayendo cada vez más; el hecho de comer bien sentado, no hablar con la boca llena, no levantarse o no hablar implicaba una comida tranquila, actualmente la comida ésta acompañada de alborotos, así como un continuo sentar y levantar, las comidas de pie, las prisas, haciendo que el hecho de comer pierda significado, instituyendo que algunas personas coman porque hay que comer, haciéndolo de forma mecánica, gracias a la pérdida de autoridad de los padres que se da actualmente, consiguiendo que los niños coman lo que quieran y no lo que necesitan y que a su vez tiene como consecuencia el mantener estos hábitos y traspasarlos a posteriores generaciones, tomando en cuenta que es en la etapa infantil y juvenil cuando se adquieren los hábitos nutricionales que permanecerán para toda la vida.

La división de trabajo dentro de la dinámica familiar en años anteriores colocaba a la mujer como ama de casa y al hombre como el proveedor suponiendo que, al hombre merecedor de una buena comida al regresar del trabajo, actualmente la inserción de la mujer al trabajo modifica por tanto el número de horas que la mujer puede estar en casa lo que conduce a introducir alimentos más industrializados en la alimentación diaria y la eliminación del desayuno en casa, tomando solamente algo líquido.

La modificación de hábitos depende de dos circunstancias, por un lado, están la satisfacción de necesidades fisiológicas, así como los factores culturales y religiosos, y por el otro la forma en cómo se da ahora la estructura ocupacional y la disponibilidad de alimentos transformados que se interrelacionan dando paso a la modernización, generando cambios en la dieta.

Otro factor que influye es la distancia del hogar a los lugares de trabajo modificando tanto el horario como el lugar de comida de cada uno de los miembros de la familia y con ello el costo de los alimentos fuera de casa el cual es mayor. Además, se encuentran los hábitos que se conservan como el hecho de consumir primero alimentos dulces y después lo salado, conjuntamente la religión, que en ocasiones condiciona costumbres alimentarias agregando a ello un valor sagrado, en cuanto a la forma de comunicación e identificación con el grupo también se tiende a conservar hábitos alimentarios.

En un estudio del Instituto de Investigación Económica de la UNAM realizado por Torres en 2007, se describe que parte de los cambios en el patrón alimentario en la Ciudad de México tiene relación con el deterioro del ingreso que lleva a las familias a elegir nuevas tácticas de gasto familiar, agregando a ello la imitación de patrones externos, además de tomar en cuenta que el 70% de la población es urbana teniendo oportunidad a mejores niveles educativos, mayor manejo de información, así como al acceso a mejores sistemas de distribución con precios comparativamente bajos conformando demanda que satisface necesidades alimenticias de diferentes maneras contribuyendo a la diferenciación del producto así como en los cambios del esquema de consumo.

También se hace referencia en dicha investigación al deterioro de producción agrícola, que hace modificaciones progresivas en donde la oferta se adapta a la modernización y cambio de hábitos en la ciudad sin perder niveles de vida reales, lo que permite que algunos alimentos mantengan continuidad en la base alimentaria., presionando al mercado de forma tal que adapte un modelo de demanda reduciendo a pocos productos con presentaciones nuevas y así se sigue consumiendo entonces lo que la industria ofrece.

Otro aspecto al que se hace referencia tiene que ver con los momentos de crisis durante los cuales no se reduce de manera absoluta el consumo básico, sino se disminuyen cantidades o se sacrifica calidad, así el esquema se adapta a un modelo de demanda en donde la oferta es aparentemente variada con pocos productos con presentaciones nuevas.

La información nutricional debe de ser una prioridad entre las familias mexicanas, debido a que el desconocimiento de la nutrición saludable ha llevado al país a una crisis de salud por la falta de información alimenticia la cual está generando el aumento y el exceso en el consumo de alimentos pocos saludables y creándose una cultura de alimentación nada favorable para las generaciones venideras.

2.3 *Razones en el aumento del consumo de comida rápida “chatarra”*

Como comida chatarra se entienden a aquellos alimentos de bajo valor nutritivo, con alto contenido de azúcar, harina o grasas, tales como botanas, refrescos pasteles, dulces o cereales.

Desde el punto de vista de Andere (2010) las estrategias de mercadotecnia son brillantes de tal forma que presentan un producto que de pronto se vuelve irresistible orillando a su compra, esto tiene que ver con los que se elige en la comida diaria.

La industria de la alimentación es muy consciente del interés por la salud buscando lanzar diversos productos que se venden como nutritivos. En la disposición a ofrecer productos saludables o para controlar el peso se filtran juegos de palabras en donde parece que se ofrecen beneficios, un ejemplo que describe Andere (2010) hace referencia al chocolate en donde describe que el consumidor cree que las golosinas son de chocolate autentico cuando en realidad no lo son si se lee la etiqueta se observará que se trata de imitaciones que son elaboradas con manteca vegetal a las que se agrega un saborizante de chocolate, algunos ejemplos que expone son los de las galletas en la que se describe “galleta con cubierta sabor a chocolate” o “pastelito con relleno cremoso sabor a chocolate” de la tal manera que no se consume chocolate, en realidad se consumen grasas transgénicas con azúcar y aditivos artificiales. Sin embargo, el consumidor piensa que está consumiendo algo natural y nutritivo.

Para la mercadotecnia lo importante es vender utilizando frases y empaques atractivos, por tanto, se hace necesario saber leer las etiquetas identificando los componentes para estar en condiciones de elegir alimentos de mejor calidad.

Actualmente por la presión del tiempo y el desempeño de actividades no se desayuna, propiciando que los niños consuman dentro de la escuela alimentos que obtienen de máquinas o en la misma escuela consumiendo refrescos, chocolates o papas fritas. Otra de las causas por las cuales se consume este tipo de alimentos es por la facilidad al momento de prepararlos y consumirlos, así como la facilidad de comprarlos en la calle, e incluso por no saber preparar comida y no tener tiempo para comer en casa. Muchas personas lo hacen debido a que sus padres inculcaron en ellos esas costumbres desde pequeños sin saber las consecuencias que pueden tener para su salud.

2.4 *Aprendizaje y formación nutricional en el núcleo familiar y el contexto social*

La alimentación y nutrición son procesos impulsados por diferentes factores que van desde lo fisiológico o lo ambiental, en donde por lo general el aspecto social o familiar tienen un gran impacto sobre las conductas alimentarias de los individuos.

Es precisamente en la familia en donde se desarrollan numerosas rutinas sociales que poco a poco van formando las creencias, costumbres, actitudes y hábitos entre otros aspectos de la persona, considerando que la familia es:

Un conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, ésta tiene la responsabilidad social de acompañar a todos sus miembros en el proceso de socialización primaria para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria (Gallego, 2012, p. 334).

Los primeros hábitos se adquieren en el hogar, siendo estos, resultado de una construcción social acordada de forma implícita por quienes integran la familia. La forma en cómo se toman decisiones con respecto a los hábitos alimenticios expresa una parte de la dinámica familiar, lo que da origen a los acuerdos de colaboración y reciprocidad que cada generación establece en relación a la división del trabajo y sus compromisos.

Apoyada desde la teoría del aprendizaje social y de las conductas imitadas derivadas de la observación hacia los adultos, se puede declarar que es a través de la familia donde los niños adquieren y aprenden los hábitos alimenticios cuyas costumbres serán aplicadas a lo largo de la vida. Diferentes necesidades familiares y sociales han llevado a la transformación de conductas alimentarias de las personas modificándose algunas dinámicas familiares que en su mayoría afectan a la alimentación familiar.

Por otro lado, la familia no actúa sola en este proceso de aprendizaje y formación de la alimentación del niño, sino que también se ve implícito la función del ambiente social tales

como la escuela y los medios de publicidad, quienes en conjunto con la familia formaran los hábitos alimenticios saludables o no saludables. Para Bandura (1987) “hoy las personas pueden observar y aprender diversos estilos de conducta en la comodidad de sus hogares, a través de los abundantes modelos simbólicos que proporcionan los medios de comunicación de masas”. (p.40)

La alimentación además de ser una necesidad fisiológica, también es constituida desde una particularidad sociocultural, es decir, que la alimentación y las conductas alimentarias serán determinadas en gran medida por el contexto que rodea a cada individuo como los horarios, lugares y tipos de comidas.

Por ello, se establece que son diversos los factores que determinarán la alimentación de la población, destacándose que es en el hogar a través de la interacción de los integrantes lo que fundamentalmente determinará que hábitos alimenticios se adoptarán e integrarán a la vida.

2.5 *Factores que han alterado la dinámica familiar en correlación con la alimentación*

Como se ha mencionado la familia es pieza fundamental en la adquisición e interiorización de prácticas y hábitos cotidianos de la vida diaria. Con el paso del tiempo y las exigencias sociales la familia se ha ido transformando cambiando así su estructura y dinámica, viéndose afectada en muchas de las ocasiones su funcionamiento.

La reconstrucción social ha dado pauta a la modificación del papel tanto del hombre como de la mujer; debido a que, en épocas pasadas las obligaciones de la mujer se limitaban exclusivamente al esmero y atención del hogar cayendo en ella “la protección, crianza y educación” de los hijos (Valdivia, 2008, p. 17). Mientras que, para el hombre, la responsabilidad era el aporte económico y el patrocinio de todos los integrantes que conformaban la familia.

Ya para mediados del siglo XX el rol de la mujer se fue trasladando a otros ámbitos debido al cambio de pensamiento entre la sociedad que incluían fuertes movimientos de grupos

feministas que luchaban y exigían los mismos derechos que el hombre, lo que a la fecha no ha sido una tarea fácil; sin embargo, en la actualidad la mujer ha llegado a ser fuente activa en el ámbito laboral en diversos países. Para Valdivia (2008) este y otros escenarios han dado lugar a cambios en las prácticas familiares, mucho se atañe a esta situación el abandono total o parcial de los hijos dejándolos al cuidado de algún familiar, que en su mayoría son las abuelas o hermanos mayores de los infantes.

Se podría declarar que a consecuencia de estos y otros cambios la alimentación ha sufrido transformaciones en la cultura mexicana, obteniéndose así pocos acuerdos y un bajo control de la alimentación hacia los menores. Pues la mujer además de fungir como ama de casa también es proveedora del hogar dejando poco tiempo para las tareas del hogar entre ellas la elaboración de la comida, derivándose de tal manera la modificación de ciertas prácticas alimentarias; pues aún y con todos los alcances que se han obtenido en la equidad de género, en la mayoría sigue el pensamiento de que la mujer debe seguir siendo un ente activo en la elaboración de los alimentos.

Para Ann Murcot (citado en García, Pardío, Arrollo y Fernández, 2008) la distribución de actividades en el hogar no se ha modificado, considera que sigue imperando una clara relación de la mujer como responsable de las tareas domésticas y del hombre como proveedor de la casa.

Este acuerdo se altera con la inserción de la mujer al trabajo asalariado. El impacto se refleja, entre otras áreas, en el número de horas que la mujer pasa en la cocina, en las ordenaciones domésticas, en el cuidado de los niños y en la disponibilidad general de alimentos y la distribución intra-doméstica de los mismos, situación que conduce inevitablemente a la introducción de alimentos industrializados. (García et al, 2008, p. 14).

Son diversos los factores que han llevado a la alteración de la alimentación en el hogar, la creciente urbanización e industrialización, que facilita el consumo de los alimentos “rápidos”, los cambios en la cultura y preparación de los alimentos, el tiempo las prisas con que se ingieren

los alimentos, etc. Todos estos conjuntos de elementos siguen llevando a la modificación del establecimiento de hábitos alimenticios entre las familias mexicanas.

2.6 *La familia y la transmisión de hábitos alimenticios*

Toda persona desde su concepción y después de nacer, llegará a un mundo lleno de interacción social, la cual tiene una función primordial dentro del aprendizaje y desarrollo de ciertas habilidades tanto cognitivas como sociales, que prepararán de cierta forma a los individuos en las relaciones futuras, sin embargo; dichas habilidades no surgen de manera espontánea, sino que serán impulsadas gracias a las interacciones y experiencias que surjan entre los individuos y el entorno social, desarrollándose así, un sentido de identidad y pertenencia.

Toda cultura transmite indicaciones sobre que objetos, vestimentas, comportamientos y actividades se consideran apropiadas a desarrollar dentro de un círculo social; por ende, es en el contexto común donde las personas comienzan absorber información relativa respecto a que actividad o práctica social se debe aplicar a la vida diaria.

La conducta alimentaria no es la excepción dentro de ésta influencia socio-cultural, los patrones de conducta incluidas las costumbres alimenticias son derivadas de la imitación de modelos parentales y las experiencias con el entorno social. Según Domínguez, Olivares y Santos (2008) “Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida” (p. 252).

Desde este punto se destaca el rol de la familia en la transmisión y establecimiento de los hábitos alimenticios al ser la principal fuente de aprendizaje de los niños, de prácticas alimenticias, es en ella donde recae toda responsabilidad alimentaria y por ende la salud presente y futura de los menores del hogar.

Como se ha citado, son diversos los factores que han provocado la adopción de rutinas alimentarias poco saludables entre algunas familias mexicanas, las múltiples actividades de los padres a consecuencia de la demanda laboral y el rápido cambio de la vida social, han provocado

una brecha en los tiempos de convivencia con los hijos, antes toda familia se sentaba alrededor de la mesa a degustar de la comida y a compartir las experiencias del día a día, lo que hoy es poco usual, el ajetreo de la ciudad y los tiempos de traslado han dado lugar a la adopción de nuevas prácticas alimentarias entre las familias cayendo en muchas ocasiones en una alimentación poco saludable.

A consecuencia de dichos factores la constitución nutricional de las familias actualmente es conformada por los alimentos altos en grasa dejando a un lado el consumo de frutas y verduras, debido en gran parte a la disponibilidad de la llamada “comida rápida” (sopas instantáneas, tacos, frituras, refrescos, etc.) acortando el tiempo de preparación de los alimentos y dejando tiempo para realizar otras actividades, creándose una “*alimentación hipercalórica*” relacionada al desarrollo del sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, no toda esta alteración en la alimentación es a consecuencia de las exigencias sociales, sino también es provocada por la poca educación e información alimenticia con la que cuenta la población, en especial la de los adultos que son responsables de familia, prevalece un desconocimiento general sobre cuáles son los alimentos que afectan o benefician la salud y con qué regularidad se deben consumir. Castrillón y Giraldo (2014) consideran que “los padres no cuentan con recomendaciones que les permitan prevenir los problemas de alimentación, fortalecer habilidades para afrontarlas y solicitar ayuda para abordarlos” (p. 60)

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2012), de servicios básicos de salud a través del diario oficial de la federación asevera que:

Los contenidos de orientación alimentaria se deben basar en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población. (Secretaría de Gobernación, 2013)

Es decir, la NOM-043 busca promover entre la población el conocimiento mediante el programa “el plato del buen comer” mencionando cuatro puntos relevantes para la información

nutricional: a) la tipificación de los tres grupos de alimentos que deben estar presentes en la dieta diaria, b) la combinación de los grupos de alimentos, c) la elección de comidas diarias incluyendo los tres grupos de alimentos y d) el aporte calórico y nutricional a través de una dieta balanceada.

Como consecuencia de la poca educación e información alimenticia con la que cuentan algunos padres de familia se ha caído en error en la selección de alimentos para su consumo, debido al escaso conocimiento alimenticio de los adultos que se ha obtenido en su mayoría a través de los medios de comunicación, los cuales en muchas de las ocasiones proporcionan información distorsionada, por tanto, la información llega de manera inequívoca a los hogares. Se percibe entonces que los responsables de familia deben buscar más alternativas de información sobre como ejercer una alimentación equilibrada que dirija a su familia a una vida más saludable y no conformarse solo con lo que los anuncios de televisión quieren que se crea para su beneficio empresarial.

Ante tal escenario se deben tomar medidas y estrategias psicopedagógicas que aborden la presencia de los diferentes factores que están llevando a una alimentación poco saludable entre los mexicanos, en especial la falta de educación e información nutricional que prevalece en la población, enfocándose especialmente en los progenitores, pues como se ha expuesto, son los padres quienes influyen principalmente sobre qué y cómo ejercer los hábitos alimenticios.

En conjunto con las escuelas, el gobierno y los profesionales de la salud se deben unificar el trabajo para una mejora en el fomento y establecimiento de los hábitos alimenticios que genere mayor consciencia y responsabilidad de las personas sobre lo que se come, para así prevenir enfermedades físicas y mentales de origen nutricional.

2.7 *¿Qué son los hábitos alimenticios?*

La vida en general se basa primordialmente en la realización de cierto número de rutinas, mismas que permiten llevar a cabo las tareas cotidianas de la casa, el trabajo o recreativas, convirtiéndose con el paso del tiempo en “actividades automáticas”.

Por lo anterior, en 2003 el Diccionario de la Real Academia Española establece que “un hábito es una actitud o costumbre adquirida por actos repetidos, es decir, de tanto llevar a cabo una acción determinada, se vuelve repetitiva en la persona, siempre la realiza.” (Citado en Cruz y Quiñones, 2001, p. 2).

Tales conductas se repiten constantemente tanto que a veces ya no se detectan y se realizan de forma inconsciente. Sin embargo, existen ciertos hábitos que llegan a interponerse en el camino de una vida saludable que en ocasiones pueden ser difícil pero no imposible de erradicar.

Los actos, rutinas y actividades definen el estilo de vida que se ejerce, por lo cual, la salud y el peso corporal son el reflejo de los hábitos alimenticios que se han aplicado a lo largo de la vida. A través de dicha explicación se puede definir a los hábitos alimenticios según Macías, Gordillo y Camacho (2012) como “manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales” (p. 41).

La adopción de hábitos alimenticios es aprendida desde la infancia dentro del seno familiar y el contexto inmediato, entendiéndose así que los hábitos alimenticios son el “resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes” (Macías et al, 2012, p. 41).

Desde la niñez los patrones de conducta se van formando y son aprendidos normalmente por la imitación y observación de modelos parentales, Para Bandura (1963) “los humanos aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación, por medio del modelado: al observar a los demás...” (p. 38). También es a través del contexto tales como la cultura y las tradiciones las que influirán en la formación de los hábitos alimenticios, debido a que mediante las festividades culturales la comida funge como lazo de unión y fraternidad.

Se puede expresar que el sobrepeso y las afecciones en la salud son debido a la acumulación de hábitos alimenticios inadecuados obtenidos desde la infancia y que en la vida adulta tendrán un fuerte impacto en la misma, derivándose enfermedades cardiovasculares, diabetes, algún tipo de cáncer, hipertensión o cualquier otra enfermedad crónica degenerativa.

Otros componentes causantes de llevar hábitos alimenticios inadecuados en la vida diaria, son: el comer en exceso, consumo de comida chatarra y la poca actividad física puesto que han llegado a ser prácticas comunes entre la población, debido al rápido crecimiento urbano y las exigencias sociales, disminuyéndose así los tiempos de comida, así como los estilos de vida sedentarios causados por factores como el aumento de la inseguridad y la tecnología.

Los hábitos alimenticios que con frecuencia se practican y que se podrían modificar, obteniéndose así un resultado favorable reflejado en la salud son:

- No desayunar
- Saltarse comidas
- Comer comida chatarra
- Atascarse
- Comer rápidamente
- Sedentarismo

Para cambiar dichos hábitos negativos, se requiere de esfuerzo y determinación, pero principalmente de concientización asumiendo qué hábitos alimenticios son los que están presentes en la vida propia y familiar.

Se resume que los hábitos alimenticios son una “construcción social” donde la familia es el principal promotor de usos y costumbres alimentarias, por ende mediante el conocimiento nutricional los responsables de familia tendrán mejores herramientas que faciliten la guía hacia los menores en cuestiones de hábitos saludables que garanticen una mejor calidad de vida presente y futura, en donde los profesionales de la salud como los psicólogos educativos intervengan dotando de conocimientos y habilidades a las personas a cargo de la alimentación familiar, logrando a través de programas psicoeducativos una mejora en la orientación de como ejercer y fomentar hábitos alimenticios saludables desde el hogar.

2.8 *Modificación y adopción de conductas alimenticias*

Con frecuencia el comer se relaciona con una necesidad física, sin embargo; no siempre es así, probablemente el mal hábito de comer en exceso sea impulsado por un estado emocional, para cambiar dicha conducta se debe partir de la identificación del sentimiento o emoción que genera esa conducta disfuncional.

Para Andere (2010) “El acto de comer en las personas frecuentemente va más allá del hambre a nivel físico” (p. 53). Es decir, en varias ocasiones las personas utilizan la comida como medio de escape emocional, debido a que no se sabe cómo canalizar las emociones o situaciones que están desarrollando cierta ansiedad en los sujetos, que los impulsa a comer.

También afirma que probablemente la raíz de dicha problemática surja en los primeros años de vida, debido a que la alimentación juega un papel importante en el crecimiento del lazo afectivo entre dos seres, en dicho caso es el de la madre e hijo, en donde mediante el alimento el sujeto recibía cariño y protección por parte de la madre o el cuidador.

En consecuencia, el recurrir a la comida mientras se está en periodos de estrés, se remonta a ese momento de tranquilidad y cuidado que la madre brindaba a través de la comida. “Para los adultos, la comida permanece como un símbolo de cuidado y de seguridad” (Andere, 2010, p. 55)

Para la modificación de tal hábito negativo es necesario identificar que emoción está provocando tal necesidad de comer excesivamente. Algunos sentimientos que provocan alteración emocional podrían ser:

- Ansiedad
- Tristeza
- Enojo
- Soledad
- Aburrimiento
- Tensión

El primer paso para realizar cambios en las conductas alimentarias, consiste en identificar que hábito alimenticio está arraigado en la vida cotidiana y permeando la salud, el siguiente paso que se debe tomar en consideración al establecer o integrar un hábito, toma días, meses o años, pero los beneficios se verán reflejados en la calidad de vida inmediata y próxima.

Expertos como Aguirre (2014) han desarrollado estrategias que pueden ser útiles para la mejora y modificación de hábitos; incluidos los de alimentación, además del acompañamiento de programas y expertos en materia de nutrición y salud, dichas estrategias podrían ser:

1. Identificación del o los hábitos que se ejecutan y que son perjudiciales para la vida. Empezar el cambio de uno por uno.
2. Establecer fechas cortas y reales para lograr un cambio.
3. Realizar un diario de conductas y anotar cada día el consumo de alimentos y comidas a lo largo del día.
4. Planear que hacer en momentos difíciles, es decir; tener un plan a la mano en caso de tener ansiedad por comer demás, por ejemplo: meditar, leer, hacer algún tipo de actividad física (correr, caminar, etc.)
5. Recompensarse, evaluar en determinada fecha los cambios y logros obtenidos, comprarse o ponerse una prenda guardada que ya no utilizaba.
6. Asociar el cambio con otra actividad diaria, por ejemplo: tomar una taza de té al despertar.

Las situaciones sociales o culturales impulsan a comer demás, las reuniones laborales, fiestas familiares, eventos sociales, etc. Son eventos donde se ven reflejadas las exigencias sociales y la educación; debido a que las personas, son entrenadas para comportarse de cierta forma en ciertos lugares, uno de estos comportamientos exigidos son el aceptar toda la comida que se ofrece y comerse todo, aunque ya se esté satisfecho.

Para romper con dichas ataduras sociales, se recomienda, observar lo que se come, comer cantidades menores (20% menos) y no estar obligado u obligar a los infantes a comer todo lo que se ofrece.

El fomento y cambios de hábitos alimenticios saludables no son una tarea fácil, ni el cambio se produce de la noche a la mañana, la integración de hábitos puede variar de meses a años, pero se debe tomar en consideración que poco a poco la modificación de ciertos hábitos alimenticios en la familia tendrán consecuencias positivas en la calidad de vida de cada integrante de la misma, es una tarea donde se requiere de varios elementos que en primera instancia demandan información y educación nutricional entre la población, el establecimiento de programas

nutricionales siempre abordados desde un enfoque psicoeducativo y alcance de todos, en especial la de los responsables de familia.

Algunos psicólogos han identificado que existen diversos factores inmersos en la modificación de conductas mismos que influyen en el aumento de motivación y adopción de hábitos saludables; estableciendo así que “la definición de metas y otros procesos de tomas de decisiones establecen el escenario necesario para el cambio personal”. (Schwarzer y Fuchs, 1995, p.225)

Sin embargo, las razones anteriores no son suficientes para que las personas adopten prácticas y hábitos saludables, si no que se requiere también de la guía y el apoyo de expertos en el tema, basados en modelos de aprendizajes relacionados con la adopción y modificación de conductas relacionadas con la salud.

• • •

CAPÍTULO III

3. Aspectos psicológicos, sociales y cognitivos de la obesidad

La obesidad es difícil de definir tanto desde los aspectos genéticos, ambientales hasta los psicológicos, desde este último factor, la obesidad ha sido estudiada por diferentes teorías psicológicas desarrollándose diversas alternativas a las consecuencias patológicas derivadas de la misma.

Como se ha mencionado en determinadas ocasiones el comer en exceso es provocado por diferentes causas, una de ellas es originada por alteraciones emocionales que llevan caer en ciertas conductas disruptivas alimentarias. Cuando se satisface el hambre de tipo emocional en realidad se trata de llenar un vacío de tipo psicológico o emotivo, muchas veces llevado por un sentimiento de ansiedad, provocando que las personas recurran a la comida para calmar la ansiedad que producen ciertas situaciones de la vida, en 1957 Kaplan y Kaplan (citado por Ruderman, 1983) asegura que la sobre ingesta es una conducta aprendida, que sirve como un mecanismo de defensa ante momentos de ansiedad.

En un estudio realizado por la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología en 2004, describe que existe evidencia de alteraciones en la percepción y conducta de individuos obesos, además de encontrar una clara relación entre obesidad y la conducta alimentaria compulsiva en mujeres, así como la detección de ciertas alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas en comparación con las de peso normal, dentro de estas alteraciones se encuentran: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia al tabaco. Apreciándose desórdenes de personalidad y conductas anormales, como la ansiedad y la agresión.

Gold citado por Vázquez (2001) clasifica en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional y describe en primer lugar que la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración,

en segundo lugar el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira, y finalmente indica que la comida actúa como una droga para hacer frente a las carencias de ajuste social, es decir, que la obesidad se ve como consecuencia de problemas de ajuste psicológico o social, afectando no solo a personas adultas sino también a niños, dado que:

El ambiente en el que se desenvuelve un paciente influirá en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como el propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como lo es la obesidad. (Vázquez, 2001, p. 94).

Es indispensable reconocer las consecuencias psicológicas de seguir una alimentación inadecuada, debido a que los sujetos con dietas desequilibradas pueden llegar a presentar cuadros de ansiedad, e irritabilidad; que en su momento llevarán a otras patologías más severas como depresión, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.

3.1. Relaciones interpersonales

Las primeras relaciones que tiene el individuo se dan en el núcleo familiar, desarrollando o adquiriendo de esta manera diversas “prácticas sociales tales como la lengua, el hábitat, la alimentación, el vestido, así como diversos aspectos subjetivos que incluyen valores, creencias, actitudes, modelos y representaciones” (García, et al, 2008, p. 10)

Con respecto a la alimentación las costumbres y hábitos, se aprenden en la familia, presentando cambios conforme se dan en su contexto social, por ejemplo la costumbre de desayunar se adopta cuando los padres le inculcan al niño que es necesario para iniciar el día.

Por otro lado, dichos hábitos tienen relación con el número de comidas al día, el horario, los alimentos de consumo más frecuente, los hábitos de compra, los acompañantes que se seleccionan, así como la forma en cómo se decide cuánto come cada uno de los miembros de la

familia, además de el orden en que se sirven los alimentos, y el tipo de alimentos en relación a comida ordinaria o días festivos, existen entonces diversas formas de explicar la cultura de la alimentación entre países. Según Restrepo y Maya (2005) “Un aspecto de trascendental importancia en el estado nutricional son los hábitos y las costumbres alimenticias, los cuales se ven influenciados por el ambiente donde el niño se desarrolla”. (p.128)

Con el efecto de la globalización se han presentado diversos fenómenos socioculturales que han introducido cambios en la alimentación dando origen a un incremento de enfermedades. Se hace entonces necesario analizar la dinámica de la familia y la forma en que se organiza con respecto a la alimentación en donde se integran alimentos procesados y preparación de comidas rápidas, otro aspecto a tomar en cuenta tiene que ver con la carencia de alimentos saludables en el hogar, dado que el niño no desarrollará el gusto por alimentos como las frutas y verduras, acostumbrándose a comer productos con poco valor nutricional, otro factor que influye, tiene que ver con la raíces de la familia, si cuando se es pequeño los padres consuelan o premian con alimentos y golosinas, es probable que los niños crezcan pensando que la comida es un símbolo de cariño y de recompensa.

En algunos casos se educa a los niños con sentimiento de culpa, es común en las madres utilizar el argumento “existen niños pobres que mueren de hambre” generando sensación de culpa y como consecuencia seguirán comiendo, por otro lado; tiene que ver con quedar bien con los demás, entonces en una invitación a comer se sienten obligados a terminar todo lo que sirven, aun cuando ya se está satisfecho, por lo tanto, hace a las personas comer de más.

Los hábitos alimenticios además de cubrir una necesidad fisiológica, son modificados tanto por las características socioculturales como económicas que son propias de una comunidad, respondiendo a presiones sociales y culturales consumiendo alimentos disponibles.

Los hábitos alimenticios además de cubrir una necesidad fisiológica, son modificados tanto por las características socioculturales como económicas que son propias de una comunidad, respondiendo a presiones sociales y culturales consumiendo alimentos disponibles.

Los hábitos alimentarios en una familia son el resultado de una construcción social y cultural acordada por sus integrantes, la sociedad está encaminada a una modernización, en la que se pueden conservar tradiciones, pero también hay una transición a lo moderno, dando como

consecuencia una interrelación entre cultura, sociedad, economía y nutrición que hacen una modificación en la dieta. Nos enfrentamos a una sociedad en la que la mujer se ha insertado en el campo laboral y por consecuencia el tiempo requerido para la preparación de los alimentos se ve reflejado en la elección de la comida, además el hecho de que la mujer trabaje también implica cambios en horarios, debido a la distancia de casa al lugar de trabajo o en su defecto implica una comida fuera de casa que pueda ser poco saludable, también interviene la religión que condiciona costumbres alimentarias, la cultura de alimentación es una forma de identificación con el grupo que tiende a conservar algunos hábitos alimentarios.

Hay algunos padres preocupados por la obesidad y sobrepeso y de alguna forma se dedican a inculcar a sus hijos hábitos saludables, evitando el consumo de alimentos chatarra y las comidas rápidas.

El número de miembros en la familia, también interviene en la obesidad. En resultados obtenidos por la Universidad Iberoamericana se comprobó que a más número de hijos menos cuidado se tiene con alimentación y si aunado a esto la situación económica de la familia es baja entonces el gasto lo ajustarán a sus posibilidades de compra dejando de lado el valor nutritivo de los alimentos y buscando solo satisfacer las necesidades de un número grande de miembros de la familia.

Para Craig y Baucum (2001) “La cognición social es un elemento indispensable de la socialización durante la niñez media: el pensamiento, el conocimiento y la comprensión relacionados con el mundo del yo en las interacciones sociales.” (p. 319). Es decir, se van adquiriendo aprendizajes y se va teniendo conciencia de sí mismo y el niño se va dando cuenta de que es un ser independiente y de que tiene un cuerpo que solo es suyo, se da cuenta también de cómo son sus padres y sus hermanos; identificando diferencias físicas en cuanto a que algunos son más oscuros o blancos y otros gordos o delgados.

En un momento dado se describirá como una persona que pueda ser o no popular o agradable en relación a su figura y comportamientos. Al llegar a la adolescencia el intelecto alcanza la capacidad de formular principios y teorías, gracias a su capacidad mental, puesto que el adolescente adquiere el sentido de identidad, pero si esta parte se ve afectada por la sociedad se modificarán sus conductas, mismas que pueden tener influencia en su alimentación.

3.2. *Relación entre aprendizajes y sobrepeso*

Como se ha mencionado, un hábito es un comportamiento que se ha aprendido y que se repite regularmente adquirido en el hogar de las figuras parentales inmediatas. Algunos hábitos que los niños han adquirido son llevados a los centros escolares. En un estudio elaborado por el departamento de Investigación de Salud comunitaria del Hospital infantil realizado por Flores, Kluder y Medina (2008) de México se encontró que el 34% de los niños no desayunan antes de ir a la escuela y que de ellos el 59.5% lleva comida a la escuela y el 60.7% lleva dinero para comprar alimentos, se observó que la omisión del desayuno en los niños no bien nutridos puede afectar su capacidad de atención y memoria de corto plazo, así como su rendimiento escolar. Así mismo se observó una relación inversa entre desayunar y el peso corporal, es decir, los niños que no desayunaban presentaban mayor tasa de sobrepeso que los que si desayunan y lo atribuyen al hecho de que cuando se come con irregularidad se come con más hambre y por consecuencia se ingiere mayor cantidad de alimento.

En otro estudio realizado por Martínez, Luján y López (2011) de la Universidad Autónoma de Chihuahua refieren los siguientes datos; de un total de 703 niños se observó que el 31% padecen de problemas de obesidad o sobrepeso, en cuanto a la variable de procesos cognitivos el 19% menciona fijarse en las partes que forman los objetos que ven, solo el 24% explica lo que lee con sus propias palabras, un 52% casi siempre rescatan información importante de un texto y un 83% refiere que siempre pone atención a sus clases.

El 67% de los niños desayunan antes de ir a la escuela y un 78% realiza las tres comidas al día, mientras que el 62% refirió ver claramente lo que se escribe en el pizarrón desde el lugar donde se sienta.

Al relacionar el problema de obesidad y sobre peso con los procesos cognitivos estudiados se encontró que los niños con obesidad y sobrepeso se les olvidan las cosas siempre y casi siempre en un 30% en comparación con los niños de peso normal en donde únicamente el 13% se le olvidan las cosas. Un 72% de los niños con bajo peso refieren tener problemas para concentrarse en clase a veces y casi siempre, el 10% de los niños con obesidad refieren este problema en comparación con los demás.

Finalmente se agrega la evidencia de que la nutrición juega un papel importante en el desarrollo mental de los niños. Un niño con peso normal tiene mejor desarrollo en sus procesos cognitivos.

3.3. ¿Desde lo psicoeducativo, qué medidas preventivas de obesidad se están ejecutando en México en la población infantil?

En 2010 la Secretaría de Educación propuso estrategias contra el Sobrepeso y Obesidad en donde establece que las instituciones y las comunidades educativas deberán contribuir de la mejor manera para que niños y niñas adquieran las habilidades que les permitan adoptar un estilo de vida saludable, logrando el desarrollo de competencias, así como promover competencias mediante el currículo, también establecer estrategias y acciones de promoción y educación para la salud que den la posibilidad de consumir alimentos y bebidas para una alimentación sana, además de una práctica de actividades físicas dentro y fuera del contexto escolar.

En las siguientes líneas se describen algunos de los principios orientadores:

- Fomentar el desarrollo integral de los educandos y el desarrollo de competencias para la adopción de estilos de vida saludable.
- Promover acciones de cuidado de salud con un enfoque integral, que trascienda el contexto escolar y favorezca a la comunidad educativa en general.
- Involucrar a todos los miembros de la comunidad educativa: personal directivo, docente, administrativo, alumnos, padres y madres de familia, en el desarrollo de acciones encaminadas a la promoción de la salud en las escuelas de educación básica.
- Mejorar las condiciones para el aprendizaje de los miembros de la comunidad educativa, aprovechando los espacios formativos y las oportunidades curriculares y extracurriculares.

- Generar y preservar entornos y ambientes saludables que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida en el contexto escolar, y la adopción de estilos de vida saludable en el largo plazo.

La SEP tiene como propósito desarrollar competencias en relación al cuidado de la salud de los niños en educación básica, promoviendo conocimientos, habilidades, destrezas y valores que hagan conciencia en los alumnos sobre el impacto de la dieta y la actividad física en su salud, a través de líneas estratégicas como:

- Enriquecimiento de los contenidos en los libros de texto gratuito, con temas de orientación alimentaria, cuidado de la salud y activación física.
- Fomento de practica y hábitos de vida saludable dentro y fuera del centro escolar.
- Promoción de acciones de salud dirigida, a padres, maestros alumnos y autoridades educativas.
- Informar a la comunidad educativa sobre la importancia de la salud llevando a cabo diversas acciones, como modificar el currículo de educación básica, además de realizar ajustes y enriquecer los libros de texto gratuito y materiales educativos, el diseño de materiales educativos sobre los efectos que tiene para la salud la ingesta de alimentos altos en grasa y azúcar, formar docentes y directivos con herramientas para una intervención informada, incluir en los textos orientación para la activación física, capacitar a la comunidad escolar para desarrollar una cultura de salud, acordar acciones para participar en espacios formativos, orientar y ofrecer en coordinación con la Secretaria de Salud elementos que favorezcan una alimentación adecuada.

Pero no solo La SEP interviene para estos fines, otra instancia que aborda este problema de salud es el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), quien establece que, para prevenir el sobrepeso y la obesidad, también es necesaria la participación de otras instituciones como, la salud, el sector empresarial, industria y organizaciones de la sociedad civil.

El sector educativo en conjunto con la secretaria de salud dentro de sus intervenciones contempla entre algunos puntos:

- Generar mecanismos de coordinación a través de programas que contribuyan a la prevención de la obesidad.

- Ofrecer capacitación a los prestadores de servicio, concesionarios y comunidad educativa sobre el expendio y manejo de alimentos.
- Implementar programas que fomenten en los estudiantes y familias el consumo de alimentos saludables.
- Lograr la intervención masiva de los medios de comunicación en el proceso social de cambio de hábitos alimenticios.

La Secretaria de Educación y la comisión nacional del deporte entre algunas mediaciones proponen.

- Fomentar práctica de actividades lúdicas y juegos tradicionales en la escuela de educación básica.
- Desarrollar acciones de promoción de activación física.
- Propiciar la recuperación de espacios recreativos y deportivos comunitarios.
- Impulsar la actividad física y deporte en equidad de género.

Por otro lado, está la Industria, en donde se describe que no se permitirá la distribución de determinados productos en el ambiente escolar, buscando que los alumnos desarrollen competencias que los capaciten a moderar el consumo de algunos productos fuera de la escuela.

Para llevar a cabo dichas medidas preventivas, es necesaria la intervención de especialistas en el tema de educación alimenticia como el psicólogo educativo quien a través del uso y aplicación de diversas teorías y modelos psicológicos relacionados con las conductas alimenticias, darán pie a los avances en los procesos de cambios de conductas y hábitos alimenticios inadecuados que ejercen los niños y adultos mexicanos.

...

CAPÍTULO IV

4. *Teorías y modelos psicológicos en relación al aprendizaje y establecimiento de conductas alimenticias*

Existen diversas corrientes psicológicas que estudian y analizan el desarrollo de las conductas humanas, algunas tienen la firme idea de que toda conducta humana es innata adquirida genéticamente, mientras que otros paradigmas sostienen que toda conducta humana reproducida es obtenida e instaurada por factores ambientales. Referente a lo anterior Bandura (1987) manifiesta que “si exceptuamos los reflejos elementales, las personas no están equipadas con un repertorio innato de conductas. Tienen que aprenderlas. Las pautas de respuesta nuevas pueden adquirirse por experiencia directa o por observación”. (p.28).

Aunque cada una de estas dos posturas justifica sus conclusiones, no ha sido fácil separar dicha concepción dicotómica.

El aprendizaje de conductas según expertos, son adquiridas mediante la interacción social con el ambiente, involucrando aspectos individuales. Por tanto, se puede afirmar que los hábitos alimenticios que se ejercen son conductas alimenticias aprendidas a través de la imitación y observación del contexto inmediato.

Buena parte del aprendizaje humano ocurre de manera vicaria, es decir, sin ejecución abierta del que aprende. Las fuentes comunes de aprendizaje vicario son observar o escuchar a modelos en persona, o simbólicos o no humanos (programas de televisión con animales que hablan, personajes de tiras cómicas), en medios electrónicos (televisión, cintas) o impresos (libros, revistas). Las fuentes vicarias aceleran el aprendizaje más de lo que sería posible si hubiera que ejecutar toda conducta para adquirirla. (ob. cit.) (p. 109). (Sanabria, 2008, p. 475).

Desde este punto, interpretar la conducta desde una perspectiva social, involucra ciertos procesos cognitivos que influyen en las conductas, las cuales, pueden ser moldeables en cualquier momento del desarrollo influida por determinantes personales, de esta manera la modificación de hábitos alimenticios pueden ser realizados mediante lo que Bandura denominó en 1987 la “reciprocidad triádica” que son “la acción, cognición y los factores ambientales”. (Vielma y Salas, 2000, p.35).

Para un mejor desarrollo del tema, en los párrafos siguientes se desglosan algunas teorías y modelos relacionados con el aprendizaje de las conductas.

4.1 Teoría del Aprendizaje social de Bandura

Bandura enfoca su estudio en el desarrollo de los procesos de aprendizaje enfatizando el papel del sujeto y el entorno social. A través de la teoría social dedujo la acción misma del aprendizaje de las personas, destacando la función que juega la interacción social en dichos procesos.

Mientras que en el conductismo reducía al aprendizaje como algo mecánico mediante la formulación de asociaciones entre estímulos y respuestas, minimizando la dimensión social, Bandura alegaba que era indispensable explicar la adquisición del aprendizaje desde un factor cognitivo y conductual, revelando así, el por qué los individuos aprenden uno del otro. Según Castro, Rabazo y Fajardo (1995) “el posicionamiento de Bandura se aleja del reduccionismo mecanicista para aproximarse a un determinismo recíproco (Bandura, 1988), en el que se combinan e interactúan la interacción de conductas, el contexto, la cognición y las variables personales del sujeto” (p.338).

Shunk (2008) refiere que el aprendizaje cognitivo social destaca la idea de que gran parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Cuando se observa a otro, el individuo adquiere conocimientos, conductas, actitudes, etc. Por tanto, es así como aprende acerca del beneficio y eficacia de diversos comportamientos actuando de acuerdo a lo que cree que se espera.

Shunk (2008) cita a Bandura quien afirma que otra característica singular de la teoría cognitiva social es el papel que asigna a las funciones de autorregulación. Por tanto, identificó que la gente no se comporta solo para complacer a los demás, puesto que parte de la conducta es regulada por normas y por reacciones calificativas de sus propios actos. Considera al aprendizaje como una actividad de procesamiento de información en la que la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforma en representaciones simbólicas que dan origen a la acción. Distingue entre el aprendizaje activo es decir aprender al hacer y experimentar, aprender haciendo, y el aprendizaje vicario u observacional, observando a los otros.

La teoría del aprendizaje social es basada en el hecho de que la combinación de factores sociales y cognitivos modelarán la conducta del individuo. Sin embargo, Bandura citado por Castro *et al* (1995) considera que:

El individuo no actúa siempre y únicamente de acuerdo a las contingencias y estímulos ambientales, sino que se dispone de <<pautas>> internas que nos permiten someter a juicio la adecuación o no de una determinada conducta imitativa y estimular su reproducción o rechazo, con lo que dichas <<pautas>> actúan de filtro ante el comportamiento, constituyendo la actuación personal (personalidad)...” (Castro *et al*, 1995, p.338).

Es decir, que el ambiente es un factor determinante para la conducta pero no actúa solo en los procesos adquisitivos del aprendizaje sino que depende de otros factores internos del sujeto.

A través de su estudio de la agresión, Bandura identificó que las conductas reproducidas son producto del aprendizaje observacional. En dicha investigación, se analizó a diferentes niños en edad escolar, dividiéndolos en dos grupos. Los niños del grupo 1, observaron a través de un video a modelos adultos atacar violentamente a un muñeco inflable, mientras que el grupo 2 no tuvo acceso al video donde se muestra la agresión al muñeco, dichos niños no presentaron agresión en contra del muñeco (p.2, párr.4), por tanto Bandura dedujo que ciertos estilos agresivos del comportamiento son aprendidos de la observación hacia otros modelos. Conforme a esta teoría:

el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico, si no que también a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. (Ruíz, 2010, P.2)

Por lo antes mencionado, Bandura resaltó la influencia que tienen las figuras adultas en la transmisión de conductas desde la infancia. Tales conductas aprendidas son analizadas desde “la interacción recíproca” la cual considera que la conducta, los factores personales cognoscitivos y los sucesos del entorno son factores que interactúan entre sí.

De acuerdo a dichos sustentos los aprendizajes involucrados en la triada expuesta se resume en los siguientes fundamentos:

I. El aprendizaje por observación

Bandura formuló una teoría de aprendizaje por observación para tratar la forma en que la gente intenta controlar los acontecimientos importantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos. Establece como principio proponer metas, juzgar el resultado de los actos evaluar el progreso y regular pensamientos, emociones y actos propios.

Describe como elementos del aprendizaje observacional; prestar atención, retener la información o las impresiones, generar conductas y estar motivados a repetirlas.

Los factores que influyen en el aprendizaje observacional son:

- Estado de desarrollo
- Prestigio y competencia del modelo
- Consecuencias vicarias
- Expectativas de los resultados
- Establecimiento de metas
- Auto-eficiencia

En la enseñanza por aprendizaje observacional se puede obtener resultados posibles como; enseñar nuevas conductas y actitudes, promover la conducta actual que ha sido previamente aprendida, modificar inhibiciones, dirigir la atención y despertar emociones.

II. Procesos de aprendizaje social

Bandura (1987) analiza la conducta humana como reciprocidad trídica en la que interactúan factores personales (cognitivos y emocionales), variables ambientales y conducta, si hay un cambio en uno de ellos tiene efecto en los otros. Para Shurk (2008) la forma en que actúan los estudiantes modificará su autoeficacia, conforme realizan tareas se dan cuenta que aprenden más e identifican que son capaces de desempeñar bien sus trabajos y mejorar su autoeficacia para seguir con sus aprendizajes.

Como se mencionó anteriormente Bandura identificó cuatro componentes, a partir de los cuales se da el aprendizaje por observación:

a) Atención

Consiste en percibir aspectos relevantes del comportamiento del modelo, se observa el comportamiento de otros y se separa del entorno, para lograrlo intervienen dos factores; valor funcional y características del observador, mientras más se asemeje al modelo mayor será la identificación. “Las personas con las que solemos asociarnos (por gusto o imposición) delimitan que tipo de conductas se observan más y se aprenden mejor)” (Bandura, 1987, p. 40).

Mientras más largos periodos de tiempo se atrae la atención de las personas, a estas les resultara más gratificante.

b) Retención

Capacidad para codificar y almacenar en la memoria los eventos modelados, la codificación y el almacenamiento ocurre de dos formas; imágenes abstracciones de los conocimientos y representaciones verbales en relación con el desarrollo del lenguaje, las palabras evocan imágenes. A través de símbolos las experiencias de los modelos se pueden mantener en memoria

permanente y esto les permite aprender gran parte de su conducta pasando por la observación. Cuando un estímulo sirve de modelo se presentan frecuentemente muchas imágenes duraderas que se recuperan de las actuaciones de los modelos.

c) Reproducción motora

Radica en convertir en acción la observación recordada, es la fase donde el observador ejecuta la conducta que ha sido modelada. “La reproducción comportamental se logra cuando se organizan espacial y temporalmente las propias respuestas, de acuerdo con las pautas que sirven de modelo” (Bandura, 1987, p. 42). La reproducción motora tiene 4 pasos: 1) organización cognitiva de la respuesta, 2) iniciación guiada centralmente, 3) observación de la ejecución de la conducta, 4) emparejamiento de la acción con su concepto. La persona compara su desempeño con su recuerdo de lo que vio modelado, proceso que Bandura denomina emparejamiento simbolismo-acción, con base al cual la conducta se modifica.

d) Motivación

Estar motivado para que se produzca el aprendizaje y puede venir de tres fuentes, reforzamiento externo, reforzamiento vicario, auto-refuerzo.

El aprendizaje por observación se facilita cuando se adquieren determinadas capacidades de observación selectiva, codificación en la memoria y coordinación de los sistemas sensoriomotores e ideomotor, y la capacidad de prever las consecuencias que puede tener simular la conducta de otra persona. (Bandura, 1987, p. 46)

III. Técnica del modelaje

Son cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos que derivan de observar a uno o más modelos, la técnica de modelado trata de instruir sobre principios o reglas que deben guiar la conducta en circunstancias determinadas.

Primero se busca un modelo real y simbólico, cuando el modelo realiza una conducta deseada, se observa como la hace y se obtiene toda la información que se pueda para posteriormente producir la conducta de interés.

Dentro de los pasos para llevar a cabo la técnica de modelaje están; modelar la conducta vívidamente en forma atractiva y novedosa, en segundo lugar, mostrar las consecuencias ya sean positivas o negativas, una vez que la persona presenta la conducta imitada debe ser reforzada positivamente. Con la técnica de modelaje se pueden lograr ciertas ventajas o desventajas; la individualidad y personalidad de los sujetos puede influir positiva o negativamente, la escala valorativa es un elemento determinante y los modelos en el hogar son variables externas de gran relevancia.

Shunk (2008) retoma el punto de vista de Rosenthal y Zimmerman “Se ha considerado a la imitación como un medio importante de transmisión de comportamientos” (p. 103) el modelado puede aumentarse reforzando la conducta simulada.

La imitación como instinto

Shunk (2008) tomando en consideración lo que refiere Tarde el cual afirma que “...el hombre posee un instinto natural de imitación de los actos de los demás” (p. 103-104). Así mismo también hace referencia a Mc Dougal quien define la imitación como un acto instintivo y abierto de remedar la conducta de otro, es decir la acción que se observa despierta el instinto e impulso a copiarla. Por otro lado, los conductistas afirman que no hay instinto sino resultado de entrenamiento que pertenece a las conductas aprendidas del hombre.

La imitación es condicionada

Los teóricos del reforzamiento ven a la imitación como otra conducta, según Skinner descrito en Shunk (2008, pág. 105) la imitación es una respuesta generalizada en tres términos una acción que funciona como estímulo discriminativo, posteriormente la imitación se da cuando el observador produce la misma respuesta y finalmente obtiene como respuesta un estímulo reforzador.

IV. Refuerzo vicario

Al observar el triunfo de una conducta ajena, hay tendencia a comportarse de igual forma, en tanto que la observación de una conducta castigada disminuye la tendencia a realizarla.

Se da reforzamiento vicario cuando un observador aumenta la conducta después de haber observado como otras personas son recompensadas al realizarlas, una persona puede adoptar normas de conducta muy elevadas que reduzcan la auto gratificación, así como elegir alimentos que no son sus preferidos, o sacrificar bienes materiales, es decir que realice otras acciones que antes evitaba si ve que se elogia a los modelos que realizan esas conductas. En caso contrario si la conducta se da con consecuencia negativa se reduce la disposición a comportarse de forma parecida.

En una entrevista realizada a Bandura por Bunge (2008) y publicada en revista Argentina de clínica psicológica se obtuvo la siguiente observación:

Muchos de nuestros problemas médicos provienen de hábitos de comportamiento que perjudican la salud. Básicamente hay cinco conductas que si las controlas, reduce los problemas de salud: el ejercicio físico, no fumar, controlar la presión sanguínea, reducir la grasa de las dietas y manejar el estrés (Bunge 2008, p.186).

La adquisición de hábitos, se realizan a través de la observación repetida de una acción, es decir atravesando vivencias en el entorno, que se experimentan porque se tiene curiosidad o imitación, se internalizan. Así un niño que observa a sus padres repetidas veces como elabora alimentos además del tipo de alimentos que se consumen, aprenderá y adquirirá hábitos alimenticios adecuados, en todo momento tanto padres como maestros son modelos que miran siempre los hijos, y si a ello se agrega un estímulo reforzador como estar saludable o no estar gordito esto permitirá que la conducta se siga repitiendo.

La teoría del aprendizaje social es la base sobre la cual se asientan nuevos modelos que explican cómo se establecen las conductas desde la infancia, algunos de estos principios se puntualizan en los párrafos siguientes.

4.2. Modelos de aprendizaje cognitivo conductual

Batle (2008) refiere que el modelo cognitivo conductual combina modelos de teorías de aprendizaje con el proceso de información, con la finalidad de poder explicar las conductas durante la infancia y la adolescencia integrando tanto el aspecto interno como el externo del sujeto.

Dicho modelo relaciona procesos de aprendizaje y la influencia que el sujeto tiene en el medio ambiente, la cognición conducta y emociones están interconectadas y se retroalimentan pudiendo promover cambios.

El modelo conductual toma en cuenta la conducta individual observable, así como los factores ambientales que originan una conducta determinada, argumentando que aun cuando hay factores constantes como los biológicos, lo que determina las conductas es el aprendizaje dado que el medio ambiente es esencial en la adaptación de las mismas.

4.3. Modelo conductual

Para los conductistas la personalidad está formada por un conjunto de hábitos más o menos estables o permanentes provocando respuestas similares ante estímulos determinados, por tanto, se considera que la personalidad puede cambiar, cambiando el ambiente y valiéndose de refuerzos, pero aun cuando puede modificarse es pasiva ya que viene determinada por el ambiente, además de que la persona puede ser moldeada por fuerzas que escapan a su control.

Desde el punto de vista de Batle (2008 p. 1) en el modelo conductual se toma en cuenta la conducta individual observable, así como los factores del medio ambiente que pueden originar una conducta determinada, cuando hay factores biológicos lo que determina la conducta es el aprendizaje, por tanto; el medio ambiente es fundamental en la adaptación de las conductas.

El modelo conductual se basa en dos teorías:

a) Condicionamiento clásico

Basado en los estudios de Pavlov quien utilizó estímulos medioambientales realizando un experimento en el que utilizó una campana para alimentar a los perros, dando como resultado que al sonar la campana en posteriores ocasiones los perros segregaban jugo gástrico antes de recibir el alimento, según Pavlov la conexión entre los estímulos del medioambiente y la reacción de los animales es resultado de un aprendizaje denominado por condicionamiento clásico.

b) Condicionamiento operante

En este condicionamiento la importancia recae en la conducta y en las consecuencias de sus acciones, si a una acción le sigue una recompensa (un refuerzo positivo) la acción se va a repetir, si la recompensa no se da aparecen otros tipos de comportamiento.

Una forma de aprender se da evaluando el impacto de las consecuencias sobre el desarrollo de una nueva conducta, el hecho de que una respuesta aumente o disminuya es proporcional al grado de refuerzo o castigo que se reciba de ella.

Se puede describir desde el modelo psicodinámico que, si el sujeto trata de adaptarse al ambiente, así como regular los deseos en función de la cultura, podría modificar sus hábitos, además tomado en cuenta el modelo conductual en el que se establece que los factores del medio ambiente intervienen para modificar conductas, y agregando a ello que se puede obtener como resultado una recompensa (refuerzo positivo), éste estará dispuesto a modificar sus hábitos alimenticios.

Se deduce que el aprendizaje de hábitos alimenticios (conductas alimenticias) en los niños de edad escolar, están determinados en gran medida por la familia, debido a que es de las figuras adultas y el contexto inmediato de quien los niños observan e imitan las prácticas alimenticias por lo que es más probable que en la vida adulta arrastre consigo hábitos alimenticios adquiridos desde la infancia y dentro del núcleo familiar.

CAPÍTULO V

5. *Método*

5.1 *Fase preparatoria*

Como se menciona en la revisión teórica se puede aseverar que el sobrepeso y la obesidad son condiciones en donde se ven involucrados diversos factores que la producen, que van desde lo emocional hasta lo social, destacándose de este último la transmisión de hábitos alimenticios no saludables de las figuras paternas hacia los menores de casa. Situación que ha desencadenado una serie de afecciones en la salud entre la población infantil y adulta, derivadas de la nula información y conocimiento que se proporciona a la población mexicana acerca de la educación nutricional.

Para aportar alternativas a dicha situación se tomó la iniciativa de elaborar la presente intervención psicopedagógica bajo la guía de programas oficiales de salud, tales como el programa “No a la obesidad” y “La nevera” aplicados desde un enfoque psicoeducativo y adaptándolo a los participantes de la intervención.

El estudio se realizó desde un paradigma mixto (cuantitativo y cualitativo) a través del “método diseño de intervención de un grupo con pre test y pos test” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.187).

5.1.1 *Pregunta de intervención*

¿Cómo proporcionar información y educación nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza y aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia?

5.1.2. Objetivo general

Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica que proporcione información y educación nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza-aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia.

5.1.3. Objetivos particulares

- a) Diseñar la intervención utilizando el conocimiento previo nutricional de los alimentos, tomando en cuenta los beneficios y consecuencias físicas, psicológicas y cognitivas de las prácticas alimentarias, como estrategia de aprendizaje de los hábitos alimenticios saludables, dirigido a los adultos a cargo de la alimentación de los niños de la casa.
- b) Aplicar una amplia información nutricional adecuada, en donde se identifique qué son los hábitos alimenticios y cómo se transmiten a los niños a través de la imitación, favoreciendo el aprendizaje de los hábitos alimenticios saludables de los adultos a cargo de la alimentación de los niños de la casa.
- c) Evaluar la intervención psicoeducativa comprobando que los participantes apliquen los conocimientos adquiridos, llevando a la práctica alimentaria la incorporación de los hábitos alimenticios adecuados en la vida diaria familiar, mediante cuestionarios.

5.1.4. Participantes

Se seleccionó una muestra no aleatoria de personas que cubrieran con ciertas características específicas, afines al estudio, es decir; que fueran sujetos responsables o encargados de realizar

y establecer los alimentos de la familia en especial de los niños de la casa, los sujetos fueron seleccionados indistintamente, a través de la invitación al taller para responsables de familia “Herencia de salud: prevención de enfermedades crónico degenerativas en los niños, a través de hábitos alimenticios saludables”. Conformándose la muestra por sujetos voluntarios.

Se obtuvieron dos poblaciones participantes, la primera de ellas fue para la aplicación del piloto la cual se obtuvo del programa “PERAJ adopta un amigo” de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) cuya gestión corre a cargo del Centro de Atención de Estudiantes (CAE) y la segunda población sirvió para la ejecución de la intervención llevándose a cabo en el centro recreativo “Casa popular Magdalena Contreras”.

El piloto (población 1) estuvo conformado por 14 participantes del género femenino siendo el rol en la familia mamás o abuelas (12 mamás y 2 abuelas) y responsables de la alimentación de los hijos o nietos, quienes asistían a la UPN para llevar a los menores a las actividades del “PERAJ”, mientras los menores realizaban sus labores las participantes asistieron al piloto del taller “Herencia de salud: prevención de enfermedades crónico degenerativas en los niños, a través de hábitos alimenticios saludables” los días lunes y miércoles de 2:00 a 3:00 p. m durante un periodo de dos meses (16 sesiones).

Para la intervención (población 2) se conformó de 24 participantes (23 mujeres y 1 hombre), la población participante eran en su mayoría personas que asistían a alguna otra actividad en el recinto “casa popular” y 3 eran empleadas del lugar. El grupo se conformaba mayormente por madres y abuelas a cargo de la alimentación de los menores de sus hogares correspondientes; las cuales, manifestaron en un 40% que buscaban prevenir algún tipo de enfermedad crónico degenerativa a través de la información proporcionada en el taller, debido a que el 60% de los participantes manifestaron tener en su familia enfermedades tales como: diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y sobrepeso. Asistieron al taller los días miércoles durante un período de aproximadamente 4 meses (16 sesiones) de 11:00 a. m a 12:00 p. m que por diversas circunstancias a veces se prolongaba media hora más.

5.1.5. *Escenario*

El piloto (población 1) se llevó a cabo en las instalaciones (salón) de la UPN, mismo que fue conseguido por la profesora y representante del PERAJ, el salón contaba con todo lo necesario para la realización de las actividades (bancas, sillas, luz eléctrica, pizarrón, cañón, etc.) dichas instalaciones fueron ventaja para ejercer sin mayor contratiempo las acciones planeadas.

La aplicación de la intervención (población 2) fue realizada dentro de las instalaciones de “la casa popular Magdalena Contreras” en un lugar llamado “sala de maestros” contaba con suficientes bancas y sillas para albergar a los participantes y un pizarrón blanco, otros materiales como el cañón, computadora y plumones, se llevaron por cuenta propia; uno de los inconvenientes fue que en dos ocasiones no se contó con luz eléctrica por circunstancias ajenas al recinto, sin afectar las actividades planeadas.

5.1.6. *Instrumentos*

En el presente trabajo se obtuvieron datos a través de la aplicación de cinco instrumentos (cuestionarios y observación) aplicados en la intervención, el primer cuestionario fue utilizado para recabar información general de los participantes (género, rol en la familia, edad, etc.) además de identificar las razones por las que deseaban ser partícipes del taller y las afecciones de salud relacionadas con la alimentación que padecían.

El segundo instrumento se empleó con el fin de realizar un punto de comparación sobre el consumo y frecuencia de ciertos alimentos antes y después de la intervención, el tercero se utilizó para identificar los aprendizajes alimenticios de los participantes; un cuarto instrumento, ayudó a la recolección de datos sobre hábitos alimenticios (conductas) incorporadas o modificadas en el momento de la intervención y finalmente el quinto instrumento se obtuvo información cualitativa a través de la observación participante (diarios de campo).

Para la prueba piloto (población 1) en primera instancia se aplicó un cuestionario cerrado sobre el consumo y frecuencia de ciertos alimentos (azúcar, harinas, refrescos, carne, huevo, etc.) empelándose solo en la fase del cierre, constó de 46 reactivos con cuatro opciones de

respuesta, “diario”, “dos o tres veces por semana”, “más de tres veces por semana” y “nunca”, este cuestionario se construyó con base en las recomendaciones del semáforo de la alimentación publicado por los Servicios de Salud Pública del D.F, el cuestionario se aplicó a las participantes de la prueba piloto (población 1) en la Universidad Pedagógica Nacional, en lo que se refiere al segundo cuestionario utilizado, se pretendía obtener información sobre aprendizajes y conductas alimenticias momentáneas, quedando un instrumento de 24 preguntas semiestructuradas, el cual, fue modificado para la intervención debido a que, se identificó que era necesario dividirlo en aprendizajes obtenidos y conductas modificadas momentáneamente, reduciendo el número de preguntas.

Ya para la intervención (población 2) se aplicó el primer instrumento para recabar información general de los participantes como: el género, edad, rol en la familia, además permitió identificar las razones por las que deseaban ser partícipes del taller y las afecciones de salud relacionadas con la alimentación que padecían. (anexo 1).

El segundo instrumento fue un cuestionario cerrado relacionado con el consumo de frecuencia de alimentos (azúcar, harinas, refrescos, carne, huevo, etc.) con cuatro opciones de respuesta “diario”, “dos o tres veces por semana”, “más de tres veces por semana” y “nunca”, aplicándolo en dos fases al inicio y cierre de la intervención. Ver anexos 2 y 3.

El tercer cuestionario usado constó de diez preguntas semi-abiertas de las cuales se obtuvo los aprendizajes alimenticios adquiridos por los participantes, este fue aplicado al cierre de la intervención. (Anexo 4)

Como cuarto instrumento fue un cuestionario semiestructurado se aplicó con la finalidad de obtener las conductas alimenticias modificadas durante la intervención. (Anexo 5).

También se utilizó un quinto instrumento que fue la observación participante, dicha técnica exigió periodos largos de observación a lo largo de la intervención; esto se realizó a través de diarios de campos en los cuales se anotaron el registro de acciones de los participantes (actitudes, percepciones e impresiones) durante las 16 sesiones trabajadas.

5.2. *Fase de trabajo de campo*

5.2.1. *Procedimiento*

El trabajo se inició después de realizar una búsqueda bibliográfica misma que proporcionó información sobre el desarrollo y adquisición de los hábitos alimenticios (conductas) y las circunstancias entorno a ello, se consultaron diversas fuentes que dieron paso a la documentación previa del tema, para así llevar a cabo dicha acción educativa de carácter preventivo, obteniéndose como resultado el diseño, planificación y evaluación de la presente intervención psicopedagógica.

La consulta de bibliográfica permitió la elaboración del Marco teórico dando sustento científico a la intervención, dentro de ello se partió de un objetivo general desarrollándose de este los objetivos específicos que guiaron el estudio.

En la siguiente fase realizada, se escogieron los instrumentos aplicados tanto para el piloto (población 1) como para la intervención (población 2) que se ejecutaron según las categorías obtenidas en el desarrollo de la investigación, las cuales fueron:

- a) Consumo de tipo de alimentos antes y después de la intervención
- b) Aprendizajes de alimenticios adquiridos en la intervención.
- c) Cambios y conductas alimenticias durante la intervención.

Posteriormente se obtuvieron dos poblaciones, una para la aplicación del piloto (población 1) y otra para el empleo de la intervención (población 2). La prueba piloto se llevó a cabo en las instalaciones de la UPN, los participantes en su totalidad fueron del género femenino encargadas de la alimentación familiar, y se conformó por 14 participantes. Se ejecutaron 16 sesiones con una duración de 1 hora cada sesión, dos veces por semana, dicho piloto (población 1) reveló los ajustes y modificaciones que se tenían que realizar para una mejora en la implementación de la intervención, para este piloto (p1) se aplicaron dos cuestionarios uno cerrado y otro semi-cerrado, este último fue modificado para su aplicación en la población 2.

El desarrollo de la intervención (población 2) se llevó a cabo en el recinto cultural “casa popular”, conformándose de 24 participantes (23 mujeres y 1 hombre) a cargo del cuidado de

los menores de sus hogares correspondientes, que por ende eran responsables de la alimentación de dichos niños (hijos o nietos) la intervención tuvo una duración de 16 sesiones con duración de 1 hora cada sesión, una vez por semana, y se aplicaron 4 instrumentos de evaluación (cuestionarios), además se utilizó como instrumento la observación participante mediante diarios de campo.

El espacio asignado para la intervención (población²) fue en un salón del recinto llamado “salón del maestro”, contaba con suficientes bancas y sillas, pizarrón, luz y ventilación pero con poco espacio (lo que dificultó algunas actividades que se ejecutaron) al iniciar la sesión se aplicó una técnica de integración grupal, en su mayoría la población se conocía debido a que asistían a talleres de dicha institución o eran trabajadores del recinto, por tal motivo se realizó la actividad sin problemas, una vez concluida la primer actividad se procedió a la explicación de los objetivos y finalidad del taller esto con ayuda de recursos didácticos (pizarrón, plumones, cañón, computadora, bocinas, videos, etc.) pertenecientes a las investigadoras.

Al finalizar la sesión, se les repartió una hoja con preguntas impresas para conocer sus puntos de vista y qué esperaban del taller en general, además de conocer por qué se interesaron en él, y conocer el rol que juegan en la familia, se repartió una hoja en la que tenían que describir sus objetivos a corto y largo plazo la mayoría se refirió a establecer hábitos alimenticios saludables en el hogar. Antes de cerrar la sesión se pidieron opiniones orales sobre la relevancia de tomar dicho taller; en su mayoría opinaron que era muy importante para ellas debido a que se cuenta con muy pocos espacios que proporcionen información alimenticia, y dada la situación actual del país en cuestiones de sobrepeso y obesidad y las consecuencias que se derivan de ello, es urgente tomar consciencia sobre los hábitos alimenticios que se practican en los hogares.

Al término de cada sesión se evaluaba de forma cualitativa el aprendizaje de los participantes, mediante fichas de trabajo. (ver anexos)

Finalmente para la recogida de información, se realizó mediante los 3 instrumentos aplicados en la intervención (población 2) de forma cuantitativa y cualitativa.

5.3. *Fase Analítica*

5.3.1. *Análisis de información*

La presente intervención psicopedagógica fue realizada bajo un paradigma mixto (cuantitativo y cualitativo) a través del “método diseño de intervención de un grupo con pre test y pos test” (Hernández et al, 2006, p.187), debido a que, las necesidades detectadas ante cierto grupo (falta de información y educación nutricional entre los responsables de familia a cargo de la alimentación de niños en edad escolar) llevaron al acercamiento de la problemática real.

En el proceso de análisis de información, se revisó un marco conceptual previo, los datos que se recogieron a través de la aplicación de tres instrumentos (Cuestionarios), obtenidos de las categorías arrojadas en el proceso del estudio, las cuales son:

- a) Consumo de tipo de alimentos antes y después de la intervención
- b) Aprendizajes alimenticios adquiridos
- c) Cambios y conductas alimenticias momentáneas.

5.3.2. *Resultados*

I. Prueba piloto (población 1)

El piloto (población 1) estuvo conformado por 14 participantes del género femenino siendo el rol en la familia mamás o abuelas, se identificó que las personas encargadas de la alimentación en el hogar son las mujeres, observando que muestran preocupación por el tipo de alimentación que reciben sus hijos así como los problemas de obesidad en los niños, que van desde enfermedades cardíacas, colesterol, principios de diabetes, y los problemas emocionales derivados del bullying que se genera hacia los niños con sobrepeso.

Dichas participantes son responsables de la alimentación de los hijos o nietos, quienes asistían a la UPN para llevar a los menores a las actividades del “PERAJ”, mientras los menores realizaban sus labores, las participantes asistieron al piloto del taller “Herencia de salud:

prevención de enfermedades crónico degenerativas en los niños, a través de hábitos alimenticios saludables” los días lunes y miércoles de 2:00 a 3:00 p. m durante un periodo de dos meses cubriendo un total de 16 sesiones. El piloto se llevó a cabo en un salón de las instalaciones de la UPN.

Los instrumentos utilizados para la prueba piloto (población 1) fueron 2 cuestionarios, el primer cuestionario fue cerrado en donde se pretendía obtener información sobre la frecuencia y el consumo de ciertos alimentos (azúcar, harinas, refrescos, carne, huevo, etc.) emperándose solo en la fase del cierre, constó de 46 reactivos con cuatro opciones de respuesta, “diario”, “dos o tres veces por semana”, “más de tres veces por semana” y “nunca”, en lo que se refiere al segundo cuestionario utilizado, se deseaban obtener datos sobre aprendizajes y conductas alimenticias momentáneas, quedando un instrumento de 24 preguntas semiestructuradas, el cual, fue modificado para la intervención debido a que, se identificó que era necesario dividirlo en aprendizajes obtenidos y conductas modificadas durante el transcurso del piloto y se redujo el número de preguntas.

La aplicación del piloto permitió la identificación de ciertos criterios e instrumentos que permitirían una mejora ya en la aplicación de la intervención.

II. Aplicación de la intervención (población 2)

El desarrollo de la intervención (población 2) se llevó a cabo en el recinto cultural “casa popular”, conformándose de 24 participantes (23 mujeres y 1 hombre) a cargo del cuidado de los menores de sus hogares correspondientes, quienes eran responsables de la alimentación de dichos niños (hijos o nietos). A través de la obtención de información del instrumento inicial (anexo 1) se obtuvo que 40 % de los participantes manifestaron que buscaban prevenir algún tipo de enfermedad crónico degenerativa a través de la información que se les proporcionará en el taller, debido a que el 60% de los participantes exteriorizaron tener en su familia enfermedades crónicas tales como: diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y sobrepeso.

La intervención tuvo una duración de 16 sesiones de 1 hora por cada sesión, una vez por semana los días miércoles de 11:00 a 12:00 p.m, teniendo en su totalidad una duración 4 meses.

Se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación (cuestionarios), el primer instrumento se utilizó para la recolección de información general de los participantes e identificar sus razones y afecciones físicas relacionadas con la alimentación.

El segundo instrumento fue un cuestionario cerrado relacionado con el consumo y la frecuencia de ciertos alimentos (azúcar, harinas, refrescos, carne, huevo, etc.) con cuatro opciones de respuesta “diario”, “dos o tres veces por semana”, “más de tres veces por semana” y “nunca”, se aplicó en dos fases de la intervención al inicio y cierre.

El tercer cuestionario usado constó de cinco preguntas semi-abiertas de las cuales se obtuvieron resultados sobre los aprendizajes alimenticios adquiridos en los participantes, este fue aplicado solo en la fase del cierre de la intervención.

Un cuarto cuestionario semiestructurado se aplicó con la finalidad de obtener las conductas alimenticias (hábitos alimenticios) modificadas durante la intervención.

Finalmente el último instrumento utilizado durante todo el proceso de la intervención, fue la observación participante mediante diarios de campo, para así, obtener la parte cualitativa del estudio.

Cabe mencionar que al término de cada sesión se evaluaba de forma cualitativa el aprendizaje de los participantes, mediante la realización de fichas de trabajo. (Ver a partir del anexo 6)

III. Evaluación inicial en la aplicación de la intervención

Se detectó a través de un primer cuestionario (anexo 1) que las mujeres son las que llevan la responsabilidad en la realización de las comidas alimenticias dentro de las familias, además de que un 40 % de los participantes manifestaron que buscaban prevenir algún tipo de enfermedad crónica degenerativa a través de la información que se les proporcionará en el taller, debido a que el 60% de los participantes exteriorizaron tener en su familia enfermedades crónicas tales como: diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y sobrepeso, por tanto deseaban adquirir más conocimientos acerca de la alimentación.

Se les administró en segunda instancia un cuestionario cerrado (anexo 2), relacionado con el consumo y la frecuencia de ciertos alimentos (azúcar, harinas, refrescos, carne, huevo, etc.) con

cuatro opciones de respuesta “diario”, “dos o tres veces por semana”, “más de tres veces por semana” y “nunca”, de los cuales se observó que quienes consumían alimentos que se pueden ingerir máximo 3 veces por semana como Huevos, carnes rojas (res, cerdo, ternera, cordero), embutidos, nueces, pistaches, almendras, cacahuates, etc. El 10% de los participantes lo consumía a diario, otro 10 % de dos a tres veces por semana, más de tres veces por semana el 65% y nunca el 15% restante.

En cuanto alimentos que se pueden consumir máximo 2 veces por mes (alimentos perjudiciales para la salud como: Hígado pollo rostizado, piel de pollo, chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza, mantequilla, aceite vegetal, tocino, helados, galletas, refrescos, etc., expuestas por el semáforo de la alimentación, se encontró que el 50% de los participantes consumían estos alimentos más de 3 veces por semana y nunca solo un 15 %.

IV. Reseña del taller

La intervención (población 2) fue ejecutada en el recinto cultural “casa popular” de la delegación Magdalena Contreras, se elaboraron 16 sesiones con duración de 1 hora cada sesión, en cada sesión fue utilizado el instrumento de la observación participante esto mediante la realización de diarios de campo.

A continuación se detalla mediante un diagrama, la estructura de algunos de los temas abordados en la intervención:

Temas expuestos en la intervención



Antes de ejecutar la intervención se requirió diseñar cada una de las 16 sesiones, planificando estratégicamente cada uno de los temas a abordar, las actividades didácticas implementadas y los tiempos de ejecución. En cada una de las sesiones se implementaron actividades didácticas y la realización de fichas de trabajo (ver a partir del anexo 6).

A través de la implementación de las diferentes actividades (exposiciones, actividades didácticas, etc.) realizadas en el taller, se pretendió cubrir el objetivo general que es: Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica que proporcione información y educación

nutricional adecuada, que favorezca la enseñanza-aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores de la familia. Además de los objetivos específicos derivados de dicho objetivo principal.

- *Desarrollo de las sesiones de la intervención (población 2)*

Tema: Invitación y presentación de la propuesta

N° de sesión: 1/16

Duración: 1 hora

Objetivo particular: Que los responsables de familia examinen el propósito y la programación de la intervención con base a qué son los hábitos alimenticios por medio de una exposición y narrativa oral.

1ª. Sesión

Presentación de la propuesta psicopedagógica

En la primera sesión se dio la bienvenida a los participantes, que en su mayoría eran madres y abuelitas a cargo de la alimentación familiar, entre ellos se encontraba una persona del sexo masculino quien argumentó que su hija era la responsable de la alimentación en su casa, mostrando poco interés por el taller, ausentándose en varias sesiones. Se realizó las presentaciones de las monitoras y encargadas de efectuar el proyecto así como la presentación de las participantes, para que la población se conociera y se constituyera de forma positiva, se ejecutó una actividad de integración en la que se entregó una tarjeta a cada participante en donde colocaron sus nombres y se le dio un tiempo para que memorizaran el nombre de sus compañeras posteriormente se les pidió que se quitaran el gafete y los circularan a su derecha al mismo tiempo en que sonaba una canción, al momento de detener la música las persona tenía que recordar a quien pertenecía el gafete que quedó en sus manos y lo tenían que entregar a su dueño, así recordar los nombres de sus compañeras, si no recordaban de quien era el gafete tenían que contar un chiste o bailar, dicha actividad se repitió cinco ocasiones, más adelante se dio inicio a la exposición y presentación de la propuesta de intervención psicopedagógica.

Se explicó cuál era el objetivo, al finalizar los participantes expusieron de forma oral sus opiniones acerca de sus intereses por participar en el proyecto, la mayoría expresó satisfacción por la apertura de espacios para los padres, en donde ellos pudieran adquirir mayores

conocimientos que beneficiara a los hijos y a ellos mismos, algunas manifestaron su preocupación en especial por sus hijos, además de reconocer que cuesta trabajo que algunos papás participen para lograr cambios en la alimentación, cabe señalar que una de las participantes se mostró reacia comentando haber sido operada para no comer mucho, argumentando que no le había servido de nada.

Al finalizar se les repartió una hoja con preguntas impresas (Anexo 6) para conocer sus puntos de vista y qué esperaban del taller en general, además de conocer por qué se interesaron en él, y conocer el rol que juegan en la familia, se repartió una hoja en la que tenían que describir sus objetivos a corto y largo plazo la mayoría se refirió a establecer hábitos alimenticios saludables en el hogar.

Tema: Explicación de la problemática “la alimentación en nuestro país y la afectación en la salud de los niños”

N° de sesión: 2/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los responsables de familia infieran sobre la importancia de adquirir hábitos alimenticios adecuados, como medida de prevención para la salud de los niños (as) mediante explicaciones orales.

2ª. Sesión

Se inició la actividad explicando a las participantes que se transmitiría un video denominado “De que murió Poncho”, se les pidió que pusieran atención ya que se comentaría sobre el mismo, al terminar el video algunas participantes reconocieron que aún se conserva la idea de que un niño gordo es un niño sano, y que es necesario deshacerse de esa idea, otra de las participantes comentó que nunca se había puesto a reflexionar sobre el daño que se les produce a los hijos a través de una alimentación poco saludable y que el documental del vídeo fue muy impactante para ella, así fueron expresando sus comentarios sobre lo visto en el vídeo.

Más adelante se habló de la obesidad infantil sus causas y consecuencias, tanto físicas, como emocionales y cognitivas de los menores, la exposición se dio sin mayores contratiempos, se observó que los alumnos (as) permanecieron interesados y atentos a la explicación del tema, al concluir la exposición las monitoras pidieron comentarios sobre lo expuesto uno de los alumnos comentó que en la actualidad la alimentación que se les da a los niños ya no es la que antes se

daba, que ahora con unas papas y un gansito las mamás los alimentan, al mismo tiempo otras alumnas afirmaban lo que decía el alumno, otra participante aseguró que a veces por practicidad y falta de tiempo asiste a la tienda de la esquina para comprar comida rápida que le deje tiempo para hacer otras actividades laborales.

Al final de la sesión se les entregó un cuestionario con preguntas impresas (Anexo 7) con la finalidad de conocer su opinión sobre porque es importante establecer hábitos de alimentación adecuados, como ellas ya habían visto el video “De que murió Poncho” sus respuestas fueron apegadas a ese tema, en otra pregunta se cuestionó sobre las consecuencias de no llevar una alimentación adecuada, sus respuestas se enfocaron más al aspecto de la salud y finalmente se les pidió exponer que reflexión les dejó la problemática que se expuso, contestando en este caso que les preocupaba que sus hijos o nietos pasaran por la misma situación de Poncho.

Tema: Qué son los hábitos de alimentación

Nº de sesión: 3/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los responsables de familia identifiquen lo que es un hábito alimenticio inadecuado y uno saludable a través de actividades psicoeducativas y una exposición oral.

3er. Sesión.

Al inicio de la sesión se preguntó sobre lo visto en la sesión dos, recordando lo antes expuesto con el fin de enlazar la información con la nueva, posteriormente se explicó el tema y propósito de la sesión, se expuso lo que es un hábito alimenticio y como fomentarlos en los niños, identificando cuales son los adecuados y cuales los inadecuados, además se realizó una dinámica en la que se les repartió a los participante una hoja en donde tenían que anotar cinco hábitos alimenticios que formaran parte de su vida, tenían que anotar por ejemplo qué comían, cómo, en qué lugar, el tiempo empleado para comer, así como los sentimientos que se involucraban a la hora de comer, una vez que terminaron se le pido que reflexionaran acerca de los hábitos que habían anotado e identificaran cuáles les podían ayudar y cuáles les podían perjudicar. Durante su tiempo de reflexión escucharon una música suave.

Más adelante se le pidió que proyectaran su vida y la de sus hijos para dentro de 15 años si seguían aplicando los hábitos que practicaban, además de cómo sería su salud y reflexionar sobre qué tenían que hacer para tener una vida saludable.

Se pidió la participación en forma libre para realizar comentarios, en esta ocasión una de las participantes comentó la situación de su pequeño nieto de dos años que está a su cargo ya que le cuesta mucho trabajo que coma por ello decía estaba en el curso, además explicó que no tenía mucho apoyo por parte de los padres (desafortunadamente la participante acudió a pocas sesiones debido a problemas de salud). Para concluir se entregaron dos fichas de trabajo (Anexo 8 y 9) con el fin de verificar si se logró algún conocimiento por parte de los participantes en donde se preguntaba lo visto en la sesión identificando hábitos tanto saludables como no saludables, de donde se identificó que fueron capaces de reconocer los hábitos saludables como tomar el desayuno debido a que es una comida principal, tomar agua en lugar de refresco, y los no saludables aunque hubo quienes defendieron el aspecto de ver televisión cuando comen, no así una de las participantes que se demostró dispuesta y haría la prueba, otro aspecto que tomaron en cuenta fue el no picar entre comidas frituras o galletas, y que había quienes pasaban más de 5 o 6 horas sin comer.

Tema: Costumbres alimentarias

N° de sesión: 4/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los participantes analicen a través de un vídeo cómo los hijos imitan las acciones de los padres además de identificar y describir de dónde vienen los hábitos que se practican.

4ª. Sesión

Para iniciar esta sesión como en las anteriores se dio repaso nuevamente de la sesión anterior y posteriormente se proyectó un video denominado “Los hijos hacen lo que ven”, en éste se veían escenas en donde aparecen niños acompañados de un adulto imitando sus acciones, después se comentó acerca de cómo los hijos copian lo que los adultos hacen, de ahí se partió para trabajar con el tema del día referente a de dónde vienen los hábitos alimenticios y cómo es que han cambiado durante el paso de los años, en este caso las participantes recordaron como les habían enseñado sus mamás a preparar alimentos y cómo se decía que una persona gorda estaba bien nutrida y por tanto tenía buena salud, además de reconocer que con los avances tecnológicos la alimentación ha cambiado, antes los comestibles eran más de forma natural y hoy día existen muchos víveres enlatados, que se compran para preparar de forma rápida la comida y no permanecer mucho tiempo en la cocina como lo hacían las abuelitas.

Además, se habló sobre el precio de los alimentos identificando que la comida rápida sale más cara que consumir provisiones que vienen en forma natural.

Por lo que corresponde a la dinámica de esta sesión se les pidió a las participantes que escribirán una costumbre alimentaria que haya pasado de generación en generación incluyendo también días festivos empatando si esa es una costumbre sana o no, en este caso se comentó en especial las cenas de navidad y año nuevo en donde se acostumbra que cada familia lleve un platillo lo que provoca que se coma de todo y sin medida, finalmente se trabajó con la ficha de trabajo 5 (Anexo 10) en donde debían escribir algunas costumbres alimentarias hoy día y hace 20 años describiendo en grupo características positivas y negativas así como las consecuencias tanto positivas como negativas, en este caso sus respuestas se enfocaron más al uso de condimentos así como el consumo de mucha tortilla y comidas elaboradas con manteca, que con el paso del tiempo se fueron retirando de la dieta porque generaban consecuencias en la salud de las personas.

Tema: Razones psicológicas, emocionales y sociales que orillan a comer de más.

Duración: 1 hora/10 min.

N° de sesión: 5/16

Objetivo Particular: Que los participantes analicen e identifiquen las razones psicológicas, emocionales y sociales que producen el comer de más en las personas, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

5ª. Sesión

Para esta sesión se habló acerca de las razones emocionales y sociales que llevan a comer de más, cabe señalar que en sesiones anteriores las participantes ya hacían mención a aspectos como estrés, tristeza y agregaron el quedar bien con quien los invita en alguna ocasión a comer.

En la exposición oral se argumentó la razón por la cual se debe comer hasta estar satisfecho, y no recurrir a la comida como una forma de alivio, además de explicarles como a la comida se le da en algunas ocasiones significado simbólico, durante la exposición se pudo observar que la mayoría de las alumnas reaccionaban de forma sorpresiva a lo explicado y permanecían atentas además de realizar apuntes, al término de la exposición se pidieron dudas o comentarios, una de las participantes relacionó la causa por la cual su hijo comía mucho dado que lo dejaba solo mucho tiempo provocando ansiedad en él lo cual; deducía que eso lo llevaba a comer de más por sentirse solo, otra participante mencionó el estado emocional de su hija identificando que como respuesta a que ella no tenía una pareja estable, se enfrentaba a diferencias con su hija

mismas que le hacían comer en exceso por las noches y eso la llevaba a tener sobrepeso. El debate duró varios minutos.

Finalmente se realizó una actividad que les serviría para canalizar emociones con una técnica de relajación y respiración, en donde se les pidió a las participantes se acostaran en el piso y después respirar con el estómago para después expulsar el aire por la boca, lo anterior se realizó en repetidas ocasiones, y así se fueron dando instrucciones para ejecutar una técnica de respiración y relajación.

Al finalizar se trabajó con la hoja 6 (Anexo 11) en donde tenían que pegar ilustraciones de una revista que se le entregó previamente, estas tenían que relacionarse con tres razones que describieran las causas por las cuales se come de más, generalmente lo relacionaron con estrés, tristeza y aburrimiento.

Tema: ¿Por qué debemos alimentarnos?

N° de sesión: 6/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los participantes distingan la importancia de ejercer una alimentación equilibrada para las actividades diarias, mediante una explicación oral y actividades psicoeducativas.

6ª. Sesión

Al iniciar la sesión se trató de rescatar información de las sesiones anteriores para identificar con qué información se habían quedado, después se explicó a través de una presentación en Power Point qué es la alimentación y por qué debemos alimentarnos, así como los alimentos que debemos incluir en la dieta diaria.

Se explicó qué es y en qué consistía el plato del buen comer, en esta ocasión las participantes comentaron, que lo que corresponde a las leguminosas lo consumen muy poco además de no saber qué guisados se pueden preparar con estos consumibles, para lo cual se les recomendó visitarán la página de la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal en su programa “No a la obesidad” además de las páginas de la Profeco en donde aparecen recetas que les pueden servir como guía para elaborar estos alimentos (se les dictaron las páginas web correspondientes) también reconocieron que este tipo de consumibles es más barato, ya en la sesión cuatro se había hablado de las costumbres alimentarias y se volvió a mencionar sobre el tipo de alimentación que se elaboraba antes observando que las leguminosas era lo que más se consumía , debido a que era lo que tenían más al alcance.

Al finalizar se aplicó una actividad en la que se formaron dos equipos que tenían que armar su despensa rescatando la información que se les había proporcionado, para que realizaran la actividad se les proyectaron imágenes de diversos alimentos de los que tenían que escoger y anotar en el pizarrón, finalmente se entregó al grupo una figura del plato de buen comer (Anexo 12) y se le pidió a las participantes que de revistas recortaran figuras que deberían pegar en el plato, esto con el fin de revisar qué se había aprendido de la sesión, para esta ocasión pusieron su mayor esfuerzo ayudándose unas a otras para completar su plato.

Tema: Alimentación saludable

N° de sesión: 7/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los participantes identifiquen y elijan alimentos de acuerdo a sus necesidades y características de cada integrante de la familia.

7ª. Sesión

Retomando la sesión seis se trabajó en la sesión siete en esta ocasión se explicó “el semáforo de la alimentación” informando de forma sencilla como debe ser el consumo de alimentos, también se les enseñó a calcular el índice de masa corporal (IMC), todo ello basado en la información que proporciona el servicio de salud pública del D.F. “No a la obesidad” una vez que calcularon su IMC se expuso (presentación en Power Point) que alimentos debían de consumir de acuerdo al IMC. Se observó que los participantes permanecían atentos a los alimentos recomendados y hacían anotaciones.

También se explicó cómo se pueden combinar alimentos, en este caso las participantes se dieron cuenta del tipo de combinación de alimentos que hacían indicando que en la medida de sus posibilidades cambiarían la forma de combinar los alimentos.

Al momento de calcular el IMC, las participantes se dieron cuenta si estaban en su peso ideal o con sobrepeso, quienes se encontraron en sobrepeso preguntaron, qué podían hacer para mejorar su peso para lo que se les sugirió llevaran a cabo las recomendaciones del semáforo de la alimentación (se les entregaron trípticos del semáforo de la alimentación), hubo quienes al finalizar el curso se encontraban satisfechas por haber reducido de talla e incluso bajado de peso. Antes de finalizar la sesión se trabajó con la ficha de trabajo # 8 (Anexo 13), con lo que se trató de identificar que tanto habían aprendido con respecto a la combinación de alimentos, cabe señalar que les costó trabajo, sin embargo se hicieron aclaraciones y se les comento que se

guiaran con la información que ya se les había proporcionado y que poco a poco lo lograrían con la práctica. Así concluyó la sesión.

Tema: Macronutrientes y Micronutrientes.

N° de sesión: 8/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los participantes estimen e identifiquen qué son los macronutrientes y micronutrientes, así como en que alimentos se encuentran para elegir los adecuados para el organismo, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

8ª. Sesión

Tal como en las sesiones anteriores se preguntó sobre lo visto antes, para después pasar a la exposición del tema “los macro y micronutrientes” en donde se explicó a través de una exposición oral (presentación en Power Point) lo que el organismo necesita para funcionar adecuadamente, qué son los macronutrientes y micronutrientes, y su función en el organismo humano.

Al término de la explicación se abrió una pauta para dudas y comentarios, en su mayoría no terminaban de comprender cuál era la diferencia entre los macro y micronutrientes, a lo cual las monitoras repasaron nuevamente algunos puntos sobre lo que eran los macro y micronutrientes, se proyectó una tabla en donde se explicaba a detalle los macro y micronutrientes, se observó que en esta ocasión el grupo tuvo mayor dificultad para diferenciar qué son los macro y micronutrientes, requirió de mayor explicación.

Una vez explicado el tema se les entregó una hoja de trabajo (Anexo 14) en donde a través de un crucigrama se tenía que identificar a que se refería cada uno de los puntos, para evaluar si las participantes se quedaron con parte de la información que se les proporcionó, al finalizar se revisó en grupo los resultados retroalimentando a quien tenían confusión.

Tema: Proteínas y Carbohidratos

N° de sesión: 9/16

Duración: 1 hora

Objetivo Particular: Que los participantes definan qué son y qué alimentos contienen proteínas y carbohidratos, para que identifiquen sobre que alimentos deberán aumentar o disminuir su consumo, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

9ª. Sesión

Al entrar al salón ya se encontraban un grupo de participantes en sus lugares, se saludó cordialmente observándose que cada vez existía más unión y confianza entre las monitoras y el

grupo, eso era relevante para la impartición del taller debido a que cada vez mostraban más interés y participación sobre temas relacionados con los hábitos alimenticios. Se dio un tiempo para que llegaran los demás participantes mientras tanto se organizó los materiales y se conectó el cañón para impartir la explicación oral, al cabo de unos minutos se dio inicio a la sesión, se preguntó como de costumbre qué recordaban sobre la sesión pasada, para ello se utilizó una lluvia de ideas, de forma voluntaria las asistentes pasaron anotar en el pizarrón lo que recordaban y pensaban de la sesión anterior que fue sobre los macro y micronutrientes, la mayoría de las alumnas participó y anotó lo visto en la sesión pasada intercambiando información con las compañeras, al finalizar este punto, se procedió a la explicación y propósito que se tenía para la sesión 9.

Antes de iniciar la exposición del día, se aplicó una actividad psicoeducativa llamada “dinámica del color” para ello, se encontraban sentadas en forma de círculo, inmediatamente se les proyectó en el pizarrón un mosaico de colores, indicándoles a su vez, que cada quien escogería un color en específico (verde, rojo, amarillo, naranja, etc.) Al cabo de unos segundos cada quién escogió un color, indicándoles que con el color elegido tenían que anotar en hojas blancas que se repartieron anticipadamente, un alimento saludable y otro no saludable además de armar un menú según el color elegido, algunas participantes se alarmaron pues no sabían en principio que alimento anotar, se les dio un tiempo límite para escribir los alimentos.

Se observó que una de las participantes no sabía que alimentos escribir debido a que había escogido el color negro, dos de las mamás la animaron a pensar diciéndole que había mucha comida de ese color, después de unos minutos la participante recordó algunos alimentos de color negro, y riéndose acertó: - ¡claro como no me acordaba!

Todas las demás alumnas habían terminado, una por una fue explicando el color que eligió y que alimentos saludables y no saludables se relacionaban con ese color, además de un menú de comida del color elegido. La alumna que tuvo dificultades en relacionar el color con los alimentos expuso hasta el final solo le faltaba una bebida con ese color (negro) otra mamá le indicó que agua de sapote y otra alumna dijo que agua de limón con chía ya que la chía era negra. Así se concluyó dicha actividad.

Se inició la explicación oral con ayuda de una presentación en Power Point, sobre el tema “proteínas y carbohidratos” la exposición oral se dio sin mayores contratiempos la mayoría de las alumnas permanecieron atentas a la explicación y hacían sus anotaciones en sus libretas, al

finalizar se abrió un espacio para dudas y comentarios de los participantes, algunas tenían dudas sobre el consumo de carbohidratos, por lo tanto se extendió con mayor profundidad la explicación sobre la diferencia entre carbohidratos simples y complejos, otras mamás expresaron que siempre habían pensado que los carbohidratos eran los que hacían subir de peso, que no se imaginaban que existían dos tipos de carbohidratos y menos que los complejos debían de estar presentes en la dieta diaria.

Minutos antes de concluir la sesión se le repartió a cada integrante del grupo la ficha de trabajo # 10, además de lápices y colores para realizar el ejercicio. Se pidió que trabajaran de forma individual la ficha de trabajo en donde tenían que completar un cuadro poniendo algunos alimentos que contuvieran proteínas y carbohidratos tanto complejos como simples y su frecuencia de consumo según el semáforo de la alimentación, cuando terminaron se pidió 2 voluntarios para que expusieran lo escrito en la ficha, dos mamás desde sus asientos explicaron que alimentos pusieron y porqué.

Mediante la elaboración y explicación de la ficha 10 (Anexo 15) se observó que las participantes empiezan a identificar que alimentos contienen proteínas y cuáles son los alimentos que contienen carbohidratos simples y complejos, algunas mamás recurren a sus apuntes de clase o lo comentan con su compañera, antes de escribirlo.

Al término de la sesión 9 nos despedimos con un aplauso y se les invitó a asistir a la siguiente sesión.

Tema: Consumo de calorías en niños y niñas y porciones de comida. **N° de sesión:** 10/16
Duración: 1 hora/5 min.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia distingan qué calorías y porciones deben de consumir los niños (as) de acuerdo a su edad y peso, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

10ª. Sesión

Conforme fueron llegando las participantes se acomodaron en sus lugares, antes de iniciar la sesión una de las participantes que es maestra jubilada, comentó de forma entusiasta al grupo y las monitoras que había bajado 2 kilos desde que empezó haciendo algunos cambios en su alimentación tales como: utilizar sustitutos de azúcar, las galletas por pan integral, consumir más agua pura, lo que no había podido dejar era el café pero que lo complementaba con canela y le ponía el sustituto de azúcar o piloncillo en lugar de azúcar, hizo la observación a las monitoras de que hubieran sacado el peso inicial de cada una de las alumnas para conocer si

alguien había bajado de peso, a lo que las monitoras contestaron que efectivamente fue un punto relevante que no se pensó inicialmente sino ya avanzado el taller.

Se dio inicio a la sesión recordando de forma breve lo visto en la sesión pasada y se explicó el propósito de la sesión # 10, enseguida empezó la exposición de forma oral con apoyo de una presentación en Power Point del tema “Consumo de calorías en niños y niñas y porciones de comida” retomando puntos dentro de la exposición tales como:

- Kcal requeridas en niños y niñas.
- Tipos de alimentos.
- Porciones de alimentos de acuerdo a la edad y la actividad diaria.
- Ejemplo de un menú para niño.

Al término de la exposición hubo un espacio para dudas y comentarios, dos mamás expusieron que siempre les servían a sus hijos la misma porción que la de un adulto, algunas alumnas explicaron que ellas lo hacían de la misma manera, una de las participantes indicó que en ocasiones regañaba a sus hijos pequeños porque no querían terminarse todo y los obligaba a terminarse toda la comida que había en el plato, se les contestó que ahora tenían más información para considerar que cantidad o porción era la adecuada para cada niño (a) de acuerdo a su edad, peso y actividad diaria.

Enseguida se proyectaron algunos vídeos retomados del programa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal “No a la Obesidad”, en donde se dan algunas alternativas de menús de comidas para los niños.

Para la actividad psicoeducativa en equipo de dos, las responsables de familia formaron un menú saludable (un día) para sus hijos (as), en cada alimento anotaron las calorías que contiene cada alimento y la porción correcta de acuerdo a las necesidades de cada niño, al final sumaron las Kcal que contenía todo el menú del día. Dos voluntarias expusieron al grupo el menú diseñado y se observó que expusieron sus motivos del por qué eligieron esos alimentos para un menú saludable y si las kcal de ese menú eran las ideales o inadecuadas para cada niño, las monitoras complementaron lo expuesto por las alumnas.

Se aplicó la ficha de trabajo #11 (Anexo 16) la cual incluía dos hojas en la primera una imagen que simula ser un plato y en la segunda recuadros con alimentos escritos, solicitando de manera individual formaron un menú para una comida del día ya fuese desayuno, comida o cena, tenían

que recortar algunos recuadros con alimentos escritos (hoja 2) y pegarlos en el plato (hoja 1) para así formar el menú de una comida del día. Se observó que las alumnas tuvieron poca dificultad para realizar el ejercicio del día con menús saludables, con la guía de las monitoras se corrigieron o integraron algunos alimentos saludables que no habían formado parte de los menús realizados. Así concluyó la sesión.

Tema: Importancia del desayuno

N° de sesión: 11/16

Duración: 1 hora.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia estimen la importancia del desayuno, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

11ª. Sesión

En esta ocasión inició la sesión con la explicación del tema “la importancia del desayuno” tocando puntos importantes para la exposición tales como:

- Importancia del desayuno.
- Indispensable para niños en edad escolar.
- Beneficios del desayuno.
- ¿Cómo es un desayuno equilibrado?

Cabe destacar que mientras se daba la explicación las mamás permanecían atentas y tomaban sus apuntes, al término de la exposición se preguntó si había dudas o comentarios una de las alumnas comentó que ella siempre trataba de darles de desayunar a sus hijos antes de que se fueran a la escuela, pero que ella pensaba que estaba bien darles cualquier cosa que en la mayoría de las veces les daba leche con cereal azucarado y que pensaba que eso era suficiente para el desayuno, sin embargo, ahora al ver la exposición y por la información recibida en otras sesiones se daba cuenta que eso no es un desayuno y mucho menos algo saludable para sus hijos, que ahora se esfuerza más en la preparación del desayuno y del lunch para la escuela a lo que otras participantes comentaron algo similar sobre el desayuno de sus hijos e incluso de sobrinos, pues otra alumna comentó que su cuñada solo les daba dinero a sus hijos para comprar comida en la escuela y que ella le contó sobre lo que ha analizado en el curso, que esperaba que su cuñada comprendiera el daño que le hace a sus hijos, pero que le iba a enseñar opciones de menús para la comida., no hubo más comentarios y se prosiguió con la sesión.

Para la actividad psicoeducativa se dividió al grupo en dos equipos en aquella ocasión asistieron 19 personas por lo tanto se conformó un equipo de 10 y otro de 9, una vez divididos

y acomodados, se les proyectó el vídeo “El hada del desayuno” con una duración 1:15 seg. Retomado de YouTube al terminó del vídeo se pidió que elaboraran un cuento sobre la importancia del desayuno en los niños y las consecuencias de no desayunar. Al finalizar cada equipo expuso el cuento realizado. A través de la actividad psicoeducativa se observó que cada integrante de los equipos participaba activamente, al exponer los cuentos se percibió que empiezan a identificar lo importante que es un desayuno equilibrado para la salud de niños (as); sin embargo, algunas alumnas aún tienen dificultades para identificar que alimentos deben estar presentes en el desayuno.

Antes de concluir la sesión se les aplicó la ficha de trabajo #12 (ver anexo 17) en donde se pidió que de forma individual identificaran dentro de una sopa de letras algunos alimentos saludables que deberían de estar presentes en el desayuno debido a que se observó que algunas alumnas tienen un poco de dificultad para identificar que alimentos deben estar presentes en el desayuno y la cantidad de comida para un niño, al finalizar las monitoras expusieron al grupo los alimentos que se encontraban dentro de la sopa de letras además de dar otras opciones de alimentos que pueden estar presentes en el desayuno. Se cerró la sesión con un aplauso y haciendo la invitación para la siguiente sesión.

Tema: Consumo de agua

N° de sesión: 12/16

Duración: 1 hora.

Objetivo Particular: Que los integrantes del grupo examinen la importancia del consumo de agua diaria para beneficiar el organismo.

12ª. Sesión

Se dio inicio explicando el tema y propósito de la sesión 12, se procedió a la exposición oral del tema “Consumo de agua pura” tocando punto por punto sobre los beneficios del consumo de agua que tiene sobre el organismo humano y sus consecuencias al no consumir agua.

Posteriormente se llevó a cabo la actividad psicoeducativa en donde se invirtió la mayor parte del tiempo de la sesión, se dividió al grupo en dos equipos, equipo A y equipo B. Se pidió que elaboraran en equipo carteles que promovieran el consumo de agua pura, dirigido a la población en general.

Las monitoras sirvieron de guía una en cada equipo. Al término de la actividad explicaron los carteles de cada uno de los equipos. Se pudo observar que todos los participantes aportaban ideas y se ponían de acuerdo, al mismo tiempo se notaba que se divertían en lo que hacían, en

la exposición de los carteles ambos equipos realizaron trabajos con mensajes relevantes sobre los beneficios y consecuencias en el consumo de agua.

Para finalizar la sesión se abrió un espacio de dudas y comentarios sobre la sesión en general, una de las participantes comentó que ella y su familia (esposo e hijos) habían empezado a consumir más agua y dejar el refresco, que en ocasiones era difícil porque en las reuniones familiares todos consumen refresco pero que ellos trataban de tomar agua, para la escuela a sus hijos les ponía ya su botellita de agua y que ellos mismos le pedían agua para el día. Se ha observado que en las últimas sesiones algunas participantes asisten al taller con sus botellas de agua al salón. Con comentarios de los alumnos (as) dio el tiempo de cierre de sesión.

Tema: Actividad física

N° de sesión: 13/16

Duración: 1 hora/7min.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia examinen la importancia de la actividad física como parte de los hábitos saludables, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

13ª. Sesión

Se explicó el propósito de la sesión, iniciando con la exposición oral con apoyo de diapositivas del tema “actividad física” en donde se retomaron puntos tales como:

- En qué ayuda al niño el ejercicio físico.
- Tipos de ejercicios que pueden realizar para quemar grasa corporal y desarrollar músculo.
- Efectos psicológicos positivos del ejercicio físico.
- Explicación y promoción de la campaña de la secretaria de salud “Muévete y metete en cintura”.
- Áreas y lugares donde se realizan actividades físicas gratuitas como parte de la campaña gubernamental.

Durante la exposición algunas mamás expresaron que estaban interesadas en que sus hijos practicasen algún tipo de ejercicio pero que no sabían a dónde llevarlos, entonces algunas otras mamás les empezaron a decir que ahí mismo en la casa popular había diversas actividades que tenían desde taekwondo hasta natación, algunas participantes se pusieron de acuerdo para que al finalizar la sesión se fueran a las oficinas a pedir informes sobre los diferentes deportes que impartían en ese recinto.

En la actividad psicoeducativa de la sesión, se hizo espacio en salón para poder realizar algunos ejercicios, explicándoles a los participantes que no necesariamente para hacer ejercicio era obligatorio asistir o pagar para ir a un gimnasio o asistir algún espacio libre, se les enseñó una rutina física que pudieran realizar en casa y en cualquier lugar como la oficina.

Se pidió que formaran un círculo alrededor del salón lo más abierto posible, cada uno sentado en su silla comenzaron a realizar los ejercicios que las monitoras iban indicando a los participantes. Los ejercicios enseñados fueron: de escritorio, de pie, de silla y de relajamiento para la columna, todos estos basados en las recomendaciones del programa de la Secretaría de Salud del distrito federal “No a la Obesidad”. Se observó que los participantes disfrutaban y se divertían al realizar los ejercicios enseñados, algunas alumnas pidieron la dirección de la página del programa “No a la obesidad” para ver nuevamente los ejercicios desde sus casas u oficinas.

Al término de la actividad se aplicó la ficha # 14 (Anexo 18) la cual era un contrato de compromiso para realizar alguna actividad física tanto de las figuras paternas como de los hijos, en él se les pedía escribieran en que se comprometían ambos para realizar algún tipo de actividad física, los días y horarios que dedicarían a ello. Quien estuvo de acuerdo, fueron llenando el contrato de compromiso (ficha 14) y al final lo firmaron. Cada quien se llevó su contrato (ficha 14). Antes de terminar la sesión se les dejó como tarea que trajeran etiquetas de diferentes productos que tenían en casa para trabajar con ellas la próxima sesión, así se dio por terminada la sesión.

Tema: Aprender a leer etiquetas

N° de sesión: 14/16

Duración: 1 hora/5 min.

Objetivo Particular: Que los participantes experimenten al leer las etiquetas de los productos alimenticios para que identifiquen entre un producto saludable y no saludable, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

14ª. Sesión

Después del saludo del día se planteó al grupo el tema y el propósito de la sesión, también se les preguntó si habían traído las etiquetas de los productos que consumían en casa, en su mayoría cumplió con la tarea asignada traían suficientes etiquetas para compartirlas con algunas alumnas que no habían llevado etiquetas.

Se dio paso a la exposición oral del tema “aprender a leer etiquetas” con ayuda de una presentación en Power Point se retomaron puntos tales como:

- Explicación de qué contienen las etiquetas de los productos alimenticios.
- Qué quiere decir la información.
- Qué se debe de tomar en consideración para identificar si un producto es sano o no.

Al finalizar la explicación se abrió un tiempo para dudas y comentarios las alumnas preguntaron sobre la información que viene en las etiquetas de diversos productos.

Para la actividad psicoeducativa del día se indicó que se sentaran en parejas o en tríos, pidiendo a los equipos que cada uno de los integrantes fuera leyendo la etiqueta de algún producto sin enseñar de qué producto se trataba y el resto del equipo tenía que explicar si era un producto saludable o poco saludable. Se observó que las alumnas participaban y hacían comentarios sobre las etiquetas de los productos con las que trabajaban, las monitoras retroalimentaban la información de los grupos formados, dos mamás tenían algunas dudas sobre algunos productos que eran similares, pero entre las alumnas y la monitora que guiaba a ese equipo le explicaron la diferencia de ambos productos, la actividad tuvo como objetivo que los participantes experimentaran al leer las etiquetas de los productos alimenticios para que identificaran entre un producto saludable y no saludable, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

Para reforzar lo expuesto sobre cómo leer las etiquetas de productos alimenticios se aplicó al grupo la ficha de trabajo # 15 (ver anexo 19) en donde se mostraban imágenes de dos etiquetas de ciertos productos (uno saludable y otro no saludable) tenían que seleccionar uno de los productos explicando por qué eligieron ese producto. Con esta actividad se terminó la sesión, se atravesaban vacaciones de semana santa por lo tanto no habría actividades, se mencionó que por vacaciones no habría sesiones, pero que regresando se les esperaba para retomar el taller y que solo faltarían dos sesiones más para concluir.

Tema: ¿Cómo integrar los cambios de alimentación a la vida cotidiana de la familia?

Duración: 1 hora.

N° de sesión: 15/16

Objetivo Particular: Que los responsables de familia discutan cómo integrar los cambios de alimentación a la vida común de los integrantes de la familia, mediante una actividad psicoeducativa.

15ª. Sesión

Para dar esta sesión pasaron tres semanas desde la última sesión debido a que se atravesaron vacaciones de semana santa y una semana más porque el recinto tuvo algunos problemas

internos por lo tanto en esa semana no se pudo impartir el taller. Se dio inicio con el saludo correspondiente se explicó el tema y el propósito de la sesión, además se les pidió de favor que al finalizar la sesión si no daba tiempo dentro de la hora de la sesión, si se podrían quedar 10 minutos más para contestar dos cuestionarios (instrumentos de evaluación final) a lo que contestaron que sí.

Se dio una exposición oral en donde se explicaron fases en los cambios de hábitos alimenticios: a) barreras que dificultan el cambio, b) la alimentación natural y c) cómo ir modificando los hábitos alimenticios inadecuados a unos más saludables.

Posteriormente se realizó una actividad psicoeducativa titulada bajo el nombre “Integración de un hábito alimenticio saludable” dicha actividad tenía por objetivo que los responsables de familia discutieran cómo integraron los cambios de alimentación a la vida común de los integrantes de la familia.

Se pidió que conformaran equipos de 4 personas eligiendo a su equipo como ellos quisieran, una vez reunidos se entregó la ficha de trabajo #16 (Anexo 20) en donde anotaron qué y cómo cambiaron en su familia un hábito poco saludable a uno o varios hábitos saludables al finalizar lo tenían que comentar con el equipo.

En dichos equipos comentaron qué hábito alimenticio (os) inadecuado detectaron en su familia y si lo modificaron o no y de qué forma lo cambiaron, cada uno expuso a su equipo qué hábito alimenticio saludable integraron a su vida cotidiana, cómo lo hicieron y si tuvieron alguna dificultad para ejercerlo.

Se observó que la mayoría participaba activamente en la discusión, al finalizar dos equipos voluntarios expusieron algunos de los contratiempos que habían tenido para integrar algunos hábitos alimenticios saludables ejemplo de ello, una de las mamás indicó que le costó mucho trabajo dejar de consumir pan y no solo para ella sino también para su familia debido a que era una costumbre comer pan blanco a la hora de la comida, que habían disminuido su consumo diario a unas 3 veces por semana y consumían tortillas en vez de pan, que en cuanto al consumo de verdura poco a poco la fueron aceptando sus hijos pero que su esposo definitivamente no, que ponía muchos pretextos para no consumirla y que en definitiva se negaba a consumirla y a dejar de comer tanta carne, otra alumna dijo que ellos tenían la costumbre de que cada fin de semana iban a comer en familia tacos a la calle, que ahora en acuerdo y por salud lo hacían de

vez en cuando 1 vez por mes. Así fueron exponiendo sus hábitos alimenticios anteriores y los actuales. Las monitoras retroalimentaron la información expuesta por las alumnas.

Al final de la sesión se les aplicó un instrumentos de evaluación (ver anexo 3) así terminó la sesión.

Tema: Elaboración de lunch

N° de sesión: 16/16

Duración: 1 hora.

Objetivo Particular: Que los participantes describan las diversas alternativas que pueden tener las familias para elaborar los alimentos, así como la construcción de un lunch para lograr una alimentación sana en los niños del hogar.

16ª. Sesión

Para esta última sesión se realizó una exposición breve sobre todo lo visto a lo largo de las 16 sesiones todo esto para aprender a establecer hábitos alimenticios saludables en la familia especialmente en los niños del hogar.

Posteriormente se aplicó la actividad psicoeducativa de la sesión, para la ejecución de la actividad se le entregó a cada participante la ficha de trabajo #17 (Anexo 21) la cual consistía en diseñar una alternativa para formar un lunch saludable para sus hijos (as). Al término expusieron de forma voluntaria los menús diseñados. Se observó que algunas todavía tenían algunas dudas y se corrigió el menú en grupo haciendo las observaciones pertinentes indicándoles que poco a poco lo lograrían revisando la información antes proporcionada, las participantes que tuvieron duda reelaboraron menús saludables para sus hijos, con ayuda del grupo.

Al final de la sesión se les aplicaron dos instrumentos de evaluación (ver anexos 4 y 5) para hacer el cierre del taller, se agradeció la participación de los responsables de familia debido a que sin su asistencia y participación no habría sido posible llevar la ejecución de la intervención, también las participantes agradecieron por la información proporcionada y comentaron que debía de haber más espacios de enseñanza de diversos temas para los padres de familia, así se concluyó la intervención.

V. Evaluación Final

Durante el desarrollo de la intervención (población 2) se recogieron resultados a través de la aplicación del conjunto de cuestionarios seleccionados, de los cuales se obtuvieron las siguientes categorías y sus respectivos resultados:

a) Consumo de tipo de alimentos antes y después de la intervención.

En el siguiente cuadro se presentan los datos obtenidos en la intervención (población 2), referentes al consumo de alimentos que se pueden consumir máximo 3 veces por semana, en este se describe el porcentaje de las participantes que lo consume “diario”, “más de tres veces por semana”, “más de dos veces por semana” y “nunca”, así como el porcentaje de consumo antes y después de la intervención, registrando las diferencias en cada caso ya sean en favor o en contra. Aun cuando ya está definido el máximo a consumir se ofrecieron tres alternativas más para identificar a quienes están fuera de lo recomendado según el semáforo de la alimentación.

Tabla 1. Consumo recomendado máximo 3 veces por semana

Alimentos	Consumo recomendado	Consumo acostumbrado	Antes %	Después %	Diferencia %
Proteínas como: Huevos, carnes rojas (res, cerdo, ternera, cordero), nueces pistaches almendra y cacahuates	3 veces por semana	diario	10	15	+ 5
		Dos o tres veces por semana	10	39	+ 29
		más de tres veces por semana	65	31	- 34
		nunca	15	15	0
Grasas saludables como: Diferentes tipos de queso, frutos secos	3 veces por semana	diario	15	23	+8
		Dos o tres veces por semana	5	38	+ 33

		más de tres veces por semana	40	24	-16
		nunca	40	15	+ 15

Las participantes manifestaron con respecto al consumo de proteínas como: huevos, carnes rojas, nueces y cacahuates; de las cuales el servicio de salud pública recomienda consumir 3 veces por semana, que quienes la consumían a diario aumentaron en un 5% su ingesta, quienes estaban consumiendo las proteínas más de tres veces por semana aumentaron en un 29%, sin embargo; quienes consumían más de dos veces por semana redujeron en un 34%.

Como se refleja en el cuadro se puede apreciar que un 64% es decir más de la mitad de las participantes estaba dentro de lo establecido y aun así disminuyeron la ingesta, no así quienes la consumían diario o más de tres veces por semana, para estos dos ultimo parece que la indicación puede no haber sido clara y por consecuencia tendieron a aumentar el consumo.

Por lo que corresponde a las grasas saludables (queso panela, nueces, almendras, cacahuates, aguacate, aceite de oliva o canola, etc.) de los cuales se recomienda consumir también tres veces por semana, se observa que quienes las consumían diario aumentaron en un 8% erróneamente, mientras quienes estaban en más de tres veces por semana aumentaron en un 33%, de estos el 40% que estaba dentro de la recomendación disminuyo en un 16% y del otro 40% que nunca los consumía el 15% tomo la decisión de incorporarlo a su dieta, en este caso se puede observar que parte de la población reconoce los beneficios.

En el siguiente cuadro se presenta otro grupo de alimentos que la Secretaria de Salud Pública de D.F. recomienda máximo 2 veces por mes, mismos que se describen a continuación, la información se presenta de la siguiente manera; nombre del alimento, consumo acostumbrado así como el porcentaje de las participantes que lo consumieron antes y después de la intervención, ofreciendo diversas alternativas como: diario, 12 días por mes, 8 días por mes y nunca, con el fin de identificar quienes están dentro de la recomendación y quienes están fuera de ella así como la modificación de hábitos ya sean a favor o en contra.

Tabla 2. Consumo recomendado máximo 2 veces por mes

Alimentos	Consumo recomendado	Consumo acostumbrado	Antes %	Después %	Diferencia %
Grasas saturadas e hidrogenadas (perjudiciales para la salud) como: Hígado pollo rostizado, piel de pollo, chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza, mantequilla, aceite vegetal, tocino, helados.	dos veces por mes	Diario	20	0	-20
		doce días por mes	15	17	+2
		ocho días por mes	50	33	-17
		Nunca	15	50	+35

Lo que se valúa conforme a las grasas saturadas e hidrogenadas (Hígado pollo rostizado, piel de pollo, chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza, mantequilla, aceite vegetal, tocino, helados) se muestran los siguientes resultados, el 20% de los participantes que las consumían diario dejaron de consumirla, se dio también un mínimo aumento en quienes las consumían más de doce días por mes, pero disminuyó en un 17% quienes las consumían ocho días por mes, así mismo el porcentaje de personas que no lo consumen nunca se elevó en un 35% es decir dejaron de consumir los productos.

b) Aprendizajes alimenticios adquiridos durante la intervención.

Para identificar los aprendizajes adquiridos de los participantes de la intervención, se preguntó sobre la importancia que tiene el hecho de que los padres se informen sobre hábitos alimenticios saludables de donde se obtuvo como respuesta que el 30% expresa aprender a comer saludablemente y otro 30% dice por bienestar de los niños, mientras que el 40% busca prevenir enfermedades, se hace suponer que en este caso el porcentaje es más alto, dado que al iniciar el curso se obtuvo que el 60% de los participantes manifestó tener en su familia; diabetes, sobrepeso, hipertensión e infarto.

También se preguntó ¿cómo consideraban que se pudieran fomentar hábitos alimenticios?, el 64% contestó que transmitiendo a los niños hábitos saludables mientras que el 36% piensa que se debe tener información sobre la alimentación, se puede interpretar que si se habló de

costumbres y hábitos alimenticios el 64% está basando su respuesta en lo antes visto, reconociendo que a través de observación se pueden traspasar hábitos.

En cuanto a otros aprendizajes que se identificaron describen como consecuencias de una alimentación inadecuada la obesidad en un 58%, 33% refiere diabetes y un 9% lo relaciona con otras enfermedades, consideran como medidas para evitar sobrepeso formar hábitos alimenticios sanos el 23% , el 12% refiere que se debe comer saludable, y el 6% relaciona los dos conceptos anteriores, por otro lado un 41% considera como medida formar hábitos alimenticios sanos y hacer ejercicio, el 6% además de los dos antes mencionados comer saludable, y un 12 % solo considera que se debe hacer ejercicio y comer saludable, si se observan los datos anteriores la mayoría toma en cuenta el hecho de formar hábitos alimenticios sanos dado que reconocen que los hijos repiten las conductas de los padres.

Aprendieron también como hábitos alimenticios inadecuados el comer comida chatarra y ver TV un 6%, otro 6% habla de saltarse comidas y ver TV mientras come, el 18% solo considera el ver TV mientras comen, otro 6% relaciona tres aspectos; comer comida chatarra, ver TV mientras come y saltarse comidas, un 29% nada más está contemplando el comer comida chatarra, mientras que otro 29%, menciona el hecho de saltarse y comer comida chatarra, y finalmente un 6% habla de solo saltarse comidas, en este caso, de todos estos resultados un 36% se refiere a ver TV, y un 47% está considerando el saltarse comidas, el 70% del total de la población participante considera el comer comida chatarra.

El 94% de los participantes definen la obesidad como una enfermedad, reconociendo que la familia es la responsable de fomentar hábitos alimenticios, el 12% dice que la razón es porque los niños pasan la mayor parte del tiempo en casa, el 35% se refiere a que los padres son quienes elaboran los alimentos haciendo referencia nuevamente a que los hijos repiten las conductas de los padres, así mismo el 53% menciona que son los padres los que fomentan los hábitos alimenticios, definiendo el 94% de la población un hábito como una conducta repetida.

También se indagó sobre qué aprendieron acerca de los que se debe consumir diario el 54% dice verduras, el 43% frutas, y el 3% agua, en lo referente a los alimentos que se deben consumir, máximo dos veces por mes el 37% mencionó las grasas, el 31% la carne, el 33% las harinas, cabe señalar que en ambos casos las respuestas fueron adecuadas.

c) Cambios y conductas alimenticias momentáneas.

Con la finalidad de identificar en los participantes de la intervención, si realizaron cambios en las conductas alimenticias, se realizaron preguntas relacionadas con el consumo de carbohidratos simples alimentos con poco valor nutritivo (azúcar de mesa, comida rápida, jugos embazados, refrescos, agua con saborizante artificial, dulces, pasteles, cereales escarchados, pan blanco, etc.), así como carbohidratos complejos alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales (verduras, frutas, cereales integrales, pechuga de pollo o de pavo, legumbres, lentejas, alubias, etc.) de lo cual se obtuvo la siguiente información:

Tabla 3. Consumo de alimentos con poco valor nutritivo

Carbohidratos simples (azúcares refinados) como: azúcar de mesa, comida rápida, jugos embazados, refrescos, agua con saborizante artificial, dulces, pasteles, cereales escarchados, pan blanco, quesos y yogurt entero, tortillas de harina, bebidas alcohólicas, leche entera.	dos veces por mes	Diario	24	13	-11
		doce días por mes	38	19	-19
		ocho días por mes	14	31	+ 17
		nunca	24	37	+ 13

Por lo que corresponde a la parte de carbohidratos simples (azúcares refinados: azúcar de mesa, comida rápida, jugos embazados, refrescos, agua con saborizante artificial, dulces, pasteles, cereales escarchados, pan blanco, quesos y yogurt entero, tortillas de harina, bebidas alcohólicas, leche entera), quienes los consumían todos los días del mes redujeron en un 11%, por lo que corresponde a la población que menos los consumía aumento en un 17%, quienes los consumían 12 días por mes redujeron su consumo en un 19%, y del 24% que nos los consumían se agregaron el 13% más, por lo que se puede observar si intentaron reducir el consumo de estos alimentos, es decir las participantes si lograron aprendizaje parte de lo que se pretende alcanzar.

Por ultimo en el cuadro que aparece a continuación están los alimentos que se pueden consumir todos los días, de igual manera se ofrecieron cuatro alternativas de respuesta para

identificar quienes estaban dentro de lo recomendado registrando tipo de alimento, consumo recomendado y cuatro alternativas que van desde 30 días, 12 días, ocho días y nunca con la intención de identificar qué porcentaje de las participantes está dentro de lo establecido.

Tabla 4. Consumo de alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales

Alimentos	Consumo recomendado	Consumo acostumbrado	Antes %	Después %	Diferencia %
carbohidratos complejos (alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales): verduras, frutas, cereales integrales, pechuga de pollo o de pavo, legumbres, lentejas, alubias, etc.	Diario	30 días por mes	33	61	+ 28
		8 día por mes	14	8	-6
		12 días por mes	39	23	-16
		Nunca	14	8	-6

Los resultados obtenidos de los alimentos que se pueden consumir diario como carbohidratos complejos (alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales como: verduras, frutas, cereales integrales, pechuga de pollo o de pavo, legumbres, lentejas, alubias, etc.), se observa que para este caso el 33% de la población participante los consumía diario aumentando en un 28% más, quienes los consumían 8 días por mes acertaron en un 6%, así mismo quienes lo consumían 12 días por mes aminoraron en un 16%, también se observa que de quienes nunca consumían este tipo de alimentos también se redujo en un 6%, es decir el 33% una vez que identificaron que este tipo de alimentos no son dañinos para la salud tendieron a modificar en su favor la ingesta.

6. Conclusiones

La presente tesis tuvo como objetivo principal Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica que proporcionará información y educación nutricional adecuada, que favoreciera la enseñanza y aprendizaje nutricional de los adultos a cargo de la alimentación de los menores del hogar.

Para ejecutar la intervención psicopedagógica, primero se realizó un exhaustivo análisis de la situación del sobrepeso y la obesidad que en 2016 se vive entre la población mexicana, dicha situación se incrementa día con día y de forma alarmante se generan graves afecciones en la salud poblacional, que no sólo involucra a los adultos sino que en los últimos años esta condición ha ido en aumento en gran medida entre la población infantil mexicana, desarrollándose en ambas poblaciones enfermedades crónico-degenerativas tales como: diabetes, hipertensión, complejos psicológicos, depresión y baja autoestima entre otros padecimientos; acarreando consigo una serie de complicaciones que afectan el proceso vital de toda aquella persona que lo padece.

A través de la aplicación del taller (16 sesiones) se expusieron temas nutricionales a grandes rasgos, mediante los cuales, se buscó favorecer el aprendizaje nutricional de los participantes. Dichos temas fueron expuestos e impartidos en cinco bloques:

- I. Problemática del sobrepeso y la obesidad
 - Causas.
 - Afecciones.
 - Consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de la obesidad y el sobrepeso.
- II. Razones psicológicas, emocionales y sociales relacionadas con la alimentación
 - ¿Por qué se come en exceso?
 - identificación de sentimientos a la hora de comer.
 - ¿Cómo se puede canalizar las emociones o el estrés?
 - Técnicas de respiración y relajación.

III. Alimentación

- ¿Qué es un hábito?
- ¿Qué son los hábitos alimenticios?
- ¿De dónde se adquieren las prácticas alimenticias?
- Tipos de hábitos alimenticios.
- Identificación de hábitos alimenticios que se ejercen.
- ¿Cómo incorporar hábitos alimenticios saludables?

IV. Conocimientos alimenticios

- ¿Qué es la alimentación?
- ¿Por qué debemos alimentarnos?
- Procesos de la nutrición humana.
- Función de los nutrientes en el organismo.
- identificación de los grupos alimenticios.
- ¿Cómo sacar el IMC en los adultos y niños?
- ¿Qué alimentos consumir según el IMC?
- Consumo de alimentos según el semáforo de la alimentación y el plato del buen comer.
- ¿Cómo leer las etiquetas de los productos?

V. Consumo de calorías

- ¿Qué son las kcal?
- función de las kcal en el organismo humano.
- kcal requeridas en niños y adultos.
- consumo de calorías según IMC y la actividad física de cada persona.
- Ejemplos y construcción de menús de comida saludable.

Dentro de cada una de las sesiones se aplicaron actividades psicoeducativas donde los participantes aplicaban los conocimientos adquiridos a lo largo de cada sesión, mediante la realización de fichas de trabajo y también en debates orales entre los participantes.

Se observó a largo de las sesiones que la alimentación de la familia en general está a cargo de las mujeres, siendo su rol familiar el de madres o abuelas, y son ellas quienes muestran mayor disposición para la modificación de hábitos alimenticios saludables, caso contrario a los hombres, las participantes expresaban en las sesiones que estaban modificando algunas conductas alimenticias como: disminuir el consumo de pan, refrescos y carnes, sustituyendo estos alimentos por pan integral, agua y soya de carne o pollo, sin embargo; los esposos o hijos varones se oponían al cambio de estos alimentos.

Algunas participantes expresaban sentir culpa por la alimentación que se ejercía en sus hogares, debido a que los compromisos laborales no daban lugar y tiempo para la realización de alimentos saludables, siendo más práctico la elaboración de alimentos con productos poco recomendables, también el desconocimiento de ciertos productos nocivos para la salud jugaban un papel importante en la compra e ingesta de alimentos, gracias a que la poca o nula información nutricional con la que contaba el grupo había sido obtenida a través de un medio de comunicación o de generación a generación familiar; sin embargo, a lo largo de las semanas, algunos grupos de mamás se organizaban y juntas realizaban las compras de la despensa, consumiendo alimentos más saludables y menos perjudiciales. Lo que motivo aún más el cambio de hábitos alimenticios en el grupo.

Definitivamente se analizó de forma cualitativa, que las participantes poco a poco fueron incorporando en ellas mismas y en su familia cambios en la alimentación, expresaban sentirse mejor física y anímicamente, se observó que al paso de las sesiones la mayoría de las participantes llevaban botellas de agua, además de frutas o verduras picadas que consumían durante las sesiones, lo cual, no sucedía en un principio.

En cuanto a los conocimientos alimenticios obtenidos, se observó que los participantes identificaron de forma precisa que las adopciones de los hábitos alimenticios son desarrolladas desde la infancia, donde la familia en especial las figuras adultas tienen un papel decisivo en la transmisión de dichas conductas alimenticias, debido a que los niños aprenden habitualmente por imitación de los modelos parentales y de la influencia del contexto social que los rodea. Por lo tanto; expresaban en los debates de las sesiones que el sobrepeso y la obesidad son el reflejo fiel de la aplicación de hábitos alimenticios erróneos adoptados desde temprana edad y transmitidos desde las figuras adultas (padres, tíos, abuelos, hermanos, primos, etc.)

Otro aprendizaje notable fue que conocieron los nutrientes y sus funciones esenciales para el organismo humano, identificando los siete grupos de alimentos que deben estar presentes en la dieta diaria, en este punto distinguieron que existen carbohidratos simples y complejos y diferentes tipos de grasas, debido a que los participantes consideraban que todos los carbohidratos y grasas eran dañinas para el organismo a consecuencia de que solo habían escuchado información errónea proporcionada por algún medio de comunicación o de otras personas.

Dicho conocimiento sirvió para que los participantes reconocieran la frecuencia con la que consumían ciertos tipos de alimentos perjudiciales a comparación de lo que se recomendaba consumir según el semáforo de la alimentación, la mayoría de los participantes expresaron verbalmente, que consumían casi a diario harinas (pan, pasteles, galletas, etc.) y algún tipo de azúcar (refrescos, dulces, pasteles, etc.) además manifestaron no tener noción alguna de que existía un semáforo de la alimentación que aconsejará la frecuencia del consumo de los alimentos.

Este mismo aprendizaje sirvió de enlace para que una vez que el grupo ya había recibido conocimientos básicos nutricionales y reconocían los tipos de alimentos saludables o perjudiciales que existen, aprendieran a leer etiquetas de los productos, para así identificar qué tipo de alimento se pensaba consumir y las calorías que contiene cada porción de ese producto.

Se observó que los participantes mediante la lectura de diferentes etiquetas de diversos productos, identificaron que tipo de alimento era (saludable o perjudicial) la mayoría expresó que jamás se habían detenido a leer las etiquetas debido a que no sabían que información se le estaba dando al consumidor a través de esta, y solo compraban el producto porque habían escuchado que era un producto bueno sin saber en realidad su contenido, también se percibió que ningún participante sabía que el contenido de calorías que se indica en la etiqueta es por porción del producto, no por el contenido total, a lo que la mayoría de los participantes admitieron que hasta ese momento jamás habían leído cuantas calorías ingerían por producto o que en alguna ocasión llegaron a leer las calorías que contenía ese alimento, pero que daban por hecho que era por el total del producto no por cada porción.

Al analizar las consecuencias sobre la obesidad y sobrepeso tanto en adultos como en niños, se observó que los participantes se involucraron por completo en el tema, expresaban que

anteriormente no daban tanta importancia a la alimentación familiar esto debido a que no tenían conocimiento sobre todas las afecciones que se producen a causa de las conductas alimenticias inadecuadas que se ejercen, y expresaban que si existieran más espacios educativos donde se proporcionará información sobre las consecuencias e información nutricional, habría más conciencia entre los padres de familia a la hora de comprar y consumir ciertos alimentos.

Ante este escenario se deduce que el taller tuvo un impacto positivo en la mayoría de los participantes, gracias a que se percibió la dedicación e involucración de los participantes a lo largo de las sesiones, a través de la asistencia continua y participación activa de dichos responsables de familia, logrando así en algunos de ellos cambios en la alimentación durante la impartición del taller, lo que derivó que algunas de las madres participantes bajaran de peso y talla; sin embargo, como no se contempló -el bajar de peso a los participantes- como uno de los objetivos del taller, no se tomaron los pesos y medidas iniciales de la población participante, lo que se queda como sugerencia para futuras investigaciones.

Por tanto; se asume que es de suma importancia que se abran espacios educativos para la población adulta media, donde se trate la educación alimenticia desde un enfoque psicopedagógico, debido a que se notó mediante la aplicación del taller que existe un desconocimiento abrumador en cuestiones alimenticias entre los adultos de edad media, porque entre la población adulta mayor existen mayores conocimientos alimenticios y ejercen mejor su alimentación, sin embargo; se induce que es debido a que actualmente padecen algún tipo de enfermedad (diabetes o hipertensión) por lo que tienen mayor información alimenticia que en algún momento se les proporcionó mediante alguna asistencia médica o investigaron por cuenta propia.

La importancia de la educación alimenticia se hace necesaria y obligatoria debido a que a través de la presente intervención, se identificó que existe muy poco o nulo conocimiento nutricional entre los participantes, dicho desconocimiento está llevando a una crisis de salud poblacional que afecta no solo a los adultos sino también a los niños y adolescentes mexicanos.

En nuestro país, cifras oficiales de la OMS (2016) afirman que México es primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil y segundo lugar en obesidad adulta, además de que 7 de cada 10 niños son obesos, sin embargo; cada vez más la población en general está permitiendo que se vea de manera normal la situación del sobrepeso y la obesidad, siendo muy notorio en los estilos

y rutinas de vida entre la población en donde cada vez más existen lugares de comidas donde venden alimentos en porciones desmedidas y las personas exigen grandes cantidades de comida por poco dinero sin tomar en cuenta el contenido nutricional, así mismo, cada vez son más las tiendas de ropa que están incorporando departamentos para tallas extras convirtiéndose así en una nueva cultura y estilos de vida.

La solución a este padecimiento no es pronta, sin embargo; existen alternativas de prevención y corrección, las cuales se pueden vislumbrar en el cambio y mejora de los hábitos alimenticios, en donde a través de la educación nutricional de adultos y niños se pueden obtener resultados alentadores., destacándose la participación activa de ambos padres, debido a que como se mencionó anteriormente, se identificó que la actividad del proceso de alimentación se ha dejado solo en manos de las mujeres, lo que indica que la responsabilidad alimenticia se sigue dejando a cargo sólo a las mujeres, cuando en realidad la nutrición y salud familiar concierne a ambos géneros, se debe contemplar el redefinir las relaciones en la familia así como las obligaciones que tiene cada miembro familiar.

Desde este punto se destaca que el rol de los responsables de familia es relevante para el fomento e implementación de los hábitos alimenticios saludables pues en ellos recae directamente la transmisión de usos y costumbres que adoptarán los niños a lo largo de la vida.

Tanto el aspecto social como familiar tienen un profundo impacto sobre las conductas alimentarias de los sujetos, gracias a que a través de la familia se transmiten todas aquellas creencias, rutinas y hábitos que determinan ciertas conductas, entre ellas las alimenticias.

Por consiguiente, el desarrollo y transmisión de hábitos alimenticios tiene su explicación desde diferentes modelos psicológicos, uno de ellos es la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura en donde los hábitos alimenticios son el resultado de una construcción recíproca., debido a que, el ambiente y las personas construyen de manera recíproca las conductas, rituales y hábitos que determinarán la conducta de los individuos, por lo cual; desde esta teoría se puede llevar a cabo la educación y formación de hábitos alimenticios saludables, dado que Bandura considera que si se cambian las contingencias que rodean a los individuos se podrá cambiar la conducta, en este caso las conductas alimentarias.

Así mismo, los hábitos alimenticios son una construcción recíproca, donde la familia es el principal fundador de usos y costumbres alimentarias, por tanto; es mediante el conocimiento

nutricional de los responsables de familia que se obtendrán mejores herramientas que les sean útiles en la guía nutricional de los hijos, fomentando en ellos hábitos alimenticios saludables que prevengan algún tipo enfermedad crónico degenerativa que atente contra la salud y bienestar físico, psicológico y cognitivo de los menores del hogar.

La conclusión final es que la alimentación y sus implicaciones físicas, psicológicas y sociales, no solo es un tema médico, sino también es un tema de educación, el estudio de dicho tema es relevante para la psicología educativa, debido a que es un tema actual y que necesita de acciones educativas inmediatas, que a consecuencia de la falta de educación nutricional entre los habitantes del país, se ha desatado una pandemia de salud derivada de los hábitos alimenticios perjudiciales que se ejercen actualmente, teniendo como consecuencia la obesidad y el sobrepeso tanto en la población adulta como infantil.

Por ende, como profesionales de la educación se está en la obligación profesional, de intervenir dotando de conocimientos e información nutricional a las personas a cargo de la alimentación familiar, logrando a través de programas psicoeducativos una mejora en la enseñanza-aprendizaje sobre qué son y cómo ejercer hábitos alimenticios saludables desde el núcleo familiar.

Se sustenta con base a lo expuesto, que más allá del interés creciente que se refleja a nivel mundial en temas de nutrición y la salud, actualmente se tienen conocimientos científicos amplios en nutrición, sin embargo; a nivel poblacional se tienen escasos o nulos conocimientos de dichos temas, porque una cosa es el conocimiento científico y otra es cómo trasladar ese conocimiento a una aplicación nutricional, transmitirlo a un mensaje tan sencillo y explícito sobre qué alimentos incorporar a la dieta diaria y cómo incorporarlos.

Es precisamente en este punto, la relevancia que juega el papel del psicólogo educativo en temas de educación alimenticia, debido a que, dentro de una de sus funciones como lo es la acción psicopedagógica se puede orientar y enseñar desde un enfoque psicopedagógico, qué son y cómo ejercer hábitos alimenticios saludables en la vida común y actual, contribuyendo así, a la prevención y corrección de prácticas alimenticias.

Si bien, la educación nutricional es un trabajo colectivo en donde actúan gobierno, escuelas y familias, la mayor responsabilidad recae en cada persona; el control y responsabilidad en la salud personal debe ser una tarea primordial en la vida cotidiana, debido a que la salud es la que

determina o determinará la calidad de vida de cada uno de los individuos. Para ello, es fundamental la prevención, debido a que muchas de las enfermedades crónico degenerativas pueden ser prevenidas mediante la aplicación de hábitos alimenticios saludables con los cuales se podría evitar enfermedades como la diabetes y todos aquellos padecimientos derivados de dicha enfermedad tales como: la insuficiencia renal, amputación de partes del cuerpo, ceguera, etc.

Como psicólogas educativas, a través de la presente intervención se pretendió que los adultos participantes, tuvieran en sus manos el conocimiento suficiente para prevenir enfermedades o complicaciones de las mismas, tanto en ellos como en sus hijos. Teniendo siempre presente que la cultura de la prevención debe ser una semilla que se debe sembrar de generación en generación, para así, obtener resultados favorables en cuestiones de salud física, psicológica y social de los infantes mexicanos, pues no hay mejor herencia de salud que la educación, prevención y transmisión de hábitos alimenticios saludables que encaminen hacia una calidad de vida favorable.

7. Sugerencias

Investigadores del tema:

- Realizar sondeos sobre los ingredientes que contienen los alimentos que consumen los niños en edad escolar.
- Indagar el origen de los alimentos consumidos en los centros escolares.

Se identificaron algunos puntos que se deberán tomar en cuenta para futuras investigaciones tales como:

- Trabajar máximo con tres instrumentos de evaluación aplicados al inicio y cierre de la intervención.
- Tomar el peso inicial y final de los (as) participantes, según los objetivos alcanzar.

- Llegar acuerdos con los participantes sobre horarios y días para aplicar la intervención, esto facilitará la aplicación.
- Identificar las facilidades y contras del lugar donde se aplicará la intervención.
- Identificar que durante el desarrollo del curso no intervengan muchos días festivos, debido a que las participantes empiezan a perder interés y cuesta trabajo retomar los temas.
- Siempre establecer un ambiente de convivencia sana y respetuosa, debido a que esto facilitará el desarrollo del curso y las actividades a realizar.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, S. M. (2014). Seis consejos para cambiar de hábitos. *Revista oficial de la federación Mexicana de diabetes A. C*, 22 (67), 2-56.
- Andere, P. D. (2010). Cuestiones emocionales y culturales que nos llevan a comer en exceso. En P.D. Andere (Ed.), *Come, disfruta y adelgaza* (pp. 53-75). México, D.F: Editorial Lectorum, S.A de C.V.
- Andere, P. D. (2010). Malos hábitos. En P.D. Andere (Ed.), *Come, disfruta y adelgaza* (pp. 13-23). México, D.F: Editorial Lectorum, S.A de C.V.
- Arancibia, V; Herrera, P; y Strasser, K. (1997). *Manual de psicología educacional*. Chile, Santiago: Salesianos Impresores S.A.
- Armeaga, G, S; y Ruíz, B, A. (2014). Educación para la salud, desde la teoría de la acción, en educación primaria del Estado de México. *Psicología iberoamericana*, 22 (2), 46-53.
- Bandura, A. y Walters, R. (1963). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza Editorial, S. A.
- Bandura, A (1987). *Teoría del aprendizaje Social*. España: Espasa-Calpe, S.A.
- Bastos, A; González, R; Molinero, O; y Salguero, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 18 (5), 140-153.
- Batle, V. S. (2008). Principios de los modelos cognitivos-conductuales. En V.S. Batle *Master en paidopsiquiatría*. Recuperado en http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf
- Bertran, V, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Revista de saúde colectiva*, 20 (2), 387-412.
- Bonilla, M; López, M; Bermejo, D; y Sepúlveda, G. (2015). *Cómplices en el proceso de la nutrición*. México, D. F: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.
- Bunge, E. (2008). Entrevista con Albert Bandura. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 8 (2), 183-188.

- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España, Madrid: siglo XXI de España Editores, S. A.
- Castejón, J.L. Gonzales, C. Gilar, R. y Miñano, P. (2010). *Psicología Educativa*. España: Editorial Club Universitario.
- Castillo, P. P. (2011). *La educación nutricional para la prevención de la obesidad infantil en nivel preescolar*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México, unidad poniente.
- Castrillón, I; y Giraldo, R. (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.
- Castro, F; Rabazo, M; y Fajardo, M. (1995). Aprendizaje. En J. Beltrán y J. Bueno (Eds.), *Psicología de la educación* (pp.287-376). España, Barcelona: Boixareu Universitaria
- Cordero, Á. R. (2004). La gordura en la historia. En Á. R. Cordero (Ed.), *¡Me caes gordo! La discriminación light* (pp. 25-31). España, Barcelona: Plaza y Valdés, S.A de C.V.
- Cordero, Á. R. (2004). La obesidad y los médicos. En Á. R. Cordero (Ed.), *¡Me caes gordo! La discriminación light* (pp. 31-34). España, Barcelona: Plaza y Valdez, S.A de C.V.
- Craig, G; y Baucum, D. (2001). Niñez media y niños en edad escolar: desarrollo de la personalidad y socialización. En G. Craig y D. Baucum (Eds), *Desarrollo psicológico* (pp. 274-311). México: Pearson Educación.
- Cruz, N; y Quiñones, U. (2001). Hábitos de estudio y rendimiento académico en enfermería; poza rica, Veracruz, México. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 11 (3), 1-17.
- Domínguez, V. P; Olivares, S; y Santos, JL. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58, 249-255.
- Flores, H.S.; Klunder, K. M y Medina, B.P. (diciembre, 2008). *La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños*. Boletín Médico Hospital Infantil de México, 65 (6), 626-637.
- Gallego, H. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica de Norte*, 35, 326-345.

- García, C; Pardío, L; Arroyo, A; y Fernández, G. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14 (27), 9-46.
- Garibay, N; y Miranda, L. (2008). Impacto de la programación fetal y la nutrición durante el primer año de vida en el desarrollo de obesidad y sus complicaciones. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 65, 451-467.
- Henao, L., Ramírez, N y Ramírez, P. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *Agora, USB*, 6 (2), 147-315.
- Hernández, S; Fernández, C; y Baptista, L. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. En S, Hernández; C, Fernández; y L, Baptista (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp.157-231). México, D.F: McGraw-Hili _ Interamericana.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Calculo de índice de Masa Corporal. Tablas de valores de Referencia*. México, D.F: IMSS. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Hábitos alimenticios y comida chatarra, 2011
Recuperado en:
http://consulta.mx/web/imangenes/Méxicoopina/2011/20110217_NA_H%C3%81BITOS%ALIMENTICIOS.pdf
- Jenkis, C.D. (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. *Un manual para el cambio de comportamiento*. USA. Washington DC: Publicación científica y técnica N.590
- Kauffer, M; Tavano, L; y Ávila, H. (2009). *Obesidad en el adulto*. Universidad autónoma de México (UNAM). Recuperado de
http://www.rua.unam.mx/repo_rua/temas_transversales_deinteres_generla/600_tecnologia_ciencias_aplicadas_/610_ciencias_medicas_medicina/_6009.pdf.
- LeBow, M. (1986). ¿Por qué un niño se convierte en un niño gordo?. En M.D. LeBow (ed.), *Obesidad infantil una nueva frontera de la terapia conductual* (pp. 23-41). España, Barcelona: Paídos Ibérica S.A.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y salud pública*, 29 (3), 357-60.
- López, A; y Rodríguez, C. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6), 421-430.
- Macias, M; Gordillo, S; y Camacho, R. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39 (3), 40-43.

- Martínez, T. M; Lujan, A. M.A y López, G. J. C. (Noviembre, 2011). La salud alimentaria y su relación con algunos procesos cognitivos en alumnos de 4° a 6° de primaria en el estado de chihuahua en *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Llevado a cabo en Universidad Autónoma de Chihuahua. Recuperado en http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_01/2065.pdf
- Martínez, A; Villarino, M; García, A; Calle, P; y Marrodán, S. (2013). Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. *Revista nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33 (2), 80-88.
- Mendiola, E; y Pérez, G. (2008). La idea de la educación de Durkheim con motivo del ciento cincuenta aniversario de su nacimiento. *Revista del centro de investigación. Universidad La Salle*, 8 (29), 109-120.
- Mercado, P; y Vilchis, G. (2013). la obesidad infantil en México. *Alternativas en psicología*, 17 (28), 49-57.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Medicina Clínica Condes*, 23 (2), 124-128.
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Mayo del 2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. 57ª. Asamblea mundial de la salud. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Datos y cifras sobre obesidad infantil. Plan de acción de la comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Perea, R, Q. (2008). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 004, 15-40.
- Restrepo, S; y Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 36 (19), 127-148.
- Ruderman, A, J. (1983). La obesidad, la ansiedad y el consumo de alimentos. *Comportamientos adictivos*, 8 (3), 235-242.
- Ruíz, Y. (2010). Aprendizaje vicario: implicaciones educativas en el aula. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 10, 1-6.
- Sanabria, H. (2008). El ser humano, modelo de un ser. *Revista Venezolana de Educación Educere*, 42 (12), 471-480.

Schwarzer, R; y Fuchs, R. (1995). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 223-267). España, Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, D.F: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.pediatria.gob.mx/pns.pdf>

Secretaria de Educación Pública (2010). *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México D.F: Secretaria de Educación Pública. Recuperado de http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf

Secretaría de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México: IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal. Recuperado de http://promoción.salud.gob.mx/dgps/descarga1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Secretaría de Gobernación. (22 de Enero de 2013). *Norma oficial mexicana nom-43-ssa2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Diario oficial de la federación, 1, 24-102. Recuperado de <http://dif.slp.gob.mx/descargas/normatividad/NOM-043-2012.pdf>

Shunk, D. (2008). Aprendizaje cognitivo social. En D. Shunk (Ed.), *Teoría del aprendizaje* (pp. 102-141). México, D.F: Pearson Educacion.

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. (2004). La obesidad en México Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (3), 80-86. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043b.pdf>

Torres. T.F. (octubre,2007). Cambios en el patrón alimentario de la ciudad de México. *Problemas del desarrollo revista latinoamericana y de economía*, 38, 128-150. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/pde/pde151/PDE151000407.pdf>

Valdivia, S. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Regué du REDIF*, 1, 15-22.

Vázquez, V.V; y López, A.J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9, 91-96.

Vielma, E; y Salas, M. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Revista Venezolana de Educación Educere*, 3 (9), 30-37.

Vilhena M.P. (2012). *Alimentación y dietética en los procesos de subjetivación*. Recuperado en <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24765/1/Alimentación%20y%20Dietética%20en%20los%20procesos%20de%20subjetivación.pdf>



ANEXOS DEL DOCUMENTO



Instrumentos de
Evaluación
Diagnóstica o Inicial

ANEXO I.

1. Datos Generales:	
Nombre del aprendiz:	
Género: Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/>	Edad:
Escolaridad:	¿Problemas de salud?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál?
Rol en la familia: Abuela (o) <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Tía(o) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
Nombre instructora 1: Ballinas Quintana Arelly Ivette	
Nombre instructora 2: Soto Viquez Silvia Teresa	

Instrucción: Por favor conteste las siguientes preguntas indicando con una X sí o no según sea su respuesta y escriba la razón por la cual está dispuesto a mejorar sus hábitos alimenticios.

I. Razones personales	Si	No	Razones
1. ¿Para bajar de peso?			
2. ¿Para mejorar la figura?			
3. ¿Por salud?			
II. Salud familiar	Si	No	¿Quién? O ¿Cuáles?
4. ¿Algún integrante de su familia padece diabetes?			
5. ¿Algún integrante de su familia tiene sobre peso?			
6. ¿Algún integrante de su familia ha sufrido un infarto?			

7. ¿Algún integrante de su familia padece hipertensión			

Nota: El Instrumento de evaluación inicial, permitió obtener datos generales de los participantes, además de identificar las razones por las que deseaban ser partícipes del taller y las afecciones de salud relacionadas con la alimentación.

ANEXO 2.

Instrucción: Señala con una (x) que alimentos consumen en tu familia y con qué frecuencia.

<i>Alimento</i>	<i>Frecuencia del consumo</i>			
	diario	2 0 3 veces x semana	Más de 3 veces x semana	nunca
Azúcar de mesa				
Tacos, pambazos, tamales, hamburguesas, pizza, papas fritas y otros				
Refrescos, jugos envasados y agua con saborizantes artificiales				
Dulces				
Pasteles				
Cereales escarchados con azúcar/chocolate				
Harinas refinadas: pan blanco, cereales de caja y pastas				
Yogurt enteros				
Tortillas de harina				
Bebidas alcohólicas				
Leche entera				
Verduras: espinacas, lechuga, calabazas, col, apio, zanahorias, pepinos,				
Frutas: manzanas, ciruelas, pera, fresas, melón, papaya y piña				
Cereales integrales: avena, amaranto, trigo, galletas y pan integral				
Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja y chicharos				
Agua natural o té sin azúcar				
Pechuga de pollo				
Pescado o atún				
Leche light				
Queso panela				

Huevo				
Carnes rojas (res, cerdo, ternera cordero)				
Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja y chicharos				
Sustitutos de azúcar				
Queso panela				
Lácteos descremados				
Frutos secos: nueces, pistaches, almendras y cacahuates				
Arroz				
Tortilla de maíz				
Plátano				
Coliflor				
Espinacas				
Hígado				
Pollo rostizado y piel de pollo				
Chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza				
Mantequilla				
Tocino				
Helados				
Diferentes tipos de quesos				
Frituras: cacahuates japoneses, papas fritas y nachos				
Semillas de girasol o linaza				
Aceite de oliva o canola				
Aguacate				
Alimentos empanizados, capeados y fritos				
Mermelada, cátsup, chocolates o galletas con relleno cremoso				
Sazonadores: salsa de soya, alimentos enlatados y sopas instantáneas				

Nota: Este Instrumento de evaluación inicial, permitió obtener datos sobre la frecuencia y el consumo de ciertos alimentos presentes en la alimentación de los participantes.

Instrumentos de Evaluación Final o cierre

ANEXO 3.

Instrucción: Señala con una (x) que alimentos consumen en tu familia y con qué frecuencia.

<i>Alimento</i>	<i>Frecuencia del consumo</i>			
	diario	2 0 3 veces x semana	Más de 3 veces x semana	nunca
Azúcar de mesa				
Tacos, pambazos, tamales, hamburguesas, pizza, papas fritas y otros				
Refrescos, jugos envasados y agua con saborizantes artificiales				
Dulces				
Pasteles				
Cereales escarchados con azúcar/chocolate				
Harinas refinadas: pan blanco, cereales de caja y pastas				
Yogurt enteros				
Tortillas de harina				
Bebidas alcohólicas				
Leche entera				
Verduras: espinacas, lechuga, calabazas, col, apio, zanahorias, pepinos,				
Frutas: manzanas, ciruelas, pera, fresas, melón, papaya y piña				
Cereales integrales: avena, amaranto, trigo, galletas y pan integral				
Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja y chicharos				
Agua natural o té sin azúcar				
Pechuga de pollo				
Pescado o atún				
Leche light				
Queso panela				

Huevo				
Carnes rojas (res, cerdo, ternera cordero)				
Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja y chicharos				
Sustitutos de azúcar				
Queso panela				
Lácteos descremados				
Frutos secos: nueces, pistaches, almendras y cacahuates				
Arroz				
Tortilla de maíz				
Plátano				
Coliflor				
Espinacas				
Hígado				
Pollo rostizado y piel de pollo				
Chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza				
Mantequilla				
Tocino				
Helados				
Diferentes tipos de quesos				
Frituras: cacahuates japoneses, papas fritas y nachos				
Semillas de girasol o linaza				
Aceite de oliva o canola				
Aguacate				
Alimentos empanizados, capeados y fritos				
Mermelada, cátsup, chocolates o galletas con relleno cremoso				
Sazonadores: salsa de soya, alimentos enlatados y sopas instantáneas				

Nota: Este Instrumento de evaluación de cierre, permitió obtener datos sobre la frecuencia y el consumo de ciertos alimentos para realizar un punto de comparación al inicio y cierre de la intervención.

ANEXO 4.

Instrucción: Por favor contesta el siguiente cuestionario según tu criterio.

1. Escriba 2 consecuencias de salud al no llevar una alimentación adecuada:

Consecuencia 1: _____ C.2: _____

2. El 90% de la diabetes es relacionada a:

a) Herencia genética () b) bajo peso () c) obesidad y sobrepeso ()

3. La obesidad es una enfermedad de origen:

a) Genético () b) multicausal () c) no se sabe ()

4. ¿Qué medida se puede tomar como responsables de familia, para evitar el sobrepeso y sus consecuencias en los niños (as) de la familia?

5. ¿Quién cree que tiene la responsabilidad de educar a los niños en cuanto al fomento de los hábitos de alimentación saludables?

a) El gobierno () b) la escuela () c) la familia ()

¿Por qué? _____

6. Escriba dos hábitos de alimentación inadecuados:

1. _____ 2. _____

7. Menciona según el plato del buen comer 2 alimentos que se deben de consumir todos los días:

Alimento 1: _____ Alimento 2: _____

8. Menciona según el plato del buen comer 2 alimentos que se deben consumir máximo 3 veces por semana:

Alimento 1: _____ Alimento 2: _____

9. Menciona 2 alimentos que se pueden consumir 2 veces por mes:

Alimento 1: _____ Alimento 2: _____

10. ¿Qué medidas deben implementar para fomentar hábitos alimenticios saludables en los niños?

Nota: Este Instrumento de evaluación de cierre, permitió obtener datos sobre los aprendizajes alimenticios adquiridos por los participantes de la intervención.

ANEXO 5.

Instrucción: Por favor conteste el siguiente cuestionario según su criterio.

1. ¿Qué tipo de alimentos suele consumir preferentemente? _____

2. ¿Cuánto tiempo ocupa para comer? _____

3. ¿Qué tiempo deja transcurrir entre una comida y otra? _____

4. ¿Siempre que come tiene hambre o lo hace por qué es hora de comida? _____

5. Ahora que obtuvo mayor información sobre los hábitos alimenticios ¿Ha modificado algo en su alimentación o en la de los hijos/nietos (as)?
Sí_____ No_____ ¿Cuál? _____

6. Mencione ¿Qué hábito (os) alimenticios saludables incorporaron a la vida familiar?

Nota: Este Instrumento de evaluación de cierre, permitió obtener datos sobre la modificación o incorporación de las conductas alimenticias (hábitos alimenticios) de los participantes.

Fichas de Trabajo por sesión

ANEXO 8

Evaluación/3er. Sesión

Ficha 3

Instrucciones: Elije tus hábitos alimentarios y sitúalos en la tabla de abajo.

Hábitos alimenticios

1. Consumo de frutas y verduras a menudo.	9. Consumos lácteos a diario.
2. Rara vez como frutas y verduras.	10. Rara vez consumo lácteos.
3. Como chucherías de vez en cuando.	11. Bebo refrescos en las comidas.
4. Como chucherías a menudo.	12. Bebo refrescos muy a menudo.
5. Como carne, por lo menos tres veces a la semana.	13. Bebo refrescos de vez en cuando.
6. Apenas como carne.	14. Para el desayuno bebo leche y pan.
7. Como pescado, por lo menos tres veces a la semana.	15. Normalmente desayuno, leche y pan.
8. Apenas como pescado	16. Consumos embutidos a menudo.

Hábitos saludables	Hábitos No saludables	Alternativa a los hábitos no saludables

Retomado del Manual “Taller alimentación para alumnos de 1º de ESO (1er. Ciclo). Modificado y adaptado para: “Herencia de salud: prevención de enfermedades crónicas degenerativas en los niños, a través de hábitos alimenticios saludables”

ANEXO 9

Evaluación/3er. Sesión

Ficha 4

Instrucciones: Marca la opción correcta en las siguientes oraciones.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. No desayunar, saltarse comidas, comer comida chatarra son hábitos inadecuados. | F | V |
| 2. El saltarse comidas acelera el metabolismo. | F | V |
| 3. Un hábito es una conducta repetida de manera frecuente. | F | V |
| 4. Para modificar un hábito alimenticio se debe asociar alguna actividad diaria. | F | V |
| 5. Ver tv mientras se come es un hábito adecuado. | F | V |
| 6. El estómago tarda 20 minutos en mandar la señal al cerebro de que se está satisfecho. | F | V |
| 7. Comer rápido es igual a consumir más alimento. | F | V |
| 8. Hacer dieta tiene mejores beneficios que el cambio de hábitos alimenticios. | F | V |
| 9. Los hábitos son conductas que se pueden modificar de forma permanente. | F | V |
| 10. Se deben modificar los hábitos alimenticios de uno por uno. | F | V |

ANEXO 10

Evaluación/4a. Sesión

Ficha 5: Costumbres alimentarias

Instrucciones: Compara por medio de este cuadro ¿Cómo se alimentaban hace 20 años y cómo nos alimentamos ahora? Comenta en grupo al finalizar la actividad.

	CARACTERISTICAS POSITIVAS	CARACTERISTICAS NEGATIVAS	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
Costumbres alimentarias de hoy día				
Costumbres alimentarias de hace 20 años				

Retomado de Kontsumobide Instituto Vasco del Consumo. Material complementario educación secundaria: Alimentación y nutrición [en línea]. España (fecha de consulta: 26 de abril del 2015). Pág. 6. Modificado y adaptado para: “Herencia de salud: prevención de enfermedades crónicas degenerativas en los niños, a través de hábitos alimenticios saludables”

ANEXO II

Evaluación/5a. Sesión

Ficha 6

Instrucciones: Escribe en los espacios vacíos la palabra. Recorta y pega la imagen correspondiente.

Nombra 3 razones que llevan a comer demás

Palabra

imagen

¿Cómo canalizar las emociones/sentimientos que llevan a comer demás?

Actividad

imagen

ANEXO I2

Evaluación/6ª. Sesión

Ficha 7

Instrucciones: Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-043) ¿Cuáles son los tres grupos de alimentación, que deben estar presentes en la dieta diaria de la familia? Completa las palabras y dibuja los alimentos en la siguiente figura.

El plato del buen comer

1er. Grupo:

F_ut_s y V__du_a_

2º. Grupo:

Leg_m_no_a_ y ali_e_to_
de ori_e_a_im_l

3er. Grupo:

C_re_l_s

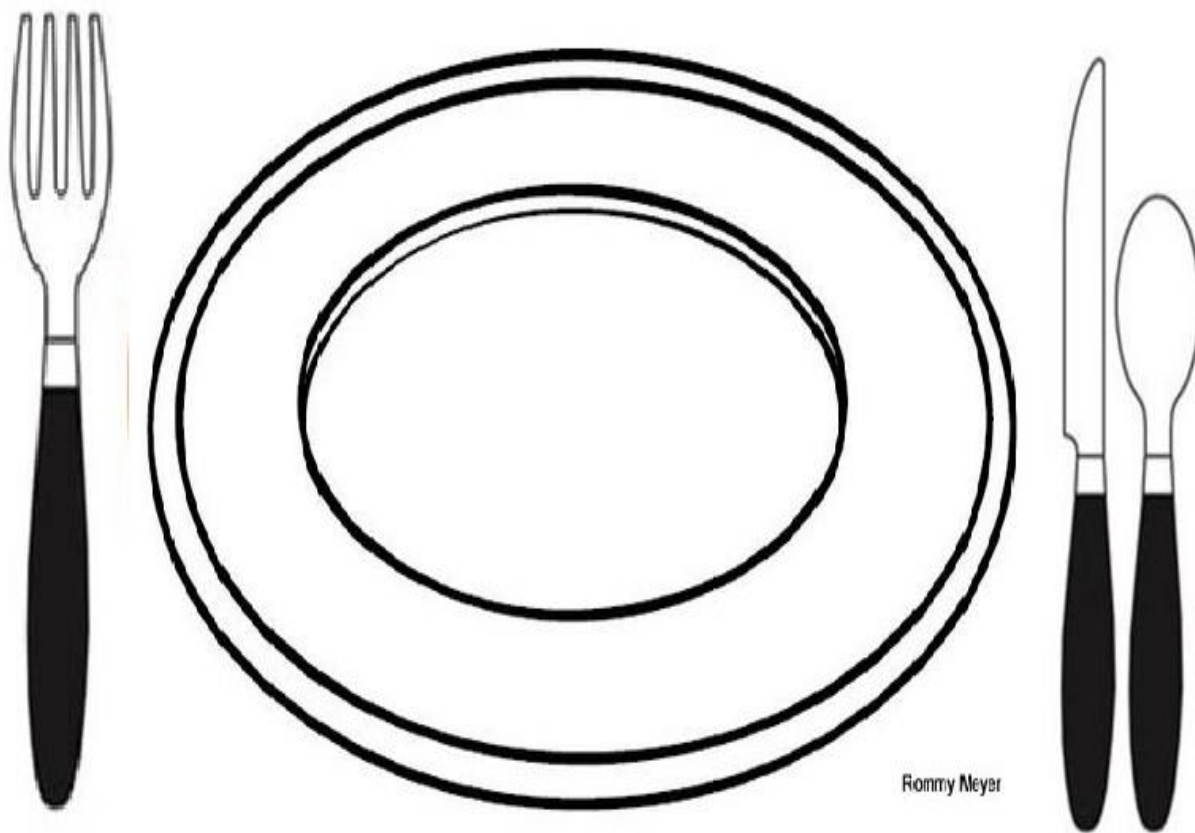


Imagen retomada de: <http://1.bp.blogspot.com/-fAxFsPkuUzg/UTvqUmY5zYI/AAAAAAAAAB9I/89zP9HNSNtU/s1600/plats.jpg>

ANEXO I3

Evaluación/7ª. Sesión

Ficha 8: Combinación de alimentos saludables.

Instrucciones: rellena los espacios vacíos para hacer las combinaciones adecuadas de los alimentos.

Combinaciones poco saludables

+ =

+ + =

Combinaciones saludables

+ =

+ + =

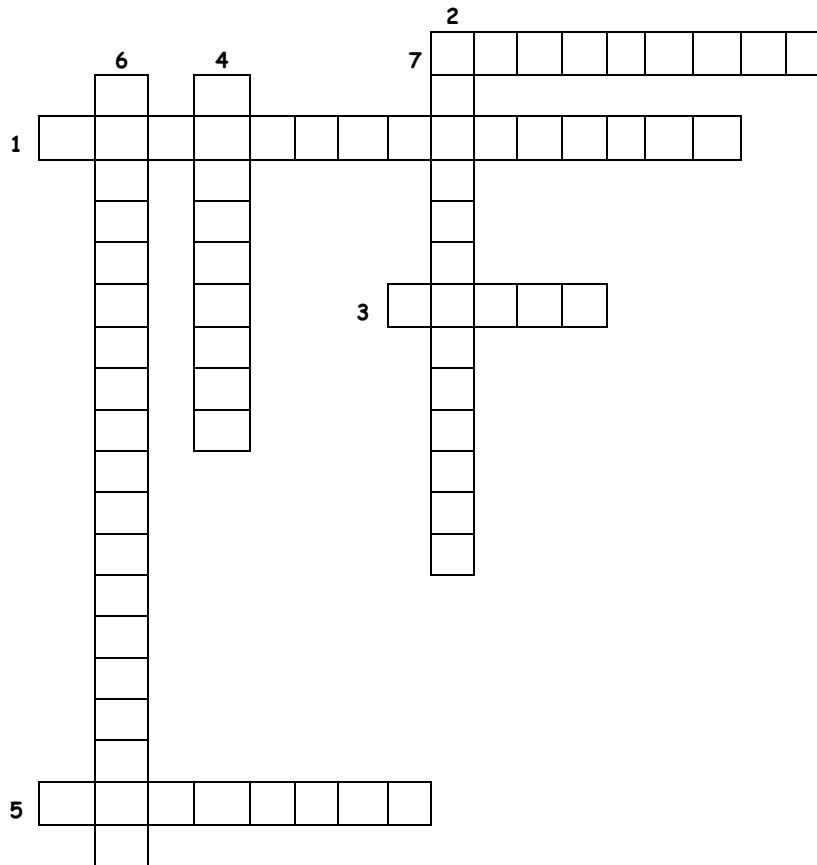
ANEXO I4

Evaluación/8ª. Sesión.

Ficha 9: Macro y micronutrientes.

Instrucciones: rellena los espacios vacíos para completar la palabra adecuada.

1. Son la fuente principal de calorías (energía) que el cuerpo necesita.
2. La energía diaria que necesita el organismo humano debe provenir de.
3. Alimento rico en almidón e indispensable para el funcionamiento del organismo.
4. Necesarias para fabricar infinidad de moléculas proteínas especializadas.
5. Alimento rico en proteínas.
6. Se encuentran en alimentos como pasteles, dulces, azúcar refinada y carecen de vitaminas y fibra.
7. Suministran vitaminas, minerales y fibra, se encuentran en las legumbres, arroz y vegetales.
Son los carbohidratos:



ANEXO I5

Evaluación/9ª. Sesión

Ficha 10: Proteínas y carbohidratos

Instrucciones: Según el semáforo de la alimentación, ¿Qué alimentos contienen proteínas y carbohidratos complejos y simples además de la frecuencia de consumo recomendada? Escríbelos en los espacios vacíos.

Proteínas	Frecuencia recomendada	Carbohidratos complejos	Frecuencia recomendada	Carbohidratos simples	Frecuencia Recomendada
Ej.: huevo	Máx. 3 veces x semana	Cereal integral	diario	tamales	Máx. 2 v x mes

ANEXO I6

Evaluación/I0ª. Sesión

Ficha II: Consumo de calorías en niños y niñas y porciones de comida.

Instrucciones: Recorta y pega la porción correcta de alguna de las tres comidas fuertes del día. En el recuadro escribe que comida del día es.

COMIDA DEL DÍA

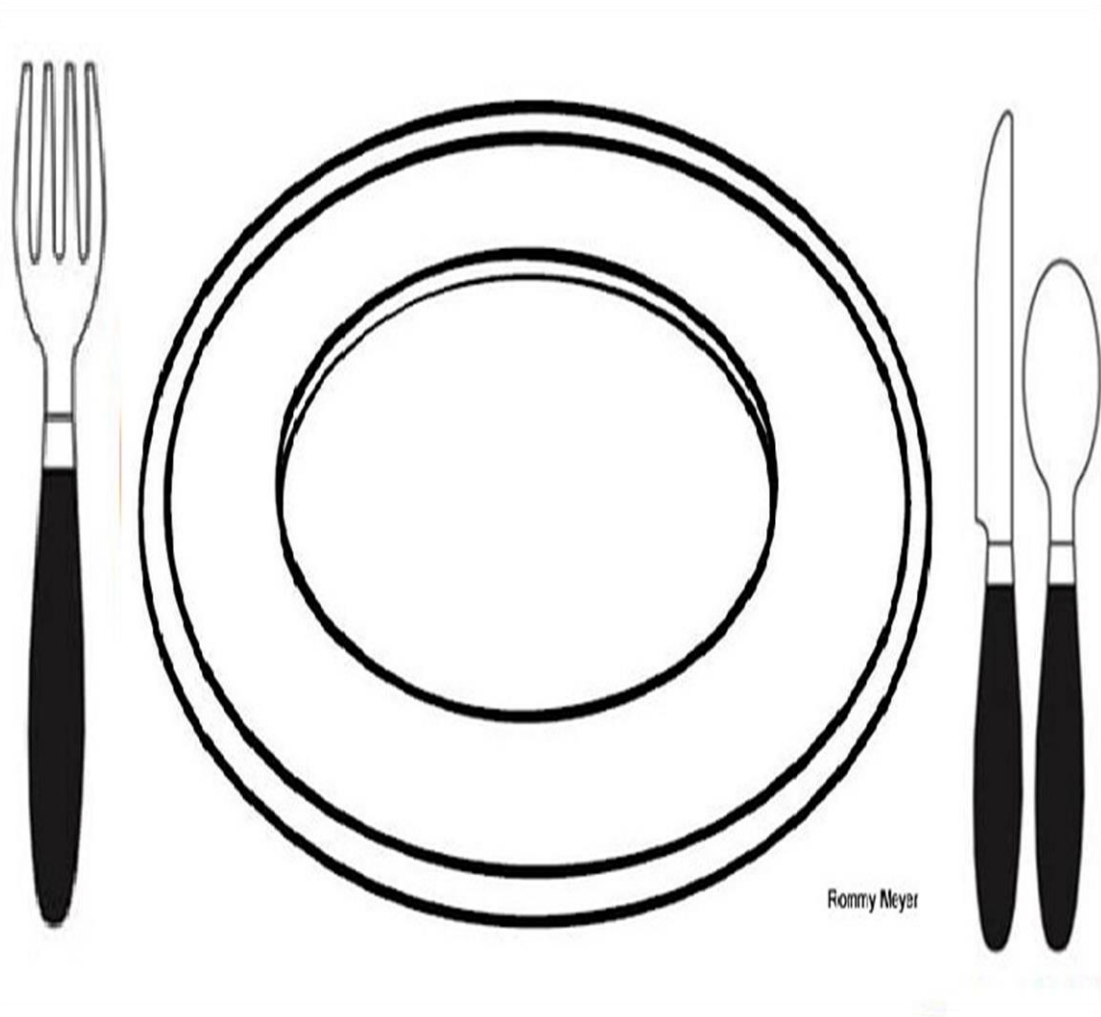


Imagen retomada de: <http://1.bp.blogspot.com/-fAxFsPkuUzg/UTvqUmY5zYI/AAAAAAAAAB9I/89zP9HNSNtU/s1600/plats.jpg>

RECORTA Y PEGA

1 vaso de agua o leche
light

1 taza de fruta

2 tortillas= 1 porción

2 huevos sin yema con
espinacas/verduras o
nopales.

1 rebanada de pan tostado

30 gr= 1 dedo gordo
de queso panela

3 onzas= palma de la mano
de carne de res/pescado o
carne blanca.

2 tazas de verduras

$\frac{1}{2}$ taza de arroz integral

30 gr= frutos secos

1 taza de avena o cereal
integral

1 taza de frijoles o
lentejas

1 pera/manzana o $\frac{1}{2}$ de
piña picada

1 cucharada de
granola y miel

ANEXO I7

Evaluación/IIª. Sesión

Ficha 12: Importancia del desayuno

Instrucciones: Encuentra dentro de la sopa de letras, los alimentos que deben estar presentes en el desayuno. Enciérralas en un círculo o colorea las palabras.

b	a	p	E	h	u	e	v	o	s	r	t	v	c
p	i	ñ	A	e	f	h	j	k	o	y	é	b	f
a	j	t	G	l	e	c	h	e	l	i	g	t	h
n	a	w	Q	s	z	e	z	x	v	p	n	m	e
i	m	e	L	ó	n	r	m	c	d	a	j	ñ	s
n	o	p	A	l	y	e	i	w	p	p	u	o	p
t	n	q	F	g	j	a	e	t	e	a	g	u	i
e	t	o	R	t	i	l	l	a	s	y	o	c	n
g	r	a	N	o	l	a	r	r	l	a	k	t	a
r	n	q	U	e	s	o	p	a	n	e	l	a	c
a	s	c	A	l	a	b	a	z	a	s	e	i	a
l	x	j	F	d	s	a	r	e	w	k	ñ	b	s

ANEXO I9

Evaluación/I4ª. Sesión

Ficha 15: Leer etiquetas

Instrucciones: Elige cuál de los productos escogerías para el consumo personal y de tu familia. Explica la razón del porque elegiste el producto.

Información nutricional	
Tamaño de la porción: 1 rodaja	
Porciones por recipiente: 22	
Cantidad por porción	
Calorías 50	Calorías de la Grasa 10
% del valor nutricional diario*	
Grasa total 1g	1%
Grasa Saturada 0g	0%
Colesterol 0mg	0%
Sodio 115mg	5%
Carbohidrato Total 10g	3%
Fibra Dietética 5g	20%
Azúcares 1g	

VALOR ENERGÉTICO	405kcal
PROTEÍNAS	6g
HIDRATOS DE CARBONO	73g
AZÚCARES	5.5g
GRASAS	10g
SATURADAS	1.3g
FIBRA ALIMENTARIA	5g
SODIO	0.6g

Imágenes retomadas de:

https://www.google.com.mx/search?q=etiquetas+de+productos+alimenticios+en+espa%C3%BIol&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwicxbf9uN_KAhUFGR4KHbyLCvMQ_AUIBygB&biw=1366&bih=667#tbn=isch&q=etiquetas+de+papas+fritas&imgref=36nls7zQmKofZM%3A

Razón: _____

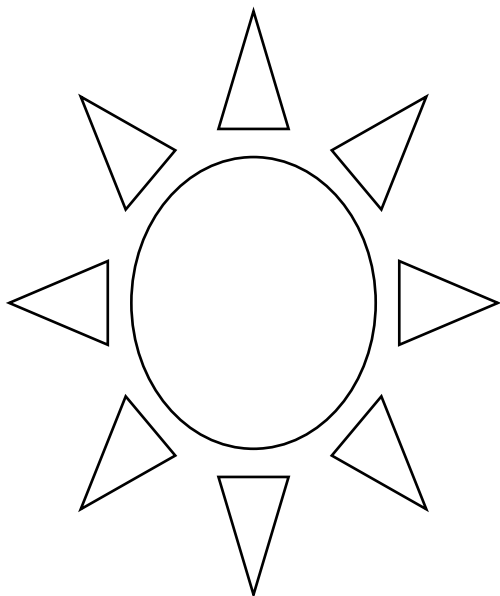
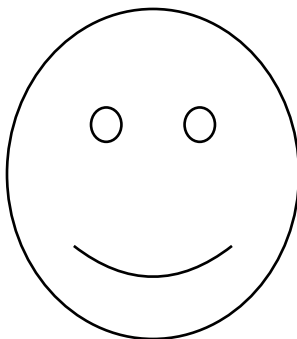
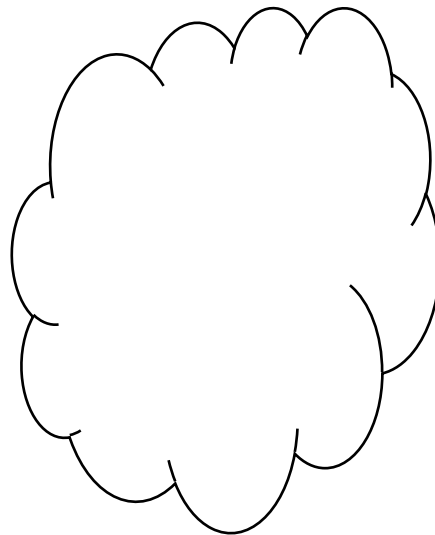
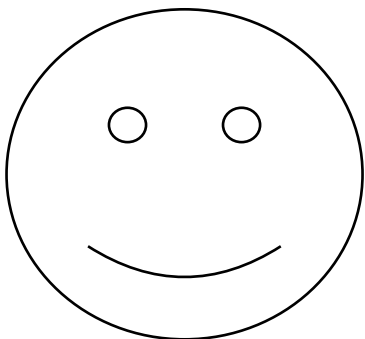
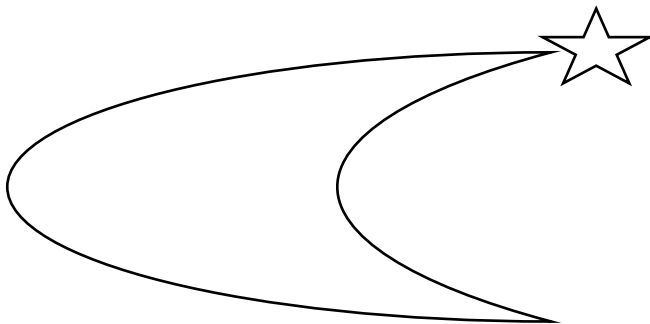
_____.

ANEXO 2I

Evaluación/I6ª. Sesión

Ficha 17: Armar el lunch saludable.

Instrucciones: Conforme a los videos mostrados del programa "No a la obesidad" arma un lunch para tu (s) hijos (as) a lo largo de un día normal y escríbelo en los recuadros; recuerda que un lunch debe ser nutritivo y equilibrado todos los días.

<div data-bbox="256 604 664 674" data-label="Text"><p>Desayuno</p></div> <div data-bbox="203 684 699 1276" data-label="Image"></div>	<div data-bbox="737 814 1036 877" data-label="Text"><p>Merienda 1</p></div> <div data-bbox="745 900 1040 1236" data-label="Image"></div>	<div data-bbox="1127 646 1502 703" data-label="Text"><p>Comida</p></div> <div data-bbox="1065 720 1502 1251" data-label="Image"></div>
<div data-bbox="284 1314 620 1383" data-label="Text"><p>Merienda 2</p></div> <div data-bbox="280 1425 643 1761" data-label="Image"></div>	<div data-bbox="1005 1314 1338 1383" data-label="Text"><p>Cena</p></div> <div data-bbox="799 1392 1445 1713" data-label="Image"></div>	

Cartas Descriptivas

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Invitación y presentación de la propuesta

N° de sesión: 1/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo particular: Que los responsables de familia examinen el propósito y la programación de la intervención con base a qué son los hábitos alimenticios por medio de una exposición y narrativa oral.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva e interrogatorio.	Bienvenida e integración de los participantes al taller. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se dará la bienvenida a los participantes en la entrada del salón, enseguida se les entregará un gafete y un plumón para que escriban su nombre y se lo coloquen. Será indispensable que los participantes porten el gafete, para facilitar la identificación y presentación de las personas. 	5 min.	-Gafete -Plumones -Seguros o alfileres.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responderán una hoja con preguntas impresas (Anexo 9) para conocer sus opiniones acerca de la sesión y sus expectativas del curso.
	Dinámica de integración: “Los nombres completos”	15 min.	-Salón	

	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los participantes formaran un círculo y cada uno de ellos se colocará en el pecho un gafete con su nombre. ▪ Se dará un mínimo de tiempo para que cada quien trate de memorizar el nombre de los demás compañeros (incluyendo el de las monitoras). ▪ Al terminarse el tiempo establecido, todo mundo se quitará el gafete y lo harán circular hacia la derecha, mientras suena una canción. ▪ Al cabo de algunos segundos, se detendrá el movimiento. ▪ Como cada persona se quedará con un gafete que no era el suyo, tendrán que buscar a su dueño y entregárselo, en menos de diez segundos. ▪ El que se quede con un gafete ajeno, deberá contar algún chiste o bailar. 		<ul style="list-style-type: none"> -Gafetes con nombres -Grabadora para reproducir música. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les aplicará dos instrumentos de evaluación inicial (Anexos 1 y 2).
	<p>Presentación de proyecto y calendarización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática ▪ Objetivos generales y particulares. ▪ Forma de trabajo: ▪ Actividades a realizar durante el proyecto. ▪ Forma de evaluación al inicio, durante y finalización del proyecto. 	20 min.	-Cañón para la proyección de la presentación.	

	<p>Se impartirá a los participantes un cuestionario con preguntas impresas (Anexo No. 9), tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Por qué se interesó en el taller? 7. ¿Por qué considera importante conocer sobre los hábitos alimenticios de los niños? 8. ¿Qué le interesaría conocer en las reuniones del taller? 9. ¿Qué papel juega usted en la alimentación de los niños de su hogar? 	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionarios -Lápices -Gomas -Sacapuntas 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresiones orales de los participantes. 	5 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Explicación de la problemática “la alimentación en nuestro país y la afectación en la salud de los niños”

N° de sesión: 2/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arely Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia infieran sobre la importancia de adquirir hábitos alimenticios adecuados, como medida de prevención para la salud de los niños (as) mediante explicaciones orales.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Selección, organización y elaboración. Técnica:	-Saludo y explicación del tema y propósito de la sesión.	5min.	- Cañón - Computadora - internet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responderán una hoja con preguntas impresas (Anexo 10) para conocer sus opiniones
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyección del video “De qué murió poncho” Retomado de: https://www.youtube.com/watch?v=t1Kgbmqv9o8	5 min.		
	Comentarios orales sobre la situación del video “de qué murió Poncho”	10 min.	- Cañón - Computadora	

-Expositiva, biográfica y de diálogo.			-Presentación en Power Point.	acerca de la sesión y sus expectativas del curso. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les aplicarán dos instrumentos de evaluación inicial (anexo 3 y 4).
	Exposición de la problemática: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obesidad infantil ▪ Causas Consecuencias en la salud física, emocional y cognitiva de los menores.	20 min.	-Hojas blancas con preguntas impresas.	
	Aplicación ficha de trabajo: <p>Antes de finalizar la sesión se les entregará a los participantes un cuestionario con preguntas impresas, para que contesten. (Anexo N°10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de cuestionario: <ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Por qué es importante establecer hábitos de alimentación adecuados en la familia? 7. ¿Cuáles son las consecuencias de no llevar una alimentación adecuada? 8. ¿Qué reflexión les deja la problemática expuesta? 	5 min.		
	Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dudas o comentarios. 	5 min.	- Cañón - Computadora - internet	

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Qué son los hábitos de alimentación.

N° de sesión: 3/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia identifiquen lo que es un hábito alimenticio inadecuado y uno saludable a través de actividades psicoeducativas y una exposición oral.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y descubrimiento •	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se emplearán las fichas de trabajo # 3 y 4 (Anexo 11)
	Exposición de ¿qué es un hábito y cómo formar hábitos alimenticios sanos en los niños? <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es un hábito? ▪ ¿Qué son los hábitos alimenticios? ▪ Hábitos de alimentación inadecuados. ▪ Hábitos de alimentación adecuados. ▪ ¿Cómo fomentar hábitos alimenticios en los niños? 	20 min.	- Cañón - Computadora -Presentación en Power Point.	
	Actividad psicoeducativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica grupal: “Dinámica de nuestros hábitos” 		-hoja en blanco. -lápices.	

<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer paso: motivación de la dinámica. ▪ Segundo paso: encaminar la dinámica. ▪ Se les repartirá a los participantes una hoja en blanco y una pluma para que anoten 5 hábitos alimenticios que forman parte de su vida. ▪ Anotarán lo que comen, cómo lo comen, el tiempo que emplean al comer, los gastos económicos y las emociones que involucran a la hora de comer. ▪ Una vez que terminen de escribir sus hábitos alimenticios, se les indicará que reflexionen en silencio los hábitos que están presentes en sus vidas y en su familia, y a dónde los llevarán dichos hábitos. ▪ Mientras reflexionan se les pondrá música instrumental. ▪ Se les invitará a proyectar su vida y la de sus hijos dentro de 15 años de seguir con los hábitos alimenticios que practican. ▪ Se les preguntará cómo desean que fuera su salud y la de sus hijos dentro de 15 años y cómo lo lograrán. <p>*actividad basada y adaptada del manual de dinámicas creativas para diferentes momentos de la vida.</p>	15 min.	-música instrumental. -computadora. -bocinas.	
Comentarios orales acerca de lo expuesto en la sesión	5 min.		
<p>Aplicación de la ficha 3 (ver anexo 11)</p> <p>Desarrollo:</p>	15 min	- Cañón - Computadora	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les entregará una hoja impresa y lápices para realizar el ejercicio. ▪ Se les indicará que llenen de forma individual la ficha 3. ▪ Se les asignará un tiempo máx. de 5 min. ▪ De forma voluntaria dos participantes expondrán lo escrito. ▪ Se pedirán comentarios del grupo. <p>Aplicación de la ficha 4 (ver anexo 12) Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les repartirá una hoja impresa (F4) y lápices para realizar el ejercicio. ▪ De forma grupal llenarán la ficha con ayuda de las monitoras. 		<p>-Hojas impresas (fichas 3 y 4) -lápices</p>	
	<p>Se dejará como tarea que identifiquen un hábito alimenticio inadecuado en ellos y sus hijos, modificando dicho hábito a lo largo de las siguientes semanas. Para la sesión 15 en una actividad expondrán de forma oral si lograron integrar algún hábito alimenticio saludable y cómo lo hicieron.</p>	<p>2 min.</p>		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Costumbres alimentarias.

N° de sesión: 4/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes analicen a través de un vídeo cómo los hijos imitan las acciones de los padres además de identificar y describir de dónde vienen los hábitos que se practican.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, discusión y	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. ▪ Proyección del video: “Los hijos hacen lo que ven”. <p>Retomado de: https://www.youtube.com/watch?v=zoDna6vfjyk</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales del vídeo 	5 min.	-Cañón -Computadora -bocinas -internet -video de YouTube “Tus hijos, tú espejo”	Los participantes realizarán la ficha de trabajo # 5.
	<p>Exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se expondrá de manera oral a los participantes de donde vienen los hábitos alimenticios y cómo 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	

descubrimiento .	ha cambiado nuestra alimentación de 20 años para acá. - ¿Qué son las costumbres alimentarias? - ¿Cómo y por qué se han ido modificando las costumbres alimentarias en la sociedad? - ¿Comer sano es caro? - ¿Qué alimentos caros y de poco valor nutricional se pueden sustituir por otros más saludables y económicos? -Ventajas nutricionales de los hábitos alimentarios tradicionales. -Cambios en el patrón alimentario. -El consumo del pan de dónde viene.			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		
	Actividad psicoeducativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica “de dónde vienen mis costumbres alimentarias”: - Se les pedirá a los participantes escriban en una hoja de papel una costumbre alimentaria que ha pasado de generación en generación incluidas celebraciones o tradiciones en su familia y que reflexionen si era una costumbre sana o no. - Deberán recoger información sobre su familia y su vida propia. - En círculo 2 o 3 voluntarios expondrán lo escrito. 	15 min.	-hojas blancas. -lápices.	

	<p>Actividad grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le entregará a cada uno de los participantes una ficha de trabajo (Ficha 5). (Anexo 13) ▪ De forma grupal y con la guía de las monitoras llenarán la ficha de trabajo, en la que tendrán que identificar y escribir las costumbres alimentarias de hoy día y hace 20 años. 	10 min.	-Hoja de papel impresa (ficha 5) -lápices	
	<p>Cierre de la sesión</p> <p>- Dudas o comentarios.</p>	5 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Razones psicológicas, emocionales y sociales que orillan a comer de más.

N° de sesión: 5/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arely Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes analicen e identifiquen las razones psicológicas, emocionales y sociales que producen el comer de más en las personas, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, debate y descubrimiento	Exposición “Razones psicológicas, emocionales y sociales que orillan a comer de más.” <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por qué comemos por causas que no tienen que ver con una necesidad física de alimento. (razones psicológicas, emocionales) <ul style="list-style-type: none"> - Comer cuando ya se está satisfecho (Por qué y causas). - Recurrir a la comida como una forma de alivio. - Por qué se le da un significado simbólico a la comida. - Cuestiones emocionales. - Cómo se puede canalizar. ▪ Cuestiones sociales. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	Los participantes realizarán la ficha de trabajo # 6.

<p>Actividad psicoeducativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica de imaginación: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es? - ¿Cómo se realiza? - ¿Para qué sirve? ▪ Técnicas de respiración y relajación: <ul style="list-style-type: none"> - Se le pedirá al grupo que se acuesten en el piso del salón. - Enseguida se procederá a realizar la técnica de respiración y relajación con la guía de las monitoras. ▪ Rutina manejo de estrés retomada del programa “no a la obesidad” de la Secretaría de Salud Pública. <ul style="list-style-type: none"> - Al finalizar el ejercicio se abrirá una pauta para comentarios. 	20 min.	-música de relajación. -bocinas.	
<p>Aplicación de la ficha 6</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les repartirá una hoja impresa, lápices y revistas para realizar el ejercicio. ▪ Se les pedirá que llenen de forma individual la ficha 6. (Anexo 14) ▪ Se les dará un tiempo de 5 min. 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 6) -lápices y revistas. -tijeras y pegamento.	
<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dudas o comentarios. 	10 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: ¿Por qué debemos alimentarnos?

N° de sesión: 6/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes distingan la importancia de ejercer una alimentación equilibrada para las actividades diarias, mediante una explicación oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y descubrimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Los participantes llenarán la ficha de trabajo (7).
	Exposición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por qué debemos alimentarnos, qué es la alimentación y qué alimentos deben de estar incluidos en la dieta diaria. ▪ Función de los alimentos. ▪ Exposición del plato del buen comer. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		

<p>Actividad psicoeducativa Dinámica “Arma tu despensa”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se dividirá al grupo en 2 equipos. ▪ Se proyectará en la pantalla algunos alimentos saludables y no saludables. ▪ Cada grupo escribirá en el pizarrón los alimentos que deberán estar presentes en sus despensas para llevar una alimentación sana y equilibrada. ▪ Al finalizar explicarán por qué eligieron ciertos productos alimenticios. 	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> -cañón. -computadora. -pizarrón. -plumones o gises. -imágenes de diversos alimentos. 	
<p>Aplicación de la ficha 7 (Anexo 15)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les entregará una hoja impresa, lápices y revistas para realizar el ejercicio. ▪ Se les pedirá llenen de forma individual la ficha 7. ▪ Se les asignará un tiempo máx. de 10 min. ▪ De forma voluntaria dos participantes expondrán lo escrito. ▪ Se pidieron comentarios del grupo. 	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> -hoja de papel impresa (ficha 6) -lápices y revistas. -tijeras y pegamento. 	

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Alimentación saludable.

N° de sesión: 7/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Viquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes identifiquen y elijan alimentos de acuerdo a sus necesidades y características de cada integrante de la familia.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y descubrimiento .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 8 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación: semáforo de la alimentación. - El semáforo es una guía para informar de forma sencilla cómo debe ser el consumo de alimentos según el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada persona. -Grupos alimenticios. -combinación de los alimentos. <p>Fuente: www.noalaobesidad.df.gob.mx</p>	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	

	<ul style="list-style-type: none"> Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		
	<p>Actividad psicoeducativa</p> <p>Tema: “Aprender a sacar el IMC de las personas”: - Se determinará el IMC de cada participante del taller, para saber qué alimentos son los adecuados a consumir.</p> <p>Ejemplo: Peso: 55 kg $\frac{55 \text{ (kg)}}{(1.52) \times (1.52)} = \frac{55}{2.3104} = 23 \text{ kg/m}$</p> <p>Talla (estatura): 1.52 - Una vez identificado su IMC si presentan un bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad se indicará cuáles eran los alimentos que deberán consumir (presentación Power Point) para mantener una alimentación adecuada, de acuerdo al IMC de cada persona.</p>	15 min.	-cañón. -computadora. -pizarrón. -presentación en Power point.	
	<p>Aplicación de la ficha 8 (Anexo 16)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se les entregará una hoja impresa, lápices y colores para realizar el ejercicio. Se les pedirá que llenen de forma individual la ficha 8. Se les asignará un tiempo máx. de 10 min. De forma voluntaria los participantes expondrán lo escrito. Se pedirán comentarios del grupo. 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 8) -lápices y colores.	

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Macronutrientes y Micronutrientes.

N° de sesión: 8/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes estimen e identifiquen qué son los macronutrientes y micronutrientes, así como en que alimentos se encuentran para elegir los adecuados para el organismo, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, argumentación y	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 9 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición del tema: <ul style="list-style-type: none"> - Lo que el cuerpo humano necesita. - Qué son los Macronutrientes y micronutrientes. - Su función en el organismo. - ¿En qué alimentos se encuentran? 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	10 min.		

descubrimiento .				
	Aplicación de la ficha 9 (Anexo 17)	20 min.	-hoja de papel impresa (ficha 9) -lápices.	
	Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se entregará una hoja impresa, lápices y colores para realizar el ejercicio. ▪ Se pedirá que llenen en parejas la ficha 9. ▪ De forma voluntaria los participantes expusieron lo escrito. 			
Cierre de la sesión	5 min.			
	- Dudas o comentarios.			

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Proteínas y Carbohidratos.

N° de sesión: 9/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes definan qué son y qué alimentos contienen proteínas y carbohidratos, para que identifiquen sobre que alimentos deberán aumentar o disminuir su consumo, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y descubrimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron en la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 10 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	Actividad psicoeducativa: Dinámica del color: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada uno de los integrantes elegirá un color y escribirá un alimento saludable y otro poco saludable considerando el color que eligieron. ▪ Al final expondrán los alimentos elegidos de acuerdo al color seleccionado. 	15 min.	-hoja en blanco. -colores.	
	Exposición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué son las proteínas y los carbohidratos su función en el cuerpo. 	20 min.	-Cañón -Computadora	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué alimentos contienen proteínas y carbohidratos. 		-Presentación Power Point.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		
<p>Aplicación de la ficha 10 (Anexo 18)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les entregará una hoja impresa, lápices y colores para realizar el ejercicio. ▪ Se les pedirá que realicen de forma individual la ficha 10. ▪ Se les asignará un tiempo máx. de 10 min. ▪ De forma voluntaria los participantes expondrán lo escrito. 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 10) -lápices.	

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Consumo de calorías en niños y niñas y porciones de comida.

N° de sesión: 10/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arely Ivette/ Soto Viquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia distingan qué calorías y porciones deben de consumir lo niños (as) de acuerdo a su edad y peso, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron la sesión anterior. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 11 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición: <p>- kcal requeridas en niños y niñas. -tipos de alimentos. -Porciones de alimentos. -Ejemplo de un menú para niños.</p> <p><small>*Basada en las recomendaciones del programa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal “No a la Obesidad”.</small></p>	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	

descubrimiento .	Proyección de vídeos realizados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en donde se hacen sugerencias de menús para toda la semana. *Basada en las recomendaciones del programa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal “No a la Obesidad”.	10 min.	-cañón -computadora -bocinas -internet -pizarrón blanco.
	Actividad psicoeducativa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ En equipo de dos las responsables de familia formarán un menú saludable (un día) para sus hijos (as). ▪ En cada alimento anotarán las calorías que contiene cada alimento y la porción correcta de acuerdo a las necesidades de cada niño. ▪ Al final sumarán las Kcal que contenga todo el menú del día. ▪ Lo expondrán al grupo y explicarán los motivos del porque eligieron esos alimentos para el menú saludable y si las kcal de ese menú son correctas o inadecuadas para cada niño. 	15 min.	-hoja en blanco. -lápices. -regla. -calculadora.
	Aplicación de la ficha 11 (Anexo 19) Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se empleará un ejercicio que incluirá dos hojas en la primera de ellas vendrá una imagen que simulará un plato y en la segunda hoja vendrán recuadros con alimentos escritos, se les pedirá que de manera individual formen un menú para crear una comida del día ya sea un desayuno, comida o cena, tendrán que recortar algunos recuadros con alimentos escritos (hoja 2) y 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 11) -lápices.

	<p>pegarlos en el plato (hoja 1) para así crear el menú de una comida del día.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De forma voluntaria los participantes expondrán lo escrito. 			
	<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dudas o comentarios. 	5 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Importancia del desayuno.

N° de sesión: 11/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Viquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia estimen la importancia del desayuno, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y demostración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 12 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del desayuno. - Indispensable para niños en edad escolar. - Beneficios del desayuno. - ¿Cómo es un desayuno equilibrado? 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	Actividad psicoeducativa. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se dividirá al grupo en dos equipos. ▪ Una vez divididos y acomodados, se les proyectará el video “El hada del desayuno” duración 1:15 segundos. Retomado de: https://www.youtube.com/watch?v=9rIpsIMfyPI	20 min.	-cañón -computadora -video de YouTube -bocinas -internet -pizarrón blanco.	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les pedirá que realicen un cuento sobre la importancia del desayuno en los niños y las consecuencias de no desayunar. ▪ Al finalizar cada equipo expondrá el cuento realizado. 		-hojas blancas -lápices	
Aplicación de la ficha 12 (Anexo 20) Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les repartirá una hoja impresa con una sopa de letras. ▪ Se les incitará a seguir las instrucciones de la ficha 12. 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 12) -lápices y colores.	
Cierre de la sesión - Dudas o comentarios.	5 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Consumo de agua.

N° de sesión: 12/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los integrantes del grupo examinen la importancia del consumo de agua diaria para beneficiar el organismo.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y demostración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo. ▪ Explicación del tema y propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la elaboración de carteles para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición: -beneficios al consumir agua con frecuencia. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales de lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		
	Actividad psicoeducativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se dividirá al grupo en dos equipos. 	20 min.	-Papel Bond o cartulina. -Plumones	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se pedirá que elaboren en equipo carteles que promuevan el consumo de agua pura dirigido a la población en general. ▪ Al término de la actividad explicarán los carteles de cada uno de los equipos. 			
	<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dudas o comentarios. 	10 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Actividad física.

N° de sesión: 13/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arely Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia examinen la importancia de la actividad física como parte de los hábitos saludables, mediante una exposición oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y descubrimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Explicación del propósito de la sesión. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 14 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	Exposición de la importancia de la actividad física como parte de los hábitos saludables. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad física: <ul style="list-style-type: none"> -En qué ayuda al niño el ejercicio físico. -Tipos de ejercicios que pueden realizar para quemar grasa corporal y desarrollar músculo. -Efectos psicológicos positivos del ejercicio físico. -Explicación y promoción de la campaña de la secretaria de salud “Muévete y metete en cintura” - Áreas y lugares donde se realizan actividades físicas gratuitas como parte de la campaña gubernamental. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	

<ul style="list-style-type: none"> Comentarios orales y dudas sobre lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		
<p>Actividad psicoeducativa</p> <p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se abrirá espacio en salón para poder realizar algunos ejercicios. Se les explicará a los participantes que no necesariamente para hacer ejercicio es obligatorio asistir o pagar para ir a un gimnasio o asistir a algún espacio libre. Se les enseñará una rutina física que puedan realizar en casa y en cualquier lugar como la oficina. Se les indicará que formen un círculo alrededor del salón lo más abierto posible. Cada uno sentado en su silla comenzarán a realizar los ejercicios que las monitoras irán indicando a los participantes. Dichos ejercicios serán: de escritorio, de pie, de silla y de relajamiento para la columna. <p>*Basada en las recomendaciones del programa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal “No a la Obesidad”.</p>	20 min.	-salón grande y luminoso. -sillas.	
<p>Aplicación de la ficha 14 (Anexo 21)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se les repartirá una hoja impresa (ficha 14) el cual será un contrato de compromiso para integrar alguna actividad física a la vida 	10 min.	-hoja impresa con el ejercicio ficha # 14.	

	<p>cotidiana tanto de las figuras paternas como de los hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quienes lleguen a estar de acuerdo llenarán el contrato de compromiso (ficha 14), al final lo firmarán. ▪ Se les asignará un tiempo máx. de 10 min. 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les dejará como tarea que para la siguiente sesión lleven etiquetas de diferentes productos que tengan en casa. 	2 min.		
	<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dudas o comentarios. 	5 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Aprender a leer etiquetas.

N° de sesión: 14/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes experimenten al leer las etiquetas de los productos alimenticios para que identifiquen entre un producto saludable y no saludable, a través de una explicación oral y actividades psicoeducativas.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Selección, organización y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y demostración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se les preguntará si hicieron y llevaron las etiquetas de productos alimenticios pedidas con anticipación. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 15 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	Exposición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación de qué contienen las etiquetas de los productos alimenticios. ▪ Qué quiere decir la información. ▪ Qué se debe de tomar en consideración para identificar si un producto es sano o no. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentarios orales y dudas sobre lo expuesto por las monitoras. 	5 min.		

	<p>Actividad psicoeducativa</p> <p>Leer etiquetas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les indicará que se sienten en parejas o en tríos. ▪ Se les pedirá que en equipo cada uno vaya leyendo la etiqueta de algún producto sin enseñar de que producto se trataba y los demás tendrán que explicar si se trata de un producto saludable o poco saludable. 	15 min.	-etiquetas de productos.	
	<p>Aplicación de la ficha 15 (Anexo 23)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les repartirá una hoja impresa con ejercicios educativos. ▪ Se les incitará a seguir las instrucciones de la ficha 15. 	15 min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: ¿Cómo integrar los cambios de alimentación a la vida cotidiana de la familia?

N° de sesión: 15/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distinguan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los responsables de familia discutan cómo integrar los cambios de alimentación a la vida común de los integrantes de la familia, mediante una actividad psicoeducativa.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Organización, integración y elaboración. Técnica: -Expositiva, diálogo y experiencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron la sesión anterior.	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 16 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	Exposición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación fases de cambios de hábitos alimenticios: <ul style="list-style-type: none"> - barreras que dificultan el cambio. - la alimentación natural. - cómo ir modificando los hábitos alimenticios inadecuados a unos más saludables. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	Actividad psicoeducativa Integración de un hábito alimenticio saludable: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les pedirá que integren equipos de 4 personas. 		-salón. -sillas.	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez reunidos se les entregará una hoja impresa (ficha 16, Anexo 23) en donde escribirán si modificaron algún hábito alimenticio y si integraron algún hábito alimenticio saludable, además cómo lo integraron. ▪ Comentarán que hábito alimenticio inadecuado detectaron en su familia y si lo modificaron o no y de qué forma lo cambiaron. ▪ Expondrán a su equipo que hábito alimenticio saludable integraron a su vida cotidiana, cómo lo hicieron y si tuvieron alguna dificultad para ejercerlo. 	15 min.	-hoja de papel impresa (ficha 16) -lápices	
--	--	---------	---	--

CARTA DESCRIPTIVA

Tema: Elaboración de lunch.

N° de sesión: 16/16

Duración: 1 hora

Expositor (as): Ballinas Quintana Arelly Ivette/ Soto Víquez Silvia Teresa

Objetivo General: Que al término de las 16 sesiones los participantes distingan información nutricional que favorezca la identificación de los hábitos alimenticios saludables.

Objetivo Particular: Que los participantes describan las diversas alternativas que pueden tener las familias para elaborar los alimentos, así como la construcción de un lunch para lograr una alimentación sana en los niños del hogar.

<i>Estrategia y/o Técnica</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Estrategia De: -Selección Organización y elaboración. Técnica: -Expositiva, debate y demostración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo. ▪ Se retomará la sesión preguntando qué temas se trataron la sesión anterior. 	5 min.		Se utilizará la ficha de trabajo # 16 para reforzar el aprendizaje de los participantes.
	Exposición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración de todo lo visto para poder conformar la dieta diaria. 	20 min.	-Cañón -Computadora -Presentación Power Point.	
	Actividad psicoeducativa Elaboración de lunch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le entregará a cada participante una hoja impresa (ficha 17) con la actividad a realizar. ▪ Diseñarán una alternativa para formar un lunch saludable para sus hijos (as). 	20 min.	-hoja de papel impresa (ficha 17) -lápices	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al concluir explicarán porque escogieron ese menú. 			
<p>Aplicación de la ficha de trabajo #17 (Anexo 24)</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se les repartirá una hoja impresa (ficha 17). ▪ Se indicará que sigan las instrucciones de la ficha a realizar. 	10 min.	-hoja de papel impresa (ficha 17) -lápices	
<p>Cierre y despedida del taller</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dudas o comentarios. 	5 min.		