EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN NIÑOS MEXICANOS CON SOBREPESO U OBESIDAD

Ana Teresa Rojas Ramírez, Perla Avan Aranda, Andrea M. Borja Ramos, Alexa M. Orozco Franco, Ricardo Palma López, Mitzi J.

Pérez Curiel, Guadalupe Villalba Vázquez

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El objetivo de la investigación fue implementar un programa de intervención psicosocial en niñas/os con sobrepeso u obesidad y que logren identificar hábitos alimenticios saludables. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia reclutando a 20 niños y niñas con peso normal ($n=4$), sobrepeso ($n=11$) y obesidad ($n=5$) con un rango de edad de 8 a 12 años ($\bar{x}=9.65$). De la muestra inicial sólo 16 niños y niñas con sobrepeso u obesidad comenzaron el programa de intervención y sólo 9 participantes lo concluyeron. El estudio fue no experimental de tipo descriptivo de corte transversal donde las variables estudiadas fueron la alimentación emocional, hábitos alimenticios, creencias irracionales, funcionamiento familiar y depresión. Para el análisis de los resultados de la batería se utilizaron tablas cruzadas con el fin de crear un plan de intervención que respondiera a las necesidades de la población encontrando que los participantes presentaban riesgo de alimentación emocional, muestran ausencia de actividad física y presencia de creencias irracionales en torno a su alimentación, indicativo de hábitos alimenticios no saludables. Finalmente se aplicó un pretest-posttest, durante el programa de intervención, donde se llevó a cabo un análisis descriptivo destacando la mejora de los hábitos alimenticios de los participantes.

Palabras clave: Obesidad infantil, alimentación emocional, hábitos alimenticios, funcionamiento familiar y creencias irracionales.

Abstract

The objective of the research was to implement a psychosocial intervention program for children who are overweight or obese and enable them to identify healthy eating habits. A non-probability sample for convenience was carried out, recruiting 20 with normal weight ($n=4$), overweight ($n=11$) or obese ($n=5$) boys and girls with an age range of 8 to 12 years ($\bar{x}=9.65$). Of the initial sample, only 16 boys and girls that were overweight or obese started the intervention program and only 9 participants completed it. The study was non-experimental of a cross-sectional, descriptive, correlational type with a quantitative approach where the variables studied were emotional eating, eating habits, irrational beliefs, family functioning, and depression. In the analysis of the results of the battery, crossed tables were used in order to create an intervention plan that responded to the needs of the population, finding that the participants were at risk of emotional feeding, they also showed absence of physical activity and presence of irrational beliefs around their diet, which is an indicative of unhealthy eating habits. Finally, a pretest-posttest was applied during the intervention program, where a descriptive analysis was carried out highlighting improvement in the eating habits of the participants.

Key words: Childhood obesity, emotional feeding, eating habits, family functioning and irrational belief

Correspondencia:

Ana Teresa Rojas Ramírez
Universidad Nacional Autónoma de México
México
Email: anate21y2k@yahoo.com.mx

Introducción

En el 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como la “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. La obesidad es un problema a nivel mundial cuyo origen y causas son complejas y poco entendidas, no obstante, se sabe que se presenta cuando la ingesta calórica de un individuo es mayor a su gasto energético (Hernández et al., 1996).

Sobre este tema se han realizado estudios desde disciplinas como la nutriología, la psicología y la sociología, ya que la alimentación responde a necesidades biológicas, pero también de tipo psicosocial (Villagómez, 2016). Entre estos factores psicosociales se encuentra la depresión, señalada por la OMS (2020) como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta misma puede ser crónica o recurrente y provocar dificultades en la vida diaria.

Un ejemplo de la relación entre obesidad y depresión es el estudio de Mustillo et al. (2003) en donde las personas con obesidad muestran mayores síntomas de trastorno depresivo ya que el peso se relaciona con la imagen corporal y esto a su vez influye en la baja autoestima, debido a que no se pueden alcanzar los estándares de delgadez impuestos por la sociedad. De esta manera, al no cumplir con el ideal de delgadez son víctimas de estigma y crítica por parte de los medios de comunicación, la familia y los pares (Dohnt y Tiggeman, 2006; Knauss, Paxton y Alkaser, 2007; Puhl y Latner, 2007; Ricciardelli, McCabe, Holt y Finemore, 2003) esto puede causar estados depresivos y provocar un aumento en la ingesta de alimentos (Chueca et al., 2002).

De igual manera, las creencias son otro factor de interés relacionado con la obesidad ya que éstas pueden moldear, influir e incluso determinar la salud de los individuos al ser ideas que en un determinado momento se infieren y se forman ocupando un espacio y energía, materializándose dentro de los conceptos más arraigados de las personas (Gómez, 2003). Así mismo, se destaca su importancia dentro del proceso salud-enfermedad, las cuales pueden acercar o alejar al individuo de una enfermedad. Esto ocurre cuando las creencias personales llegan a afectar el comportamiento y, en consecuencia, compromete la salud. Tal como en el estudio realizado por Mahon, Cowan y McCarthy (2006) en donde se muestra que los participantes que tenían creencias más positivas sobre la conveniencia respecto a la comida preparada y *takeaways* eran quienes pensaban consumir ese producto durante la siguiente semana, lo cual influía en su consumo.

Además, la alimentación está vinculada a factores emocionales, de acuerdo a lo anterior, Rodríguez et al. (2008) presentan cinco formas específicas de cómo se relacionan estas dos variables: a) La elección de los alimentos está vinculada por las emociones provocadas por las características de estos; b) Se suprime la ingesta de alimentos cuando las emociones presentan una activación o intensidad elevadas debido a la incompatibilidad en la respuesta emocional; c) La alimentación se ve afectada en función de la activación intensa o moderada de la emoción dependiendo a su vez de la motivación para comer; d) Las emociones negativas aumenta de forma considerable la ingesta de alimentos debido al poco o nulo control del consumo; e) La ingesta normal de alimentos es afectada por las emociones en consonancia con la motivación y características cognitivas. Peña y Reid (2015), demostraron que, en la actualidad, el 85% de las personas no poseen conocimientos suficientes acerca de las emociones o estado de ánimo y su impacto en la alimentación, lo cual es una necesidad para evitar enfermedades relacionadas a la mala alimentación tales como la obesidad, problemas cardíacos, colesterol, diabetes, etc. En consecuencia se puede determinar la relación existente entre emoción y alimentación, la cual ha sido objeto de estudio por parte de psicólogos, médicos, nutricionistas, e investigadores en general durante las últimas décadas, en especial para intentar atribuir las causas y efectos de alimentarse emocionalmente, en este sentido

desde el punto de vista psicológico, existen perturbaciones que tienen que ver con la configuración mental de recurrir a la comida cada vez que sienta emociones desagradables o en su defecto agradables, una alimentación por impulso emocional va a moldear a la persona, en cuanto a la toma de decisiones de qué comer según el hambre emocional, que se antepone ante el hambre fisiológica común; y de la necesidad de obtener un estado de hedonismo o placer, por otra parte las personas que suelen alimentarse emocionalmente no comprenden que el consumo de ciertos alimentos le va a traer bienestar sólo temporalmente y no de una manera permanente (Albers, 2015).

Asimismo, es necesario que los niños adquieran durante la infancia hábitos alimenticios saludables que contribuyan a un desarrollo y crecimiento óptimo (ENSANUT, 2012). En el 2010 el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” señaló que México era el país con la mayor cantidad de anuncios de alimentos con alta densidad energética difundidos por televisión dado que en las adopciones de los hábitos alimenticios intervienen principalmente tres agentes; los medios de comunicación, la escuela y la familia. En este sentido se ha comprobado la influencia de factores ambientales que condicionan el equilibrio entre el consumo y el gasto de energía del individuo, tales como la convivencia en el seno familiar y el funcionamiento dentro de dicho grupo (Sandoval-Montes et al., 2010). Esta convivencia y funcionamiento podrían favorecer el desarrollo de la obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes además de que se ha comprobado que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios. La obesidad entonces puede ser producida por una dinámica familiar disfuncional, entendiendo esta como una dinámica relacional sistémica que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad en donde dado el caso el individuo obeso podría funcionar como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicosomáticas (Encinas y Sandoval, 2007). De ahí que la participación de los padres es determinante en el desarrollo y la prevalencia de la obesidad, ya que son estos quienes funguen como modelos en el aprendizaje y posteriormente en la formación de sus hábitos alimenticios los cuales seguramente perdurarán a lo largo de su vida (Saldaña y Rossell, 1988). En otras palabras, los hábitos alimenticios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres basados en la teoría del aprendizaje social e imitaciones de las conductas observadas por personas adultas.

Con referencia a la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura propuesta en 1977 se basa en la observación e imitación. Este tipo de aprendizaje se da por medio de la observación de los modelos, y el modelo es el que refuerza la conducta del sujeto. Bandura habla de factores importantes dentro de su teoría, como lo son la atención, retención, reproducción y motivación, además se ve influida por los factores ambientales como el refuerzo y el castigo. A su vez, le da importancia a los medios de comunicación de masas debido a que proporcionan modelos simbólicos a través de los cuales se aprende una gran variedad de conductas y normas sociales. El autor de la teoría supone que el aprendizaje humano ocurre, en su mayor parte, de forma vicaria mediante la observación de modelos los cuales tienen diferentes efectos sobre la conducta: 1) Efecto de modelado, 2) Efecto inhibitorio o desinhibitorio y 3) el efecto de provocación (Álvaro et al., 1996). Se adopta esta teoría para poder explicar la obesidad en niños, ya que si se da por hecho que el modelo del niño obeso son sus padres y estos mismos no tienen una alimentación balanceada entonces el niño va a imitar estas conductas que propicien una mala alimentación, puesto que el niño aprende mediante la observación de la conducta de ellos.

La obesidad se ha agudizado en los últimos años y representa el quinto factor principal de riesgo en la defunción humana en el mundo, en donde mueren al año 2.8 millones de personas según datos de la OMS (2017). De acuerdo con la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) en 2017, los países con mayor índice de obesidad son Estados Unidos de América y México, siendo este último el segundo en la lista a nivel mundial. Entre el año 2000 y 2016, la proporción de personas entre 5 y 19 años con sobrepeso se duplicó a nivel mundial, pasando de 1 de cada 10 a casi 1 de cada 5. En lo que respecta México, el 5% de los niños de 0-4 años se ha clasificado con sobrepeso y dentro de los niños y adolescentes de 5 a 19 años, el 35% presentó sobrepeso y obesidad (UNICEF, 2019). Por otra parte, el INEGI (2018) reporta en la población de 5 a 11 años de edad un índice de sobrepeso y obesidad del 35.6 % donde la incidencia más alta se da en zonas urbanas (37.9 %) a diferencia de la zona rural (29.7 %).

En efecto es importante estudiar a la población infantil ya que cada aspecto del entorno en el que se conciben, nacen y crecen puede agravar sus riesgos de padecer sobrepeso u obesidad. En este sentido, el gobierno de México ha implementado programas para erradicar esta enfermedad como los son el PREVENIMSS y PREVENISSTE, en este último se le da al paciente una Guía para el Cuidado de la Salud la cual indica cómo proporcionar los nutrientes necesarios para un desarrollo y crecimiento adecuado del niño. El programa recomienda cuidar la alimentación y propiciar una buena condición física desde pequeños para que, en la edad adulta, se goce de una buena calidad de vida y se mantengan hábitos alimenticios arraigados que la promuevan de manera positiva.

Si bien, el problema de la obesidad se ha abordado desde la perspectiva médica, esta visión carece de una mirada holística del problema, por lo que se han realizado diversos estudios que correlacionan variables de tipo psicosocial como la investigación de Vásquez y López (2001). En dicha investigación se replantea que la depresión tiene un papel importante en la ingesta de alimentos, por lo cual la obesidad es consecuencia de un problema psicológico y sugieren que las escuelas cuenten con apoyo psicológico para tratarla. Se propone abordar el tema de obesidad bajo una perspectiva psicosocial, es decir tomando otras aristas del individuo como lo son la familia y el ámbito social para así lograr un mejor entendimiento del fenómeno. Por todo esto, se proponemos que el objetivo de la presente investigación sea implementar un programa de intervención psicosocial en niñas/os con sobrepeso u obesidad para identificar hábitos alimenticios saludables.

Método

Participantes

A partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia se reclutó a 20 niños y niñas con peso normal ($n=4$), sobrepeso ($n=11$) y obesidad ($n=5$) donde el peso promedio fue de ($\bar{x}=45.76$, $DE=13.743$) siendo 12 niños y 8 niñas respectivamente, con un rango de edad de 8 a 12 años ($\bar{x}=9.65$, $DE=1.348$). De la muestra inicial sólo 16 niños y niñas con sobrepeso u obesidad comenzaron el programa de intervención representando un total 6 de niñas y 10 niños. Finalmente, para la aplicación del programa de intervención, sólo 9 participantes concluyeron. Los niños y niñas se encontraban inscritos de tercer a sexto grado en la escuela primaria, la cual está ubicada en el Estado de México.

Instrumentos

Los participantes respondieron una hoja de datos sociodemográficos además de una batería con los siguientes instrumentos: El *Cuestionario sobre consumo, hábitos y prácticas de alimentación para escolares de tercero, cuarto y quinto básico* (Lera et al., 2015) conformado por 27 preguntas las cuales se dividen en cuatro secciones, la *primera sección* se conforma de 6 preguntas sobre habilidades culinarias, la *segunda sección* está conformada de 12 preguntas ilustradas

referentes a la frecuencia de consumo de alimentos, la *tercera sección* trata de hábitos alimenticios conformada por 7 preguntas y la *cuarta sección* conformada por 2 preguntas dirigidas a gastos en la escuela. El instrumento presenta una estabilidad temporal (test-retest) aceptable, determinada con la correlación de Spearman. Para el análisis de la consistencia interna total y por dimensión se aplicó el coeficiente α de Cronbach, considerándose una buena consistencia interna cuando el valor de α era mayor a 0.7.

El instrumento *Viñetas para evaluar el riesgo de ingesta emocional en niños* (Garza et al., 2018) validado en niños de 8 a 11 años el cual consiste en 10 viñetas a manera de escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta: "Como algo para sentirme mejor" (2 pto.), "Me dan ganas de comer, (1 pto.)" y "No me dan ganas de comer" (0 pto.) Se califica haciendo una sumatoria de puntos y se puntúa el riesgo de ingesta emocional con la suma de puntos obtenida en sus viñetas de la siguiente manera: 0 a 5 puntos *sin riesgo de ingesta emocional* y de 6 o más puntos, *con riesgo de ingesta emocional*. Presenta una α de Cronbach de 0.703.

El *Cuestionario de depresión infantil* (Del Barrio y Carrasco, 2004) el cual es un instrumento autoadministrado que consta de 27 ítems y se aplica a niños y adolescentes de 7 a 17 años. Cada ítem se califica de 0 a 2, siendo 0 la "ausencia del síntoma", 1 indica "presencia en forma leve" y 2 indica la "presencia en forma grave" de un síntoma depresivo y la puntuación va de 0 a 54 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva, teniendo como punto de corte 19 puntos o más, los cuales significan la presencia de depresión. Los ítems 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 se puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0. Tiene una confiabilidad test retest de 0.83 en un intervalo de una semana y 0.84 para un intervalo de dos semanas, para la confiabilidad en muestras de población en general se obtuvo un α de Cronbach entre 0.75 y 0.94.

El cuestionario *Apgar Familiar-Infantil* (Bellon et al., 1996) evalúa la percepción de la funcionalidad familiar de niños a partir de los 8 años, el instrumento consta de 5 cuestiones con tres posibles respuestas (Casi nunca, Algunas veces y Casi siempre) cada una que se califican de 0 a 2, para su interpretación se suman los puntos para determinar la funcionalidad familiar; el rango de 7 a 10 sugiere una Función Familiar Normal, la puntuación de 4 a 6 sugiere una Disfunción Familiar Moderada y la puntuación de 0 a 3 sugiere una Disfunción Familiar Severa. Su fiabilidad test-retest es superior a 0.75, teniendo una consistencia α de Cronbach de 0.84.

Para medir las creencias sobre la alimentación se realizó una adaptación de la *escala para medir el valor que las mujeres dan a la saciedad y a la alimentación* (Caamaño et al., 2018) retomando 3 oraciones (1.- Los más importante para ser feliz es comer; 2.- Cuando ya no me cabe más comida en la panza siento que comí bien; 3.- Los niños que comen mucho son más sanos que los que comen poco) donde cada creencia a evaluar pertenece a uno de los siguientes dominios: Valor de la alimentación (creencia: disfrutar los alimentos es indispensable para ser feliz: 10 reactivos); Valor de la saciedad (creencia: comer bien es sentirse satisfecho: 7 reactivos); Valor de la alimentación de los hijos (creencia: 1: los alimentos fungen como incentivos para lograr un comportamiento deseable en los hijos: 6 reactivos; 2: es importante que un hijo siempre esté saciado: 7 reactivos). Fue una escala con dos opciones de respuesta (Sí estoy de acuerdo y No estoy de acuerdo) en donde se hizo la selección de tres oraciones por cada dominio para su evaluación. La confiabilidad de la escala obtuvo un α de Cronbach de 0.66.

Procedimiento

El estudio fue no experimental de tipo descriptivo de corte transversal donde las variables estudiadas fueron alimentación emocional, hábitos alimenticios, creencias irracionales, funcionamiento familiar y depresión. La investigación se llevó a cabo en dos fases: la primera fase consistió en solicitar los permisos necesarios de la institución para llevar a cabo la

investigación además de la entrega del consentimiento informado a las madres, padres y/o tutores, para que sus hijos o hijas participaran de forma confidencial, anónima y voluntaria. Además, se realizó la aplicación de los instrumentos a los participantes y finalmente se realizaron mediciones de talla y peso, sin embargo a los padres solo se les hizo la solicitud de los mismos datos.

La segunda fase consistió en el diseño y planificación del programa de intervención tomando en cuenta los resultados obtenidos de la batería y la creación de una página en la red social Facebook llamada “El taquito sabio” a fin de subir contenido informativo para los participantes y tener una mejor difusión de las temáticas que se abordaron. El programa de intervención constó de cuatro sesiones en línea: la primera sesión estuvo conformada por un cuestionario pretest y la bienvenida a los participantes; la segunda y tercera sesión comprendieron actividades relacionadas con hábitos alimenticios saludables y alimentación emocional respectivamente; la cuarta sesión incluyó los temas antes vistos para hacer una retroalimentación, un cuestionario posttest para evaluar la eficacia del programa de intervención así como la elaboración de un recetario electrónico con el objetivo de fomentar una alimentación sana y balanceada. Todas las sesiones se llevaron a cabo a través de formularios de Google Drive los cuales comprendían actividades y videos explicativos realizados por las investigadoras.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron en el programa IBM SPSS Statistics versión 25. En primer lugar, realizaron tablas cruzadas entre las variables y análisis descriptivos tomando en cuenta los datos sociodemográficos de los participantes, esto con el fin de conocer las necesidades de la población estudiada para la elaboración del programa de intervención. En segundo lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos del programa de intervención para conocer su eficacia.

Resultados

A través de la medición del Índice de Masa Corporal los resultados muestran una prevalencia de sobrepeso en 11 de las y los 20 participantes y sólo 5 presentaron obesidad (Figura 1). Respecto a los hábitos de los participantes se encontró que solo 4 realizan alguna actividad física mientras que 16 indicaron que no realizan actividad física.

Figura 1
Índice de masa corporal de los niños

Fuente. Elaboración propia

Creencias

Se llevó a cabo una tabla cruzada entre el IMC de los padres y la creencia *Los niños que comen mucho son más sanos que los que comen poco* (véase Tabla 1), en donde 7 de los padres con sobrepeso sus hijos presentaron la creencia. En relación a esta creencia se halló que la mayor cantidad de participantes que la presentan tienen sobrepeso. En cuanto a la creencia *Cuando ya no me cabe más comida en la panza, pienso que comí bien* se encontró que la mayoría de los participantes la tenían, siendo la creencia de mayor prevalencia en la muestra.

Tabla 1
Tabla cruzada del IMC de los padres con la creencia “Los niños que comen mucho son más sanos que lo que comen poco”

Clasificación IMC				T	
Creencia	PN	SP	O		
Los niños que comen mucho son más sanos que lo que comen poco	No	3	5	3	11
	Sí	1	6	2	9
Total		4	11	5	20

Nota. PN= Peso normal; SP= Sobrepeso; O= Obesidad; T= Total; IMC= Índice de masa corporal

Alimentación Emocional

Se encontró que todos los participantes presentan riesgo de ingesta emocional, con una prevalencia en los niños. En la Figura 2 se muestra que de los 20 participantes 12 de ellos de sexo masculino presentan riesgo de ingesta emocional, y solo 8 niñas presentan riesgo de ingesta emocional.

Figura 2
Riesgo de ingesta emocional

Fuente. Elaboración propia

Funcionamiento familiar

En la Tabla 2 se observa que de los 20 participantes solo 1 con sobrepeso presenta una disfunción familiar severa y 6 de ellos presentan una disfunción familiar moderada, donde 3 tienen sobrepeso y 3 obesidad.

Tabla 2

Tabla cruzada del IMC de los niños y niñas con su funcionamiento familiar (FF)

		Clasificación FF			Total
		Disfunción familiar severa	Disfunción familiar moderada	Función familiar normal	
Clasificación del IMC	peso normal	1	1	2	4
	sobrepeso	1	3	7	11
	obesidad	0	3	2	5
Total		2	7	11	20

Depresión

Respecto a la variable depresión se halló que únicamente tres de los participantes diagnosticados con depresión (2 niños y 1 niña) presentaron obesidad y sólo en un caso sobrepeso (véase Tabla 3).

Tabla 3

Tabla cruzada del IMC de los niños y niñas con la depresión

		Clasificación IMC			T
		PN	SP	O	
Clasificación de la depresión	Ausencia de depresión	4	10	3	17
	Con depresión	0	1	2	3
Total		4	11	5	20

Nota. PN= Peso normal; SP= Sobrepeso; O= Obesidad; T= Total; IMC= Índice de masa corporal

En resumen, se encontraron tres problemas principales, los cuales fueron retomados para realizar el programa de intervención: 1) los participantes presentan riesgo de alimentación emocional; 2) ausencia de actividad física; 3) presencia de creencias irracionales en torno a su alimentación y por lo tanto malos hábitos alimenticios.

Análisis del programa de intervención

Para medir el impacto del programa se llevó a cabo un pretest y posttest, en donde el pretest consistió de 16 preguntas y el posttest consistió de 18 preguntas, las cuales se describen en la tabla 4.

Tabla 4

Eficacia del programa de intervención psicosocial

Pregunta	Respuestas	
	Pretest	Posttest
¿Qué es la obesidad o el sobrepeso?	De los 16 niños, solo 2 respondieron que no sabían, el resto respondió afirmativamente además de dar una breve explicación.	Los 9 participantes respondieron afirmativamente además dieron una explicación.
¿Conoces las consecuencias de padecer obesidad o sobrepeso?	De los 16, 4 respondieron que no y 12 respondieron que sí además de dar una breve explicación	Los 9 dijeron que sí además de dar una breve explicación
¿Conoces la pirámide alimenticia?	11 respondieron afirmativamente y 5 respondieron que no	8 respondieron que sí y 1 respondió que no
¿Conoces el plato del buen comer?	Los 16 respondieron que sí	Sóamente 1 respondió que no
¿Conoces la jarra de buen beber?	13 respondieron que si la conocen y 3 respondieron que no	De los 9 participantes solo 1 respondió que no la conoce.
¿Cuántas comidas al día consideras que debe de realizar alguien de tu edad?	Solo 1 respondió que se deben hacer 5 comidas	3 de 9 respondieron que 5 comidas son las que deben realizar al día.
¿Cuántos vasos de agua al día consideras que debe tomar un niña o niño de tu edad?	5 respondieron entre 6 y 8 vasos de agua y 1 respondió que solo 2 vasos de agua.	5 respondieron que entre 6 y 8 vasos de agua.

Tabla 4
Eficacia del programa de intervención psicosocial (continuación)

Pregunta	Respuestas	
	Pretest	Postest
¿Qué verduras conoces?	Los participantes mencionaron conocer una amplia variedad de vegetales	Los participantes mencionaron conocer una amplia variedad de vegetales
¿Consideras que en tus platillos de comida debe haber al menos 1 porción de verduras?	Los 16 participantes respondieron afirmativamente.	Solo 1 respondió que no
¿Qué es más importante comer: frituras o frutas?	3 participantes respondieron que era más importante comer frituras y solo 1 contestó que era importante comer ambas (véase Figura 3)	Todos los participantes respondieron que era más importante comer frutas (véase Figura 4).
¿Consideras que debes de comer legumbres (frijoles, lentejas, garbanzos, etc.) diario?	6 de los participantes respondieron que no	Únicamente 5 participantes respondieron que no
¿Qué deberías de tomar más seguido: refrescos, jugos azucarados o agua?	5 participantes respondieron que se debía tomar agua y un poco de refresco	Solo 1 participante respondió que se debía tomar agua y un poco de refresco.
¿Crees que es bueno para tu salud que realices alguna actividad física?	Solo 1 participante respondió que no era bueno para su salud realizar actividad física.	Todos los participantes respondieron que si era bueno realizar actividad física para su salud.
¿Cuántos minutos u horas debe de realizar un niño o niña de tu edad actividad física al día?	9 participantes respondieron que 30 minutos y 2 mencionaron que 15 minutos. El resto entre 1 hora o más.	8 participantes mencionaron que 30 minutos y solo 1 dijo que 15 minutos.
¿Cómo te sientes (emocionalmente) cuando comes?	La mitad de los participantes respondió que no lo sabía, la otra mitad dijo sentirse feliz.	Las respuestas de los participantes eran variadas, en donde 6 mencionaron sentirse feliz, 1 enojado y el resto mencionó que no lo sabía.
¿Cuándo tienes hambre, comes cualquier alimento sin pensarlo?	7 de los participantes respondieron comer un alimento sin pensarlo.	Solamente 2 participantes respondieron comer un alimento sin pensarlo.

Discusión

El objetivo de la investigación fue la implementación de un programa de intervención psicosocial, con el fin de que los participantes lograran identificar hábitos alimenticios saludables así como las causas y consecuencias de la obesidad infantil siendo ésta una enfermedad de alta prevalencia en el país, inclusive la UNICEF (2020) advirtió que en México esta problemática representa una emergencia de salud pública que afecta el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños.

Los resultados que se obtuvieron durante la evaluación del programa dan cuenta que tanto las creencias como los hábitos alimenticios arraigados en la familia moldean la conducta de los infantes reforzándose al mismo tiempo por medio de sus modelos fomentando el aumento del IMC desde una temprana edad. Estos resultados concuerdan con la teoría de Bandura la cual menciona que el aprendizaje influido por medio de sus modelos se produce, en mayoría, respecto a su función informativa, en consecuencia, las personas expuestas a un modelo adquirirán representaciones simbólicas de las actividades realizadas por el modelo las que después les servirán de guía para efectuar las acciones apropiadas (Bandura, 1982). Contemplando que el comer y la actividad física como comportamientos

aprendidos pueden ser modificados en su posteridad, el modelo de la familia y su influencia en el individuo tendrá un papel importante dentro del tratamiento de la obesidad para la niña o el niño. Asimismo, Días-Encinas y Enríquez-Sandoval (2007) concluyen que tanto la familia como los aspectos psicológicos influyen en la ingesta exagerada de alimentos, premisa que no hay que perder de vista si lo que se desea es mantener un peso normal o en su defecto, bajar de peso.

En lo que respecta al funcionamiento familiar no se encontró relación con la obesidad, a diferencia del estudio de Balladares et al. (2012) donde sus resultados demuestran una asociación en el desarrollo de la obesidad infantil y la dinámica familiar, así como su estructura, de ahí que hallaran un mayor riesgo en las y los niños provenientes de familias disfuncionales y que no cuentan con ambos padres. Una de las principales diferencias que se pueden destacar es el contexto social y cambios en los patrones culturales en las que se encontraban inmersos los participantes, estos patrones influyen en el incremento del peso relacionándose con la conducta alimentaria (Cabello y Vázquez, 2014). Sin embargo, no se descarta que esta variable tenga algún efecto dentro de las causas de obesidad infantil y/o sobrepeso debido a lo reportado en la literatura donde niñas y niños provenientes de familias disfuncio-

nales pueden presentar alteraciones en su alimentación y por ende tener riesgo de obesidad (Sothorn y Gordon, 2003; Zimetkin et al., 2004).

En cuanto a la variable depresión se halló que únicamente tres de los participantes diagnosticados con depresión (2 niños y 1 niña) presentaron obesidad y sólo en un caso sobrepeso, cabe resaltar que esta variable pudo ser afectada debido al tamaño de la muestra, no obstante estos resultados concuerdan con la aseveración que hacen Morrison, Shin, Tarnopolsky y Taylor (2015) reconociendo la relación que hay entre la enfermedad mental y la obesidad en la población pediátrica teniendo como objetivo hacer una exploración de las determinaciones individuales, familiares y biológicas de los síntomas depresivos y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en jóvenes con obesidad dentro del entorno clínico.

Con objeto de intervenir en las problemáticas anteriormente descritas, se elaboró el programa de intervención psicosocial el cual estuvo dirigido a generar cambios en la conducta social de los individuos para mejorar su calidad de vida y su bienestar individual (Blanco y Rodríguez, 2007). Tras hacer el análisis descriptivo de los resultados del programa se observó que los participantes del plan de intervención lograron identificar hábitos alimenticios saludables como la importancia de beber de 6 a 8 vasos de agua diarios, equilibrar sus platos de comida a través de la segmentación del plato del buen comer y la relevancia de consumir frutas en lugar de comida chatarra como frituras cuando tienen hambre. También se notó que son más conscientes respecto a sus emociones cuando llevan a cabo el proceso fisiológico de la alimentación y en consecuencia el proceso de satisfacción alimentaria. Estos resultados son afines a los reportados por Cabello y Vázquez (2014) donde muestran el incremento del peso en las niñas y niños están vinculados a diversos elementos como la falta de organización familiar y el desinterés a aquellas tareas que promueven una alimentación sana. Lo anterior demuestra que el objetivo general planteado se cumplió satisfactoriamente, logrando llevar a cabo la implementación del programa. Además, es importante destacar que las metas planteadas para el funcionamiento del plan se cumplieron con eficacia.

Conclusión y limitaciones

Los resultados indican efectos positivos para los participantes tales como mejorar la calidad de vida en torno a sus hábitos alimenticios y por ende en su salud física y mental, así como la implementación de actividad física. Todos estos cambios generados en el programa de intervención incidirán en su entorno familiar, escolar y social debido a que de esta manera se podría reducir las altas estadísticas de obesidad la cual es un problema de salud pública que origina enfermedades secundarias como la diabetes, hipertensión y cardiopatías (OMS, 2020). De esta manera, se logrará tener un ambiente sano reproduciendo hábitos alimenticios y físicos saludables.

El desarrollo infantil comprende el entorno familiar y escolar, los cuales influyen en la forma en la que los infantes aprenden a alimentarse, así como la manera de percibir la obesidad y la forma en la que la experimentan (Cabello y Vázquez, 2014). No obstante, es conveniente mencionar que una de las limitaciones de este estudio fue el poco o nulo control de estos entornos, debido a que en el entorno familiar son los padres y madres los responsables de la alimentación de los infantes que conformaron la muestra. En cuanto al entorno escolar, cabe decir que debido a contingencia sanitaria del SASRS COVID-19 las niñas y niños mantuvieron sus actividades académicas en casa, lo cual dificultaba mantener su atención y mejorar el aprendizaje de los hábitos de alimentación. Aunado a esto, se ajustó el programa de intervención para hacerlo vía *online* presuponiendo un bajo control del

desempeño de los participantes en las actividades programadas. Es conveniente enfatizar sobre las variaciones presentadas en la muestra debido a las limitaciones socioeconómicas de los participantes originadas por la pandemia, impidiendo que la mayoría de ellos lograra conectarse a las sesiones y, por ende, finalizar el programa.

Implicaciones y futuras líneas

El programa de intervención no representa ninguna implicación negativa a las y los participantes, por lo que se propone para su seguimiento es continuar subiendo contenido a la página de Facebook "El taquito sabio" contemplando el uso del lenguaje, puesto que las connotaciones que se asocian a palabras como obesidad o sobrepeso llegan a hacer que las personas se atribuyan dichas características a sí mismos, sintiéndose transgredidos. Lo anterior representa un factor de riesgo presente durante y después de la aplicación del programa de intervención y también hay que destacar que, ante una crisis sanitaria, como la que ocurrió al momento de la intervención, el SARS COVID-19 elevó las probabilidades del aumento de peso en las personas por el sedentarismo y la falta de actividad física.

La disponibilidad de los alimentos no saludables en su entorno escolar representa otro factor de riesgo, ya que el precio de éstos resulta asequible al momento de la compra, fomentando hábitos de consumo que perjudican la integridad del individuo, el cual toma en cuenta sus grupos de referencia (modelos) propiciando comportamientos alimenticios no saludables. Entre los factores de protección se espera que el recetario electrónico que se les proporcionó ayude a que realicen una dieta balanceada y creen una alimentación sana y consistente. Así mismo, se propone que el programa cubra no sólo la esfera individual sino también su entorno grupal, enfatizando en su familia y personas cercanas como amigos y compañeros. Siguiendo la propuesta de su implementación se sugiere aumentar el tamaño de la muestra para que, de este modo, se obtengan resultados más ciertos y contundentes, lo cual implicaría una perspectiva más amplia dentro del ámbito psicosocial relacionado al estudio de la obesidad como enfermedad multifactorial y en consecuencia, un tratamiento integral para quien lo padece.

Lo anterior significa una mejora en el programa de intervención y tomando en cuenta la aprobación de la modificación en el etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], s.f.) reconocido por la UNICEF (2020) como uno de los mejores en el mundo, se pueden retomar estos elementos para que los participantes generen un aprendizaje y concientización y logren leer el etiquetado con el fin de preservar este hábito sin importar las modificaciones futuras que se lleguen a realizar en torno a esta temática por futuros gobiernos.

Referencias

- Albers, S. (2015). *Descubre tu coeficiente alimenticio y pierde peso*. Harper Collins. <https://marenoanx.firebaseio.com/aa862/descubre-tu-coeficiente-alimenticio-y-pierde-peso-libera-el-poder-de-la-prdida-de-peso-con-inteligencia-emocional-spanish-edition-by-susan-albers-b00ufa8n4k.pdf>
- Álvaro, J.L., Garrido, A. y Torregrosa, J.R. (1996). *Psicología social aplicada*. McGraw-Hill.
- Balladares Chavarría, M., Philco Lima, P., Rivero, F., Cortez Gordillo, J. (2012). Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares. *BIOFARBO*, 20 (1), 49-57. http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v20n1/v20n1_a06.pdf
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa-Calpe.

- Bellon, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6): 289-96. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
- Blanco Abarca, A. y Rodríguez Marín, J. (2007). *Intervención Psicosocial*. Pearson.
- Caamaño, M.C., Palacios, J.R., Paras, P. y Rosado, J.L. (2018). Desarrollo y validación de escalas para medir el valor que las mujeres dan a la saciedad y a la alimentación: un factor crítico para el tratamiento de la obesidad. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 68(2), 141-151. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/2/art-5/>
- Cabello Garza, M.L. y Vazquez-González, S. (2014). Prácticas alimentarias y obesidad infantil. Cultura regional y factores intrapersonales familiares y escolares. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 47-62. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43711/6/Alternativas_21_03.pdf
- Chueca, M., Azcona, C. y Oyarzabal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 127-141. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5495/4536>
- Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). *Cuestionario de depresión infantil*. TEA Ediciones.
- Dias-Encinas, D.R. y Enríquez-Sandoval, D.R. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 24(1), 22-26. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>
- Dohnt, H. K. y Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9020-7>
- Encinas, D.D.R.D. y Sandoval, D.R.E. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 24(1), 22-26. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados por entidad federativa*. Nuevo León. Cuernavaca Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Garza Olivares, X., Navarro Contreras, G., González Torres, M.L., Gómez Prez, M.A. y Salinas, X. (2018). Validación psicométrica del Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional en niños. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47, 91-100. https://www.researchgate.net/publication/327944621_Validacion_psicometrica_del_Instrumento_por_Vinetas_para_Evaluar_Riesgo_de_Ingesta_Emocional_en_ninos
- Gómez, P. (2003). *Lo que nunca te han contado de la anorexia nerviosa*. Tilde.
- Hernández, B., Peterson, K., Sobol, A., Rivera, J., Sepúlveda, J. y Lezana, M.A. (1996). Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años. *Salud Pública de México* 38(3), 178-87. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5921/6702>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (s.f.). *UNICEF reconoce el etiquetado frontal aprobado en México como uno de los mejores del mundo*. <https://www.insp.mx/avisos/5257-unicef-reconoce-el-etiquetado-frontal-aprobado-en-mexico-como-uno-de-los-mejores-del-mundo.html>
- Knauss, C., Paxton, S. J. y Alkaser, F.D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body image*, 4, 353-360. <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/36360.pdf>
- Lera, L., Fretes, G., González, C. G., Salinas, J. y Vio, F. (2015). Validación de un instrumento para evaluar consumo, hábitos y prácticas alimentarias en escolares de 8 a 11 años. *Nutrición Hospitalaria*, 31(50), 1977-1988. <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8607.pdf>
- Mahon, D., Cowan, C. y McCarthy, M. (2006). The role of attitudes, subjective norm, perceived control and habit in the consumption of ready meals and takeaways in Great Britain. *Food Quality and Preference*, 17, 474-481. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0950329305000868?via=ih3Dihub>
- Morrison, K.M., Shin, S., Tarnopolsky, M. y Taylor, V.H. (2015). Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *Journal of affective disorders*, 172, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.014>
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. y Costello E. (2003). Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*. 111(4), 851-859.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *10 datos sobre la obesidad*. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril del 2020). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2017). *Obesity Update*. <http://fmdibabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/La-OCDE-presenta%CC%81-el-informe-de-actualizacio%CC%81n-sobre-la-obesidad-2017.pdf>
- Peña, E y Reild, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación psicológica-Psychological Research Records*. 5 (3). 2182-2194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358943649006>
- Puhl, R.M. y Latner, J.D. (2007). Stigma, obesity and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557-580. https://www.researchgate.net/publication/6244412_Stigma_Obesity_and_the_Health_of_the_Nation's_Children
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M. P., Holt, K.E. y Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 475- 495.
- Rodríguez-Santos, E., Castillo Rabaneda, R. y Gómez Candela, C. (2008). *Variables relacionadas con la alimentación y nutri-*

ción: psicológicas, biológicas y socioculturales. Psicología y nutrición.

- Saldaña, C., y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Martínez Roca.
- Sandoval-Montes, I.E., Romero-Velarde, E., Vázquez-Garibay, E.M., González-Rico, J.L., Martínez-Ramírez, H.R., Sánchez-Talamantes, E. y Troyo-Sanromán, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 485-490. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105d.pdf>
- Sothor, M. y Gordon, S. (2003). Prevention of obesity in young children: a critical challenge for medical professionals. *Clin Pediatr*, 42(2), 101-111.
- United Nations Children's Fund (15 de octubre de 2019). *Estado Mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo cambiante*. <https://www.unicef.org/mexico/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
- United Nations Children's Fund (5 de febrero de 2020). *UNICEF: El etiquetado frontal de alimentos y bebidas aprobado en México, "de los mejores del mundo"*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/unicef-el-etiquetado-frontal-de-alimentos-y-bebidas-aprobado-en-m%C3%A9xico-de-los>
- United Nations Children's Fund (7 de marzo de 2020). *La obesidad infantil en México: una emergencia que requiere medidas inmediatas*. <https://news.un.org/es/story/2020/03/1470821>
- Vázquez Velásquez, V. y López Alvarenga, J.C. (2001). Psicología y obesidad. *Revista Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- Villagómez, P. (2016). Entre lo que se debe y lo que se puede: percepción y satisfacción de necesidades alimentarias en la ciudad de México. *Acta sociológica*, 70, 99-128. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186602817300051>
- Zametkin, A., Zoon, C., Klein, H. y Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2), 134-150.