



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL DE PESO EN
PREADOLESCENTES ESCOLARES**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

TANIA LIBERTAD GUTIÉRREZ JUÁREZ

NO. CUENTA 9512382

ASESORA:

DRA. BEATRIZ GÓMEZ CASTILLO

TOLUCA, MÉXICO FEBRERO 2015



AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a Dios por las bendiciones recibidas en mi vida

*A mis padres: María Guadalupe y Jaime Rodolfo
Quienes me han brindado su apoyo incondicional
y amor en todos los momentos de mi vida.
Gracias por su cariño,
su comprensión
y enseñanzas.*

*A mi hermano Mowgli Sandino
Por impulsarme a concluir este proyecto.
Gracias por ser mi compañero de vida.*

*A Citlalli, Daniel y David
Quienes son mi fortaleza y mi luz
Gracias*

*A mis abuelitos Esperanza (QPD) y Ángel Mario, tío Héctor y tía Reyna (QPD)
por estar pendientes desde mi infancia, apoyarme y cuidarme, muchas gracias.
A mi prima Reyna Inge por ayudarme y ser Mujer ejemplo de superación.*

*A mi Universidad,
Facultad de Ciencias de la Conducta
Maestros y compañeros*

*A mi Asesora de tesis: Dra. Beatriz Gómez Castillo
A mis Revisores: Dra. Guadalupe Miranda Bernal y Mtro. Saúl Urcid Velarde
Gracias por su atención, tiempo y tolerancia.*

*A todas las personas que han hecho posible este proyecto
Profa. Virginia Gómez Radilla por el apoyo y su ejemplo.*



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Version Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	TANIA LIBERTAD GUTIÉRREZ JUÁREZ		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	9512382
Opción	TESIS INDIVIDUAL	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL DE PESO EN PREADOLESCENTES ESCOLARES		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. BEATRIZ GÓMEZ CASTILLO	<i>Bea Gómez Castillo</i>	12/01/15

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL	<i>Guadalupe Miranda Bernal</i> 14/01/2015	<i>Guadalupe Miranda Bernal</i> 05/02/15	<i>Guadalupe Miranda Bernal</i> 05/02/15
REVISOR	MTRO. SAÚL URCID VELARDE	<i>Saúl Urcid Velarde</i> 15/01/2015	<i>Saúl Urcid Velarde</i> 15/01/2015	<i>Saúl Urcid Velarde</i> 06/02/2015

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del **anexo 8.7** "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL	<i>Guadalupe Miranda Bernal</i> FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA TITULACIÓN	06/02/15



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

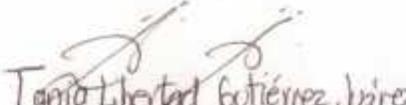
El que suscribe TANIA LIBERTAD GUTIÉRREZ JUÁREZ Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL DE PESO EN PREADOLESCENTES ESCOLARES, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, a los 15 días del mes de FEBRERO de 2015.


Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Nombre y firma de conformidad

ÍNDICE

RESUMEN	10
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	16
MARCO TEÓRICO	20
CAPÍTULO 1. TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA	20
1.1. El modelo reciprocidad triádica	20
1.2. Concepto de Autoeficacia Percibida	23
1.3. Función de la Autoeficacia Percibida	26
1.4. Fuentes de información (Origen de la Autoeficacia Percibida)	29
1.4.1. Experiencia previa o experiencias de dominio	29
1.4.2. Aprendizaje Vicario o experiencias vicarias	30
1.4.3. Persuasión social	30
1.4.4. Estados fisiológicos y emocionales	31
1.5. Mecanismos de mediación (procesos fundamentales)	32
1.5.1. Procesos Cognoscitivos	32
1.5.2. Procesos Motivacionales	32
1.5.3. Procesos Afectivos	33
1.5.4. Procesos Selectivos	34
1.6. Evaluación de la autoeficacia	36
1.6.1. Magnitud o Nivel	37
1.6.2. Fuerza o fortaleza	37
1.6.3. Generalidad	37
1.7. Diferencias en la percepción de Autoeficacia con respecto al Género	38
CAPÍTULO 2. PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA PERIODOS CRÍTICOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA.	42
2.1. Concepto de preadolescencia	42
2.2. Dominios de Desarrollo	44
2.2.1. Dominio de Desarrollo Físico	44
2.2.2. Pubertad	45
2.2.3. Dominio de Desarrollo Cognoscitivo	48
2.2.4. Dominio de Desarrollo Psicosocial	48
CAPITULO 3. AUTOEFICACIA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SALUD	51
2.1. Estado nutricional	51

3.2.	Sobrepeso y Obesidad.....	53
3.2.1.	Clasificación de la obesidad.....	55
A)	Clasificación de obesidad de acuerdo con el patrón de Distribución de grasa corporal	55
B)	Clasificación de obesidad según la edad de inicio.....	56
C)	Clasificación de la obesidad según la Celularidad.....	56
D)	Clasificación de obesidad de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) y Medidas antropométricas.....	57
3.2.2.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes	59
3.2.3.	Etiología de la Obesidad	60
3.3.	Factores Culturales.....	63
3.4.	Género, roles de género y estereotipos	68
3.4.1.	Aprendizaje de Rol de Género en la familia y escuela	69
3.4.2.	Diferencias entre mujeres y hombres hacia Control de la ingesta.....	76
3.4.3.	Diferencia entre mujeres y hombres hacia la Actividad Física.....	81
3.4.4.	Imagen corporal.....	98
3.4.5.	Obesidad y televisión	106
3.5.	Factores socioeconómicos	109
CAPÍTULO 4. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD		113
4.1.	Proceso salud-enfermedad	113
4.2.	Promoción de Salud	118
4.3.	Prevención de enfermedad	121
4.4.	Diferencia entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	124
4.5.	Prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la Teoría Social Cognitiva	125
CAPÍTULO 5. MÉTODO.....		131
5.1.	OBJETIVOS.....	131
5.1.1.	General	131
5.1.2.	Objetivos específicos	131
5.2.	TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN	131
5.3.	PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN	132
5.4.	DEFINICIÓN DE VARIABLE	133
5.5.	DEFINICIÓN DE UNIVERSO DE ESTUDIO.....	133
5.6.	DEFINICIÓN DE LA MUESTRA	134
5.7.	SELECCIÓN DE INSTRUMENTO.....	135
5.8.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	142
5.9.	CAPTURA DE INFORMACIÓN	142

5.10. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	143
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	145
Factor 1. Actividad Física Cotidiana	149
Factor 2: Actividad Física Programada	167
Factor 3. Alimentación Saludable (ambos)	181
Factor 4. Estilo de Alimentación (exclusivo mujeres)	207
Factor 4. Alimentación e internalidad (exclusivo hombres)	216
Reactivos que no entraron a la estructura factorial.....	221
Evaluación de la Magnitud de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso	232
ANÁLISIS DE RESULTADOS	234
CONCLUSIONES	249
SUGERENCIAS	254
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS.....	257
APÉNDICE	271

Índice de Tablas

Tabla 1 Diferencias y relaciones de autoeficacia percibida con otros conceptos.....	25
Tabla 2 Alta y baja autoeficacia percibida	35
Tabla 3 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en hombres y mujeres Escolares	60
TABLA 4. Clasificación de los grupos de conducta alimentaria de riesgo (CAR).....	101
Tabla 5 Reactivos que integran los factores	138
Tabla 6 Equivalencia de cada opción de respuesta.....	146
Tabla 7 Distribución de frecuencias. Factor 1. Actividad Física Cotidiana	161
Tabla 8 Distribución de frecuencias. Factor 2. Actividad Física Programada	175
Tabla 9 Distribución de frecuencias. factor 3. Alimentación Saludable.....	199
Tabla 10 Distribución de frecuencias. factor 4. Estilo de Alimentación mujeres.....	213
Tabla 11 Distribución de frecuencias. Factor 4. Estilo de Alimentación hombres	219
Tabla 12 Punto de corte para determinar el nivel de autoeficacia mediante cuartiles.....	232

Índice de Gráficas

GRÁFICA 1 Distribución de frecuencias de edad.....	134
GRÁFICA 2 Distribución porcentual de grado escolar	135
GRÁFICA 3 Distribución de frecuencias a la pregunta: ¿haces ejercicio?	147
GRÁFICA 4 Distribución de frecuencia de respuestas a la pregunta: ¿haces algo para controlar tu peso?	148
GRÁFICA 5 Distribución de frecuencias ante la afirmación: caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte	149
GRÁFICA 6 Distribución de frecuencias ante la afirmación: realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.....	151

GRÁFICA 7 Distribución de frecuencias ante la afirmación: subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas	152
GRÁFICA 8 Distribución de frecuencias ante la afirmación: poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras	153
GRÁFICA 9 Distribución de frecuencias ante la afirmación: caminar rápido a pesar de que no te guste	154
GRÁFICA 10 Distribución de frecuencias ante la afirmación: usar las escaleras y no elevador a pesar de estar cansado (a)	155
GRÁFICA 11 Distribución de frecuencias ante la afirmación: quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar	156
GRÁFICA 12 Distribución de frecuencias ante la afirmación: ir con tus amigos (as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos	157
GRÁFICA 13 Distribución de frecuencias ante la afirmación: comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra	158
GRÁFICA 14 Distribución de frecuencias ante la afirmación: tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas	160
GRÁFICA 15 Distribución de frecuencias del Factor 1. Actividad Física Cotidiana hombres/mujeres	163
GRÁFICA 16 Distribución de frecuencias ante la afirmación: realizar ejercicio diariamente.....	167
GRÁFICA 17 Distribución de frecuencias ante la afirmación: realizar en casa, abdominales o pesas	168
GRÁFICA 18 Distribución de frecuencias ante la afirmación: aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicios.....	169
GRÁFICA 19 Distribución de frecuencias ante la afirmación: realizar rutinas de ejercicios a pesar de no tener ganas.....	170
GRÁFICA 20 Distribución de frecuencias ante la afirmación: aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio.....	171
GRÁFICA 21 Distribución de frecuencias ante la afirmación: poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas	172
GRÁFICA 22 Distribución de frecuencias ante la afirmación: correr todos los días	174
GRÁFICA 23 Distribución de frecuencias del Factor 2: Actividad Física Programada hombres/mujeres	177
GRÁFICA 24 Distribución de frecuencias ante la afirmación: evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa.....	181
GRÁFICA 25 Distribución de frecuencias ante la afirmación: evitar los dulces aunque se te antojen	183
GRÁFICA 26 Distribución de frecuencias ante la afirmación: rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tacos, tamales, etc.).....	185
GRÁFICA 27 Distribución de frecuencias ante la afirmación: realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso	187
GRÁFICA 28 Distribución de frecuencias ante la afirmación: evitar comer alimentos chatarra (<i>hot dog, hamburguesa, pizza, etc.</i>)	189
GRÁFICA 29 Distribución de frecuencias ante la afirmación: dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.....	190
GRÁFICA 30 Distribución de frecuencias ante la afirmación: dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando te sientes presionado	192
GRÁFICA 31 Distribución de frecuencias ante la afirmación: insistir en comprar alimentos bajos en calorías	193

GRÁFICA 32 Distribución de frecuencias ante la afirmación: eliminar de tu dieta los dulces y chocolates	195
GRÁFICA 33 Distribución de frecuencias ante la afirmación: tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces	197
GRÁFICA 34 Distribución de frecuencias del Factor 3: Alimentación saludable Hombres/mujeres	200
GRÁFICA 35 Distribución de frecuencias ante la afirmación: no comer entre comidas con propósito de controlar tu peso.....	207
GRÁFICA 36 Distribución de frecuencias ante la afirmación: cenar alimentos bajos en calorías ..	208
GRÁFICA 37 Distribución de frecuencias ante la afirmación: evitar comer fuera de los horarios de comida	210
GRÁFICA 38 Distribución de frecuencias ante la afirmación: salir a caminar si te sientes ansiosa y tienes deseos de estar comiendo.....	211
GRÁFICA 39 Distribución de frecuencias ante la afirmación: comer poco cuando estás con tus amigos (as).....	212
GRÁFICA 40 Distribución de frecuencias del Factor 4. Estilo de alimentación (exclusivo mujeres)	214
GRÁFICA 41 Distribución de frecuencias ante la afirmación: no comer a cada rato aunque te sientas nervioso	216
GRÁFICA 42 Distribución de frecuencias ante la afirmación: dejar de cenar si te sientes presionado	217
GRÁFICA 43 Distribución de frecuencias del Factor 4. Alimentación e internalidad (exclusivo hombres).....	219
GRÁFICA 44 Distribución de frecuencias ante la afirmación: comer despacio si te sientes ansioso(a)	221
GRÁFICA 45 Distribución de frecuencias ante la afirmación: evitar ver la televisión o leer mientras comes	223
GRÁFICA 46 Distribución de frecuencias ante la afirmación: comprar un yogurt en vez de pizza	225
GRÁFICA 47 Distribución de frecuencias ante la afirmación: cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puede más.....	226
GRÁFICA 48 Distribución de frecuencias ante la afirmación: caminar rápido a pesar de que no te guste	227
GRÁFICA 49 Distribución de frecuencias ante la afirmación: poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr.....	228
GRÁFICA 50 Distribución de frecuencias ante la afirmación: dejar de tomar refresco y tomar agua	229
GRÁFICA 51 Distribución de frecuencias ante la afirmación: hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido(a).....	230
GRÁFICA 52 Distribución de frecuencias ante la afirmación: utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estas	231

RESUMEN

La presente investigación se planteó a nivel descriptivo, de campo, con un diseño de investigación no experimental de tipo transversal, teniendo como objetivo principal describir la Autoeficacia Percibida para el Control de Peso de preadolescentes estudiantes de una escuela primaria pública ubicada en Zinacantepec, Estado de México.

La muestra fue de carácter no probabilístico, conformada por 65 preadolescentes escolares del 4to, 5to y 6to grado de primaria entre 9 y 12 años de edad, de los cuales 23 fueron niños y 42 fueron Mujeres.

Para lograr el objetivo planteado se aplicó el “Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso” (AP-CP) de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007), adaptado para población mexicana por Guzmán, Gómez Peresmitré, García y Del Castillo (2011), adaptado y validado para población preadolescente por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) que permite evaluar dos áreas donde la persona puede realizar cambios para alcanzar la perdida y/o mantenimiento del peso deseado, los cuales son: conductas alimentarias saludables y realización de actividad física.

Con los datos obtenidos, se observó que la mayoría de los Hombres y Mujeres contestaron que realizan alguna actividad para controlar el peso corporal, lo que muestra una preocupación por la imagen y el peso corporal desde edades tempranas.

Las Mujeres se perciben más autoeficaces para la Actividad Física Cotidiana. Estos resultados pueden asociarse a los espacios y juegos (o actividades) asignados por los roles y estereotipos para las mujeres, con escaso movimiento, en espacios reducidos y/o privados, con contacto físico restringido, que no impliquen agresividad y predomina la colaboración antes que la competitividad. Las mujeres perciben no poder realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público (o en espacios públicos como en la calle, transporte), lo que se justificaría porque las mujeres suelen ser víctimas de la violencia y la delincuencia (INEGI, 2013), mayor percepción de inseguridad, uso mayor de estrategias de evitación y autoprotección, así como niveles más elevados y consecuencias físicas y psicológicas ante actos

de acoso y hostigamiento sexual en comparación con los hombres (Valdez y Ríos, 2014). Los hombres se consideran más seguros de poder aumentar poco a poco el tiempo de la rutina de ejercicios. En el que los hombres realizan actividades físicas durante el recreo y la práctica de una actividad deportiva extra clase (Ávalos, Reynoso, Colunga, Oropeza y González, 2014).

Los hombres se perciben más autoeficaces hacia la Actividad Física Programada, aún ante estados fisiológicos como cansancio, tristeza u otras actividades. Se observan las desigualdades en la división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f). Se relaciona con una percepción más alta de los hombres en estar seguros de poder llevar a cabo la actividad de acuerdo con la expectativa de la mujer y el hombre deseables que asigna la sociedad, es decir, desde género, (Instituto Nacional de las Mujeres de Ministerio de Salud, 2012).

Con respecto a la adopción de conductas que favorecen la alimentación saludable, a los hombres se les complica percibirse como autoeficaces para controlar la ingesta de alimentos no saludables como son dulces, golosinas, comida con alto contenido calórico, grasas y carbohidratos, encontrando concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012).

Las mujeres en gran medida se perciben capaces, de poder rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en carbohidratos y grasas como tamales, tacos, este resultados se puede relacionar en parte por lo reportado por Barker, Robinson, Wildaman y Barker, 2000 como se citó en Vázquez, Mancilla, Ruiz, Álvarez, 2008) al señalar que las mujeres restringen el consumo de alimentos ante situaciones sociales, además las mujeres utilizan la alimentación como una forma de reunión social y se preocupan por la cantidad de alimento que puede arruinar su apariencia corporal y cuidando de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con el éxito.

Con respecto al estilo de alimentación, que es un factor exclusivo de mujeres, está dirigido a evaluar la eficacia en la conducta alimentaria que caracterizan un estilo diferencial de alimentación, en este factor se observa conductas que van desde la disminución de calorías y grasa, la restricción de la ingesta , hasta el control de los

deseos de comer a través de la actividad física , en concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) En el caso de las participantes en esta investigación su estilo de alimentación se caracteriza por involucrar conductas relacionadas con la dieta restringida.

Con respecto a la alimentación e internalidad, factor exclusivo de hombres, también hubo concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) donde los niños se perciben capaces de controlar su conducta alimentaria ante estados emocionales como ansiedad, presión o ante situaciones sociales como alimentarse con amigos (Yerena, *et al.*, 2012). Además, los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

Se concluye que la percepción de autoeficacia para el control de peso es diferente de acuerdo al género de los participantes. Este elemento debe contemplarse como relevante al desarrollar intervenciones preventivas. Es importante destacar que los resultados revelan que de manera general a los adolescentes se les complica percibirse como autoeficaces para controlar la ingesta de alimentos no saludables; en cambio, se perciben más eficaces para realizar actividad física (Guzmán, 2012).

En este sentido, llama la atención la función que cumplen los estereotipos de género, reproduciéndose en la autoeficacia relativa a la actividad física y al control de peso. Así, la teoría cognitivo-social aborda la diferenciación, concibiendo el género como resultado de la interacción entre factores personales (concepciones relacionadas con éste y la actividad física), factores comportamentales (patrones de actividad física relacionados con éste) y factores del entorno (reacciones sociales hacia el comportamiento vinculado con la actividad física) (Alvarinas, *et al.*, 2009; Bussey y Bandura, 1999 como se citó en Guzmán, Gómez y Castillo, 2011).

PRESENTACIÓN

Al analizar las tendencias de sobrepeso y obesidad en escolares pueden observarse que las cifras no han aumentado en los últimos seis años (2006 a 2012). Es decir la velocidad de crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tiene un punto de inflexión y disminuyó 0.4 pp.(puntos porcentuales), al pasar de 34.8% a 34.4% (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando, Franco, Cuevas, Romero, Hernández, 2012) sin embargo, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), México ocupa el primer lugar de casos de obesidad en el mundo, desplazando a Estados Unidos, con una tendencia de siete de cada 10 adultos y tres de cada 10 niños (Enciso, 2013). A pesar de que no hubo aumento en las prevalencias, éstas se mantuvieron elevadas, por lo que es importante desarrollar estrategias de prevención de obesidad y promoción de la salud (Gutiérrez, *et al.*, 2012).

Se consideran como periodos de alto riesgo para el desarrollo de la obesidad el tercer trimestre del embarazo, los dos primeros años de vida, los dos años que anteceden a la pubertad, la pubertad especialmente en el sexo femenino y los dos años siguientes al término de la pubertad (Calzada, 2005 como se citó en Saldaña, 2011). Es por ello que resulta de trascendental importancia investigar teorías y modelos que expliquen la adopción de conductas saludables como son la actividad física y la alimentación saludable en esta etapa.

El problema de la obesidad es complejo, una combinación de factores son los que intervienen en la etiología de la obesidad. Teniendo como factores que favorecen el desarrollo de la obesidad los biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Vizcarra, 2010). Ante esta variedad de factores, los trabajos de prevención del sobrepeso y obesidad tienen un amplio panorama de actuación. La prevención de obesidad se describe en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. En la prevención primaria se identifican los riesgos generales asociados al desarrollo de la obesidad, con el objetivo de establecer medidas que permitan a la población en general poder identificarlos y evitarlos.

En esta investigación se retoma el modelo de la autoeficacia, basado en la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura (Bandura, 1997 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012) que asume al individuo como activo y responsable de su propio entorno y conducta. La autoeficacia componente central de la Teoría Social Cognitiva ha tomado importancia en los últimos años, debido a que logra explicar ciertas creencias y comportamientos humanos que influyen en la manera como se desenvuelve un individuo. La autoeficacia tiene un papel importante en varias de las conductas diarias, tales como el desarrollo académico, profesional, la forma de interactuar con los demás, la adopción de conductas saludables, entre otras.

Entre las posibles estrategias de prevención de la obesidad en la niñez se plantea la autoeficacia percibida, como lo establece Albert Bandura (1999 como se citó en Zepeda, 2014), la autoeficacia percibida es de los principales factores que influye no sólo en la toma de decisiones sino también sobre la adopción de conductas favorecedoras para la salud, así como en la eliminación de conductas perjudiciales. Sin embargo, la percepción de autoeficacia se diferencia entre hombres y mujeres, derivado de factores socioculturales como la identidad de género y el proceso de socialización (Pajares y Valiante, 2001 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011) ya que se atribuyen expectativas, reglas, normas de conducta específicas por el hecho de pertenecer a un sexo (Rocha y Díaz Loving, 2005 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011).

En este trabajo, se abordarán elementos que justificarán la percepción de autoeficacia percibida para el control de peso en preadolescentes escolares diferenciado por género, planteando algunas interrogantes que guiaron la investigación: ¿cómo se perciben las mujeres para realizar actividades que beneficien su salud?, ¿para las mujeres, qué actividades físicas consideran que son capaces de realizar?, ¿qué actividades físicas consideran los hombres que pueden realizar con seguridad?, ¿Cuáles son las conductas alimentarias que consideran poder realizar, tanto hombres como mujeres? ¿existen diferencias entre hombres y mujeres para adoptar conductas saludables que ayuden a mantener y/o bajar su peso corporal?. Los resultados ayudarán a obtener una caracterización con

respecto a estas diferencias y a formular un conjunto de recomendaciones que promuevan el avance por la equidad de género en la población.

Para resolver los planteamientos se estructuraron cuatro capítulos, que se detallan a continuación:

Capítulo I. Se abordan la concepción de Autoeficacia Percibida, el origen o fuentes de autoeficacia, las formas de evaluación, así como las diferencias de la percepción de autoeficacia diferenciado por el Género.

Capítulo II. Comprende la etapa de preadolescencia, donde se describen características.

Capítulo III. Contiene concepto, etiología, prevalencia y factores que inciden en el sobrepeso y obesidad en los niños, niñas y adolescentes, las diferencias entre mujeres y hombres para la adopción de conductas alimentarias y hacia la actividad física.

Capítulo IV. Se analizan conceptos básicos de salud-enfermedad, y la importancia de la inclusión de la perspectiva de Género en los programas de promoción y prevención.

Se plantean conclusiones y sugerencias.

INTRODUCCIÓN

Aunque se han realizado diversas acciones para promover la alimentación correcta, la actividad física en diversos ámbitos, así como prevenir el sobrepeso y la obesidad, la población mexicana se mantiene entre los primeros lugares en la prevalencia de estos problemas de Salud Pública a nivel mundial. Es por ello que, establecer estilos de vida sanos en la infancia y adolescencia son las mejores estrategias para que los niños, niñas y adolescentes mantengan su salud e inicien conductas que favorezcan su salud, de esta manera es más fácil prevenir hábitos perjudiciales que tratar de modificarlos una vez que se hayan instaurado como un estilo de vida. En el Estado de México, niños, niñas y adolescentes se encuentran inmersos entre el sobrepeso, obesidad y la desnutrición, donde veintiséis por ciento de los niños padecen sobrepeso u obesidad, mientras que doce por ciento presentan desnutrición en diversos grados, problemas graves en zonas metropolitanas y el Valle de Toluca (Dávila, 2010).

En el ámbito de la salud, la autoeficacia percibida, se define como la creencia de adoptar una conducta saludable, o bien dejar de realizar conductas desfavorables para la salud (Schwarzer y Fuchs, 1999 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012). Se buscará conocer cómo se perciben hombres, mujeres preadolescentes escolares con respecto a ser capaces de adoptar, iniciar y mantener conductas que previenen el sobrepeso y la obesidad, lo que les permitirá controlar y mantener su peso corporal adecuado a su edad. Es necesario hacer mención que es una percepción subjetiva y no implica si realiza o no la conducta, pero permite documentar las diferencias en la percepción tanto de hombres como de mujeres.

Ahora bien, haciendo el cuestionamiento sobre la diferencia de la percepción de Autoeficacia entre hombres y mujeres, la teoría indica que la percepción de autoeficacia se ve influenciada por el género (Goethals, *et al.*, 1991 como se citó en Platas, 2013) y en la percepción de autoeficacia para el control de peso, también existen estas diferencias, sobre todo en la etapa de la preadolescencia y adolescencia durante cambios físicos, hormonales y los propios de la pubertad,

cuando los individuos están más expuestos a la influencia de los factores socioculturales difundidos por la “cultura de la delgadez” (Araujo y López, 2006 como se citó en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001) además, se ha observado que en etapas anteriores a la adolescencia, las niñas se inquietan por el tamaño del cuerpo, su atractivo personal, imagen corporal, colocándolos en una posición de vulnerabilidad ante las presiones culturales.

La Autoeficacia Percibida para el Control de Peso, hace referencia a los juicios o creencias que cada individuo tiene sobre sus capacidades, para adoptar o mantener conductas que favorecen el control de su peso, específicamente en hábitos alimentarios saludables y patrones de actividad física (Román, Díaz, Cárdenas y Zoraide, 2007) indicando que estas son dos áreas donde la persona puede realizar cambios para alcanzar la pérdida y/o mantenimiento del peso deseado (Saldaña, 1994 como se citó en Román, *et al.*, 2007), es decir, un peso adecuado a su estatura y edad (Guzmán, 2012). Es así, como evaluando la autoeficacia percibida para el control de peso, podremos observar como la autoeficacia percibida se presenta de manera diferente con respecto al género y formular un conjunto de recomendaciones que promuevan el avance por la equidad de género en la población.

De manera particular, los individuos con niveles más altos tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Vinaccia y cols, 2005 como se citó en Flores, González-Celis y Valencia, 2010). Por otra parte, los individuos con baja autoeficacia generan un mecanismo que imposibilita la acción, el individuo percibe que la actividad es más difícil de lo que realmente es (Bandura, 1997 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003). Además desconfían de sus capacidades, reducen los esfuerzos o abandonan la tarea rápidamente (Bandura, 1997 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003). Sin embargo es posible incrementar el nivel de autoeficacia percibida, por lo que no es una característica global como la autoestima o la autoconfianza; sino que varía en función de la conducta, la situación particular y el estado fisiológico de la persona (Sánchez, 2006 como se citó en Zepeda, 2014).

Del presente estudio se puede obtener una caracterización de autoeficacia percibida para el control de peso de preadolescentes escolares de 4º, 5º, y 6 grado de primaria, obteniendo una comparación entre hombres y mujeres, con lo que se contará con herramientas necesarias para la elaboración de programas de prevención de sobrepeso y obesidad.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

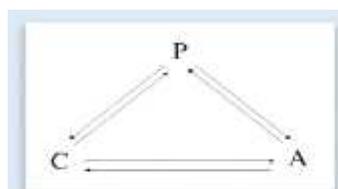
CAPÍTULO 1. TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

El concepto de autoeficacia es uno de los pilares sobre los que se cimienta la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977^a, 1977^b, 1986, 1991 como se citó en Guzmán, 2012). En el año 1985 el autor la redefine como Teoría Social Cognitiva (TSC), por entender que su teoría se ha preocupado siempre por la comprensión de fenómenos psicológicos, tales como la motivación y la autorregulación, que van más allá del aprendizaje (Garrido, M., 1987 como se citó en Olaiz, 2001).

1.1. El modelo reciprocidad triádica

Reciprocidad triádica o determinismo recíproco triádico. Basado en una reciprocidad triádica en el cual tanto la conducta, los factores cognitivos y demás factores personales y las influencias ambientales operan en forma interactiva como determinantes recíprocos. En este enfoque los factores personales y ambientales se determinan entre sí: “el individuo crea, modifica y destruye el entorno, los cambios que introduce en el mismo afecta, a su vez, a su conducta y su vida futura”. (Bandura, 1987 como se citó en Olaiz, 2001) (Ver Figura 1).

FIGURA 1. ESQUEMA DE INTERACCIÓN DE RECIPROCIDAD TRÍADICA



Donde C es conducta, P es persona y A es ambiente.

Fuente: Bandura, 1987 como se citó el Olaiz, 2001.

En este modelo la conducta asume un papel excepcional en la forma en que el individuo afecta a las situaciones las cuales a su vez determinarán sus pensamientos, emociones y conducta. El término determinismo recíproco triádico, hace referencia a la acción mutua desarrollada entre los factores causales (Olaiz, 2001). La acción mutua entre los determinantes “no son necesariamente

simultáneas o de igual intensidad” (Maddux, 1995 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).

Por lo tanto, la Teoría Social Cognitiva (TSC) explica el funcionamiento humano como el resultado de la interacción recíproca de factores ambientales, conductuales y personales. Desde esta perspectiva las personas pueden responder cognoscitiva, afectiva y conductualmente a eventos ambientales; se enfatiza el papel de las cogniciones puesto que a través de ellas se ejerce control sobre la propia conducta, que a su vez influye en el ambiente y en los estados personales experimentados.

La Teoría Cognitivo Social aborda la diferenciación, concibiendo el género como resultado de la interacción entre factores personales (concepciones relacionadas con éste y la actividad física), factores comportamentales (patrones de actividad física relacionados con éste) y factores del entorno (reacciones sociales hacia el comportamiento vinculado con la actividad física) (Alvarinas, *et al.*, 2009; Bussey y Bandura, 1999 como se citó en Guzmán, Gómez y Castillo, 2011). La función que cumplen los estereotipos de género se reproducen en la autoeficacia relativa a la actividad física y al control de peso.

Esta teoría asume que las personas poseen la capacidad de simbolizar, que les permite generar modelos internos de experiencia, desarrollar cursos de acción y evaluarlos de manera hipotética. Asume también que la mayor parte de la conducta es propositiva o intencional y que está guiada por el establecimiento de metas y por procesos de anticipación y predicción que, a la vez, dependen de la posibilidad de simbolizar (Zepeda, 2014). Por lo tanto, los seres humanos pueden producir cambios en ellos mismos y en las situaciones que les rodean a través de su propio esfuerzo, es decir que tienen la posibilidad de ejercer un determinado grado de control de su conducta.

Entre los distintos aspectos del autoconocimiento o pensamiento autorreferente, la opinión que el propio ser humano tenga de su eficacia personal es el aspecto que más influye en su vida diaria. De acuerdo con Bandura (1997 como se citó en Flores, González y Valencia, 2010) el nivel de motivación, los estados afectivos y las acciones de las personas se basan más en las creencias que en la información

objetiva, y como es lógico suponer, los distintos individuos procesan la información de diferente forma. Por ello se asume que el individuo tiene responsabilidad individual de la conducta (Bandura, 1995 como se citó en Olaiz, 2010).

De acuerdo con la teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas¹: a) las expectativas de la situación, b) las expectativas de resultado y c) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida (Bandura, 1995 como se citó en Olaiz, 2010):

- a) Expectativas de situación, las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal;
- b) Expectativas de resultado, es la probabilidad percibida de que un comportamiento producirá determinadas consecuencias, por ejemplo, reconocimiento social, recompensas, satisfacción. Las expectativas de resultados se manifiestan de tres formas diferentes: resultados materiales, sociales o auto evaluativos, incluye los costos materiales y beneficios que provoca el comportamiento.
- c) Expectativas de autoeficacia o Autoeficacia Percibida, referida a la confianza de la persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

El que una persona en un momento dado inicie un comportamiento concreto, dependerá de la interacción de estos tipos de expectativas respecto de un comportamiento en particular (Villamarín, 1987 en Villamarín, 1994). En la medida en que las expectativas actúan como determinantes de la conducta, pueden utilizarse como predictores de la misma (Villamarín, 1994). Por lo tanto, el supuesto básico de la Teoría de la Autoeficacia, es que ésta mejora la predicción. Es decir, los resultados de las medidas de Autoeficacia nos ofrecen predicciones futuras tanto de las acciones humanas como de las reacciones afectivas. Superan, en este

¹ Expectativa: f. Posibilidad razonable de que algo suceda **1**.loc. adv. Sin actuar ni tomar una determinación hasta ver qué sucede (Real Academia de la Lengua Española, 2001).

sentido, como predictor, a la conducta manifiesta (Bandura 1977 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012).

1.2. Concepto de Autoeficacia Percibida

Es necesario precisar que Bandura llama de manera indiferenciada autoeficacia, autoeficacia percibida o expectativas de eficacia² (De Jesús y Valdez, 2009).

La autoeficacia es un constructo que emerge de la psicología cognitiva conductual y que hace referencia al grado de control que la persona percibe de poder responder de una forma efectiva ante una determinada situación (Gurrola, Balcázar, Urcid, Colín, 2011).

También se conceptualiza como “percepción que la persona tiene de su capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos y para lograr determinados niveles de ejecución, en ámbitos de actuación que son importantes en su vida” (Alvarado y Garrido, 2003).

Algunos conceptos pueden tener relación y diferencias con autoeficacia como son: autoestima, autoconcepto, autoconfianza, resiliencia, afrontamiento, desesperanza aprendida, locus de control, entre otros.

La autoestima, el autoconcepto o la autoconfianza no deben confundirse con la autoeficacia percibida, ya que tienen un carácter global o general, sin embargo la autoeficacia está más vinculada a tareas y capacidades específicas, además de considerar al sujeto como un aprendiz activo con capacidad de transformación, desarrollo e iniciativa. La autoeficacia no es un constructo que caracteriza a la persona de manera global, varía en función de la conducta, una situación particular y el estado fisiológico de la persona, por lo que un individuo puede tener autoeficacia alta para solucionar problemas de Álgebra y baja para otro tipo de conducta, como por ejemplo hacerse un chequeo médico (Sánchez, 1994 como se citó en Astudillo, 2005).

La resiliencia es otro concepto que está relacionado con autoeficacia. La resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que suceden en el tiempo y

² Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera (Real Academia Española, 2001).

según como se combinen los atributos del sujeto, la familia y los ambientes sociales y culturales, la resiliencia indicará un desarrollo normal en condiciones difíciles (Fonagy, Steele, Higgitt y Targer, 1994 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009), la relación entre autoeficacia percibida y resiliencia radica en que la autoeficacia es uno de los factores protectores que promueven la resiliencia. Esto acorde a lo mencionado por Bandura (1996 como se citó en Plata, 2013) quien sostiene que la autoeficacia ha sido demostrada como un elemento protector que aumenta la motivación³, persistencia⁴, esfuerzo y consecución de metas.

La diferencia entre de la autoeficacia con la desesperanza aprendida es que esta última sugiere que la gente se torna desvalida cuando atribuye sus fracasos y otros resultados negativos a causas internas, estables y generales. Por otro lado, en la autoeficacia percibida, las personas que tienen una elevada autoeficacia percibida tienden a emprender medidas para resolver o escapar de las situaciones tensas o dolorosas (Bandura, 1997; Rosales Nieto, 2004 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003). Sienten que tienen control y lo ejercen (Litt, 1998 en Worchel, *et al.*, 2002 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003). Del mismo modo, quienes se consideran buenos para solucionar problemas sienten que son capaces de superar sus dificultades personales, mediante el esfuerzo⁵, en suma cuando enfrentemos un problema, pensar que tenemos la capacidad de manejarlo y de ser eficaz será haber ganado la mitad de la batalla (Baumgardner *et al.*, 1986 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).

La autoeficacia se distingue del afrontamiento en tanto que su desarrollo y existencia requieren de una actitud frente al problema que permita al sujeto desplegar tantas habilidades como pueda, incrementado, a la vez, los niveles de autoeficacia (De Jesús y Valdez, 2009). El estilo de afrontamiento pasivo, aunque permite adaptarnos a situaciones novedosas o estresantes y disminuir los niveles

³ Motivación: **f**. Ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia.

⁴ Persistencia: **intr**. Mantenerse firme o constante en algo.

⁵ Esfuerzo: **m**. Empleo enérgico del vigor o actividad del ánimo para conseguir algo venciendo dificultades (Real Academia Española, 2001).

de ansiedad que éstas producen, puede sugerir un sentido débil de autoeficacia, en otras palabras, la efectividad del estilo de afrontamiento, no implica necesariamente altos niveles de autoeficacia (Pearling y Schooler, 1978 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009). La autoeficacia podría considerarse, entonces, más bien como un modulador del afrontamiento pues para que una persona pueda emplear estrategias de afrontamiento, depende de qué tan capaz se sienta para aplicarlas en diferentes circunstancias (Espinosa, 2004 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009). Esto es, las creencias negativas de las capacidades personales conducen al pensamiento de ineficacia de cierta estrategia y de su uso, que a la vez, disminuyen la capacidad para resolver ciertos problemas (Zanatta, 2001 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009) (Ver Tabla 1).

TABLA 1 DIFERENCIAS Y RELACIONES DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA CON OTROS CONCEPTOS

Relaciones/diferencias	Concepto	Autoeficacia
Diferencia	Autoestima/Auto concepto/autoconfianza <ul style="list-style-type: none"> • caracteriza a la persona de manera global o general 	<ul style="list-style-type: none"> • caracteriza a las personas en tareas o capacidades específicas • sujeto como aprendiz activo (Sánchez, 1994 como se citó en Astudillo, 2005).
	Desesperanza aprendida <ul style="list-style-type: none"> • persona atribuye fracasos y resultados negativos a causas internas, estables y generales (Bandura, 1997; Rosales Nieto, 2004 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> • persona resuelve, escapa de situaciones tensas y dolorosas • perciben que tienen el control y lo ejercen (Litt, 1998 en Worchel, <i>et al.</i>, 2002 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).
Relación	Resiliencia <ul style="list-style-type: none"> • la resiliencia indicará un desarrollo normal en 	<ul style="list-style-type: none"> • factor protector que promueve la resiliencia. Aumenta: motivación,

	condiciones difíciles (Fonagy, Steele, Higgitt y Targer, 1994 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009)	perseverancia, esfuerzo, consecución de metas Bandura (1996 como se citó en Plata, 2013).
	Afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> • persona despliega habilidades • incrementa los niveles de autoeficacia • afrontamiento no implica alta autoeficacia (Pearling y Schooler, 1978 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> • Modulador de afrontamiento

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, “la autoeficacia no es la conducta sino la percepción que la persona tiene de su capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos y lograr determinados niveles de ejecución, en ámbitos de actuación que son importantes en su vida” (Alvarado y Garrido, 2003). Además mantiene diferencias con los conceptos de autoestima, autoconfianza y autoconcepto porque estos caracterizan a la persona de manera global, también con la desesperanza aprendida por atribuir fracasos a características internas estables, mientras que la autoeficacia caracteriza a la persona en actividades o conductas específicas y tiene variabilidad. Mantiene relación con los conceptos de resiliencia y afrontamiento por promover la autoeficacia, y con el afrontamiento, por ser modulador de la autoeficacia.

1.3. Función de la Autoeficacia Percibida

La autoeficacia cumple funciones de:

- A) Factor clave en el sistema generativo de competencia humana y se relaciona con el ejercicio del control y la autorregulación de los procesos cognitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos (Berman, 2006 como se citó en Guzmán, 2012).

- B) Influir tanto en los sentimientos como en pensamientos y acciones, los pensamientos actúan como motivadores de la acción (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000).
- C) Predictor para llevar a cabo determinadas conductas de salud⁶, desempeña un importante papel en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención, así como la persistencia en la acción frente a los obstáculos (Minle y Orbel, 2010 en Flores, *et al.*, 2010).
- D) Influir en la toma de decisiones y en la adopción de conductas favorecedoras para la salud y evitar las perjudiciales para la misma. Se ha observado que la Autoeficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud (Bandura, 1999 como se citó en Astudillo, 2005).
- E) Factor de gran importancia, al implementar conductas de salud, donde se reconoce la dificultad de motivar la adopción de conductas que promuevan la salud o detener conductas nocivas, en las que la autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, pero también la habilidad de recuperarse de los problemas de salud o evitar potenciales riesgos para la salud (Bandura, 1999 como se citó en Olivari y Urra, 2007). Asimismo, disminuye alteraciones emocionales, mejora conductas saludables, previene conductas de riesgo sexual y la disminución de presencia de conductas antisociales (Caprara, *et al.*, 1998 como se citó en Plata, 2013).

En la vida cotidiana, la autoeficacia nos conduce a establecer metas desafiantes y perseverar ante las dificultades. Cuando surge un problema, una fuerte sensación de autoeficacia hace que se mantenga la calma y busquen soluciones en lugar de cavilar⁷ sobre su competencia (Myers, 2003).

⁶ Conducta de Salud: son conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud. Las conductas inapropiadas pueden convertirse en hábitos inadecuados de salud (López, 2010 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

⁷ Cavilar: pensar con intención o profundidad en algo. Real Academia de la Lengua Española.

Este concepto ha sido utilizado en psicología, enfermería y medicina, como un importante predictor de conductas saludables, para recuperarse de los problemas de salud o para evitar sus riesgos potenciales y en el funcionamiento de distintos campos como el realizar ejercicio o deporte, bajar de peso, el manejo de enfermedades crónicas, el uso de drogas, la actividad sexual, el fumar, la elección de carrera y el logro de metas académicas y del mundo laboral (Bandura, 1997 como se citó en Jáuregui, *et al.*, 2013).

La autoeficacia es un componente esencial de distintos modelos y/o teorías referentes al cambio de conductas en salud, tal como lo describen Schwazer y Fush (1995) y Purdie y McCrinle (2002). Ejemplo de ello son: el Modelo de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984; Rosentock, 1994), la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1995) y su extensión la teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985), el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1984), el modelo de Aproximación al Proceso de Acción en Salud (Shwarzer, 1992), entre otros (De Jesús, 2009).

En este estudio se retomará la autoeficacia como la percepción que la persona tiene de su capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos y para lograr determinados niveles de ejecución, en ámbitos de actuación que son importantes en su vida (Alvarado y Garrido, 2003) que tendrá la función de ser uno de los mejores predictores para llevar a cabo determinadas conductas de salud, desempeñar un importante papel en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención, así como la persistencia en la acción frente a los obstáculos (Mile y Orbel, 2010 en Flores, 2010). Como un determinante importante de la conducta que fomenta la salud (Bandura, 1999 como se citó en Olivari y Urra, 2010). Mostrando relación con las conductas preventivas en Salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Bandura, 1999 como se citó en Olivari y Urra, 2007).

1.4. Fuentes de información (Origen de la Autoeficacia Percibida)

Las expectativas de eficacia son cogniciones que se forman y reelaboran constantemente a partir del procesamiento de cuatro fuentes de información disponibles: la experiencia previa, el aprendizaje vicario, la persuasión social y la interpretación de los estados fisiológicos y emocionales (Bandura 1994; como se citó en Villamarín, 1994).

1.4.1. Experiencia previa o experiencias de dominio

Se refiere a la historia personal de éxitos⁸ y fracasos⁹ obtenidos en la realización de tareas específicas; esta información tiene gran importancia porque se basa en habilidades y experiencias de dominio reales. Es la principal fuente de información, así como la más influyente (Feltz y Riessinger, 1990 como se citó en Guzmán, 2012).

Albert Bandura (1997 como se citó en Shamah Levy, 2011) menciona que los niños aprenden a comportarse por medio de la instrucción a través de los padres, maestros y otras autoridades, modelos que les indican cómo deben comportarse, lo mismo que por medio de la observación (cómo ven que los adultos y sus pares se comportan) o por medio de un proceso de instrucción, ensayo y retroalimentación.

Cuando la persona está familiarizada con las demandas de una actividad, es probable que recurra a las creencias de autoeficacia que se han desarrollado como resultado de su experiencia previa. Para conformar un sentido fuerte de eficacia se requiere experiencia en la superación de obstáculos a través del esfuerzo personal, el esfuerzo es más que una rápida sucesión de logros¹⁰ fácilmente conseguidos (Pajares y Schunk, 2001 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), los éxitos contribuyen a construir un fuerte sentimiento de autoconfianza. Con el logro aumenta la confianza en uno mismo. La autoeficacia al igual que la autoestima, mejora con los éxitos logrados con esfuerzo (Myers, 2005). Por otro lado, los fracasos ocurren cuando la persona no está familiarizada con una tarea entonces no tendrá

⁸ Éxito: m. Buena aceptación que tiene alguien o algo

⁹ Fracaso: m. Malogro, resultado adverso de una empresa o negocio.

¹⁰ Logro: Conseguir o alcanzar lo que se intenta o desea.

precisamente claro qué habilidades serán necesarias para su ejecución (Pajares & Schunk, 2001 como se citó en Byrne, 1988).

1.4.2. Aprendizaje Vicario o experiencias vicarias

Es la obtención de información acerca de una tarea y la capacidad de realizarla, a través de observar o imaginar a personas realizando dicha actividad (Guzmán, 2012).

Al observar el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, se reducen los juicios sobre la propia eficacia y disminuye el nivel de motivación. Por ejemplo si una persona observa que otros con su esfuerzo y perseverancia pueden realizar con éxito una actividad, puede pensar que él (ella) mismo (a) también posee las capacidades necesarias para dominar una actividad similar, si se esfuerza también lo conseguirá.

Además, proporcionan estándares sociales con los cuales podemos juzgar nuestras habilidades y competencias; al observar a los otros tener éxito en actividades de nuestro interés se forma una creencia de que uno también posee la capacidad para dominar situaciones similares (Bandura 1994 como se citó en Santrock, 2007).

Gran parte del aprendizaje por observación ocurre entre pares. A mayor sea la similitud en la edad y en el tipo de experiencia, los pares proveerán mayor información que servirá de referencia para evaluar y verificar la eficacia (Bandura, 1977 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009). Sin embargo, esto puede tener una desventaja ya que, por un lado los niños que frecuentemente se reúnen de acuerdo a sus gustos e intereses, pueden dejar de lado otras habilidades en potencia, o por otro, la elección de relaciones poco favorables puede afectar opuestamente.

El desarrollo del sentido de eficacia no sólo requiere la simple producción de acciones y la observación de efectos, sino que tales acciones sean percibidas como parte de uno mismo y reconocer que se es el agente de esa acción, en otras palabras, se necesita poseer sentido de sí mismo (De Jesús y Valdez, 2009).

1.4.3. Persuasión social

Es la información obtenida a través del refuerzo verbal, los reportes de otros se utilizan para inducir en el sujeto la creencia que posee suficiente capacidad para

lograr un resultado óptimo. Las personas persuadidas¹¹ verbalmente de que poseen la capacidad de dominar ciertas actividades suelen realizar un esfuerzo constante y progresivo en comparación con aquellos que dudan sobre sí mismos (Guzmán, 2012).

Muchas veces, mediante un llamado de atención, una mirada enjuiciadora, una frase de ánimo o desaliento, reforzamos o coartamos las posibilidades de acción o expresión de niños y niñas (Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012). El impacto de los juicios hechos por personas que rodean al niño es tal, que sus evaluaciones acerca de sus habilidades están dadas en parte por las evaluaciones que otros hacen, además de afectar su aproximación a nuevas tareas (por ejemplo: los padres sobre-protectores que se mantienen hipervigilantes de los daños que puedan sufrir sus hijos, restringen el desarrollo de sus capacidades; mientras más seguros sean, entonces, alentarán a sus hijos al desarrollo de sus capacidades) (De Jesús y Valdez, 2009).

1.4.4. Estados fisiológicos y emocionales

El sujeto se basa en la información sobre su estado físico juzgando así sus capacidades para realizar una tarea determinada. La personas, también utilizan indicadores de ineficacia física, como la fatiga, la forma física o el miedo (Guzmán, 2012).

En actividades relacionadas con la fuerza y vitalidad, los individuos juzgan la fatiga, el dolor y las molestias como signos de debilidad física, este tipo de indicadores fisiológicos de eficacia juegan un papel influyente en actividades físicas y deportivas (Bandura, 1994 como se citó en Fernández, *et al.*, 2012).

Los estados emocionales intensos y el estrés, ocurren cuando una situación imprevista (de amenaza o daño) fuerza al individuo a cambiar su conducta habitual, a realizarla con mayor precisión o a buscar nuevas formas de actuar (Fernández y Edo, 1994 como se citó en Fernández, *et al.*, 2012) en casos como éstos,

¹¹ Persuasión: argumentación, convencimiento, atracción, seducción, incitación, sugestión. Real Academia Española 2001.

reacciones de estrés, ansiedad o tensión pueden considerarse como signos de vulnerabilidad.

La plataforma donde el niño construirá su sentido de autoeficacia es el reconocimiento de poder ser él mismo generador de tal acción, de manera que el inicio de la actividad (por ejemplo, motriz) le permitirá tener una relación activa con el ambiente, manipular objetos y, por ende, darse cuenta de que él mismo puede hacer que las cosas sucedan. En concreto, el niño se da cuenta que las relaciones causales entre eventos se originan de acciones y que esas acciones pueden provenir de él mismo (De Jesús y Valdez, 2009).

Conocer las fuentes de información de autoeficacia, con el objetivo de aumentar el nivel de autoeficacia para que la persona pueda adoptar y mantener conductas saludables, son actividades del psicólogo y los trabajadores de la salud.

1.5. Mecanismos de mediación (procesos fundamentales)

Bandura (1986; Maddux, 1995 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012) sostiene que la autoeficacia y la conducta no presentan una relación directa, ya que se encuentra mediada a través de cuatro procesos psicológicos o procesos de mediación que son: cognoscitivos, afectivos, motivacionales y de selección, éstos actúan como determinantes en el inicio y mantenimiento de diferentes conductas.

1.5.1. Procesos Cognoscitivos

Las personas piensan en los escenarios posibles que resultarán de su actuación y desarrollan estrategias para controlar aquellos eventos que afectan sus vidas. Cuanto más fuerte sea la eficacia percibida, más desafiantes serán las metas propuestas y más firme el compromiso para cumplirlas porque anticipan escenarios de éxito y pautas de conducta adecuadas (Bandura, 1999 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012) (Ver Tabla 2). Gran parte de la conducta humana se regula mediante el pensamiento anticipador, que incluye los objetivos deseados (Zepeda, 2014).

1.5.2. Procesos Motivacionales

La motivación, desde esta perspectiva, hace referencia a una doble vertiente, por un lado la activación y persistencia de la conducta y por otro la influencia de ésta en

el establecimiento de metas. Las creencias de autoeficacia de las personas determinan su nivel de motivación, lo que se refleja en la cantidad de esfuerzo y perseverancia que muestran en las tareas y la cantidad de tiempo que persistirán, especialmente cuando aparecen obstáculos difíciles de superar. A mayor autoeficacia percibida, mayor esfuerzo empleado y persistencia en el mismo. Las personas con una percepción de su autoeficacia baja, ante determinados obstáculos o problemas se sienten inseguros, por lo que tienden a abandonar rápidamente. Por el contrario las personas con una percepción de autoeficacia alta, ante esos obstáculos, realizan esfuerzos más intensos y duraderos para poder dominar el reto o desafío ante el que se encuentran.

Actualmente se evidencia que los logros humanos requieren un sentido optimista de la eficacia personal. Sin embargo un sujeto con una autoeficacia alta y con un dominio de conductas y capacidades muy inferior a las que él cree dominar, a largo plazo le causará problemas, disminución de su credibilidad y fracasos innecesarios. Por el contrario el sujeto con baja autoeficacia, pero que domina una gran cantidad de conductas y capacidades como no cree en sus posibilidades para llevar a cabo con éxito una tarea u objetivo, huye de ellas limitando así su crecimiento personal. Bandura (1986) llega a conclusión de que "la inseguridad crea un impulso para aprender, pero no favorece la utilización adecuada de las habilidades previamente adquiridas".

1.5.3. Procesos Afectivos

Los patrones de pensamiento y reacciones emocionales son diferentes en cada persona, afectando al nivel de estrés y depresión que experimentan ante situaciones amenazadoras, sin embargo se puede ejercer cierto control sobre los pensamientos. Por lo tanto, la principal fuente de angustia no es la frecuencia de los pensamientos perturbadores, sino que la persona perciba una imposibilidad para bloquearlos (Lazarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Las personas que creen imposible manejar situaciones complejas perciben su entorno de forma amenazante, meditan excesivamente sobre sus deficiencias magnificando la gravedad de las posibles amenazas y preocupándose por las cosas

que rara vez suceden, llegando a desanimarse de tal manera que perjudican su nivel de funcionamiento (Lázarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012). Por el contrario las personas que creen poder controlar las posibles situaciones amenazantes no se alteran, aunque estén sometidas a los mismos agentes estresantes (Ver Tabla 2).

1.5.4. Procesos Selectivos

Las personas son en parte producto de su entorno. Por lo tanto, las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y entornos que consideran que exceden sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar. Mediante las alternativas escogen, así las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales. Las creencias de eficacia personal influyen en los tipos de actividades y entornos que las personas seleccionan; eligen actividades que consideran son capaces de manejar porque esperan realizarlas con éxito, mientras que suelen evitar aquellas actividades que exceden sus habilidades (Lázarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Las que tienen bajas creencias de autoeficacia evitan aquellas tareas y situaciones difíciles que crean que exceden sus capacidades por considerarlas como amenazas, disminuyen sus aspiraciones y piensan constantemente en sus deficiencias, obstáculos y resultados adversos, reducen al mínimo sus esfuerzos abandonando rápidamente, y además necesitan mucho tiempo para recuperar su sentido de eficacia tras el fracaso. En contraposición, las personas con un nivel de autoeficacia percibida alto enfocan las situaciones difíciles como retos y no como amenazas, por lo tanto, eligen en general tareas más complejas, fomentan el interés intrínseco y se implican más en las actividades que realizan. Se imponen retos manteniendo ante ellos un fuerte compromiso, aumentando y sosteniendo sus

esfuerzos ante las situaciones más complejas y recuperando la sensación de eficacia de manera rápida ante los fracasos, atribuyendo estos a la insuficiencia de esfuerzo más que a una falta de habilidad (Lazarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

TABLA 2 ALTA Y BAJA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Mecanismos de mediación	Alta Autoeficacia Percibida	Baja Autoeficacia Percibida
Procesos cognoscitivos	Anticipan las metas propuestas, firme el compromiso para cumplirlas porque anticipan escenarios de éxito y pautas de conducta adecuadas (Bandura, 1999 como se citó en Yerena, <i>et al.</i> , 2012).	Anticipan metas, no hay un compromiso para cumplirlas, no anticipan escenarios de éxito.
Procesos motivacionales	Mayor esfuerzo Empleado y persistencia en el mismo. Ante obstáculos, realizan esfuerzos más intensos y duraderos para poder dominar el reto o desafío	Inseguros, por lo que tienden a abandonar rápidamente actividad (Lazarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012).
Procesos afectivos	Creen poder controlar las posibles situaciones amenazantes no se alteran, aunque estén sometidas a los mismos agentes estresantes.	Ambiente amenazante, meditan excesivamente sobre sus deficiencias magnificando la gravedad de las posibles amenazas y preocupándose por las cosas que rara vez suceden, llegando a desanimarse de tal manera que perjudican su nivel de funcionamiento (Lazarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012).
Procesos selectivos	Asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar. Enfocan las situaciones difíciles como retos y no como amenazas, por lo tanto, eligen	Evitan las actividades y entornos que consideran que exceden sus capacidades de manejo.

	<p>en general tareas más complejas, fomentan el interés intrínseco y se implican más en las actividades que realizan(Lázarus y Folkman, 1984 como se citó en Yerena, <i>et al.</i>, 2012).</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

1.6. Evaluación de la autoeficacia

Dos de los instrumentos más utilizados en el área de la conducta alimentaria son el *Weight Efficacy Life- Style Questionnaire* (WEL) de Clark, Abrams, Niaura, Eaton y Rossi (1991) y *Self-Efficacy Scale* (ESES) de Glynn y Ruderman (1986), instrumentos que fueron adaptados al castellano por Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2002, 2003), demostrando tener adecuadas propiedades psicométricas (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007). La Escala de Habilidad Física Percibida para niños (*Perceived Physical Ability Scale*) de Colella, *et al.* (2008). En México El Cuestionario de Autoeficacia hacia la Actividad Física de Aedo y Ávila (2009) y el Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos de Flores León y González-Celis (2010), entre otros.

Para evaluar la autoeficacia, los reactivos deben redactarse en términos de: “*Puedo hacer*” en lugar de “*Lo haré*”. “*Puedo hacer*” es un juicio de capacidad, “*Lo haré*” es una declaración de intención. La autoeficacia percibida es un importante determinante de la intención, pero los dos constructos están empírica y conceptualmente separados. También se responde a la afirmación de: “*Yo creo que puedo*”, “*Creo que soy capaz de*” (Román, *et al.*, 2007), “*Soy capaz de*” (Zepeda, 2014). Existe una metodología llamada microanálisis para realizar mediciones de las expectativas de autoeficacia a través de los pensamientos autorreferentes, es decir de las autopercepciones específicas para el área que queramos explorar. Tres son las dimensiones que Bandura (1997 como se citó en Román, *et al.*, 2007) establece: magnitud o nivel, fuerza o fortaleza y generalidad.

1.6.1. Magnitud o Nivel

Esta dimensión hace referencia a los logros de ejecución esperados por el sujeto o el número de tareas que cree que puede realizar para conseguir el objetivo (Bandura, 1997 como se citó en Román, *et al.*, 2007). Las expectativas de eficacia crecen cuando uno percibe que es capaz de realizar mayor número de tareas del mismo tipo pero de dificultad creciente. En esta prueba la magnitud se evalúa como alta o baja o media autoeficacia, ya que implica el número de actividades que cree poder realizar la persona, de acuerdo con el puntaje total obtenido en el inventario la magnitud o nivel será evaluado mediante la obtención de cuartiles, donde se dividen los totales en tres partes quedando los datos con menor puntaje, los datos que se ubican en la parte central y los datos con mayor puntaje en las respuestas.

1.6.2. Fuerza o fortaleza

Mide en porcentaje la confianza o el grado de certeza en ejecutar con éxito cada una de las tareas, y se puede hacer simplemente dividiendo una escala de cero a cien en unidades de intervalos de diez. Se refiere a en qué medida está la persona decidida a iniciar una acción y mantenerla hasta alcanzar la meta deseada. La fortaleza puede variar en el esfuerzo que se ponga en realizar una tarea y en la persistencia ante las dificultades. Cuanto más fuerte es el sentimiento de eficacia personal, mayor será la perseverancia a pesar de las innumerables dificultades y obstáculos que se puedan presentar (Bandura, 1997 como se citó en Román, *et al.*, 2007). En este inventario, la fuerza o fortaleza estará dado por la variación de seguro de poder hacerlo, puedo hacerlo, podría intentarlo o no puedo hacerlo.

1.6.3. Generalidad

Las personas pueden juzgarse eficaces en varias actividades o solo en algunas; las evaluaciones de los dominios de actividades, contextos situacionales y aspectos sociales manifiestan el patrón y grado de generalidad de las creencias de eficacia en las personas. La generalización varía entre los distintos tipos de actividades, las modalidades en las que se expresan las capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. La gente puede juzgarse eficaz a través de una amplia

gama de actividades y contextos o solamente en ciertos dominios (Bandura, 1997 como se citó en Román, *et al.*, 2007).

Los efectos negativos de la baja autoeficacia radican en que las personas suelen considerar las conductas más difíciles de lo que realmente son, las considera amenazadoras, se desaniman y lo que imposibilita que realice la acción aun cuando tengan las habilidades para realizarla. Sin embargo la baja autoeficacia es modificable, se puede cambiar ya que no es fija ni inmutable, la autoeficacia al igual que la autoestima, mejora con los éxitos logrados con esfuerzo (Myers, 2005).

En conclusión, para evaluar la autoeficacia percibida hacia una conducta específica se emplean autoreferencias que miden las tres dimensiones que establece la teoría de la Autoeficacia, que son; magnitud o nivel, fuerza y generalidad. La magnitud es el número de tareas que el sujeto cree poder realizar. Por ejemplo en una escala de 43 reactivos, la persona cree poder realizar 30. La fuerza se refiere que tan convencido se encuentra con respecto a su capacidad para realizar con éxito una determinada conducta, está dado por una escala de 0 a 10 o por porcentajes, en este caso, una variación de 1- 5 donde 1 es nada seguro y 5 es seguro de poder hacer la actividad. La generalidad donde las personas se juzgan eficaces en varias actividades o solo en algunas, pueden juzgarse eficaces para Actividad Física Cotidiana pero no para Actividad Física Programada.

1.7. Diferencias en la percepción de Autoeficacia con respecto al Género

Rocha y Díaz Loving (2005 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011) sugieren para cada persona se generan expectativas, los roles, comportamientos, preferencias y atributos que definen lo que significa ser hombre o mujer, en un determinado entorno cultural. Cada persona internaliza y procesa dichos significados construyendo así una identidad de género que puede en muchos sentidos apegarse a este tipo de expectativas diferenciales sobre los sexos.

Al respecto, Bandura (1997 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011) señala que mientras los niños tienden a “inflar” su sentido de competencia, las mujeres menosprecian sus capacidades, lo anterior debido a que ambos aprenden a valorar sus capacidades con base en lo que sus familiares les enseñan, y esto

generalmente se encuentra sesgado por los estereotipos de género. Así, las creencias que los padres y madres mantienen acerca de las habilidades de sus hijos e hijas influyen en las actividades que decidirán desempeñar más adelante. Por ejemplo, los padres tienden a afirmar que la escuela es más difícil para sus hijas que para sus hijos (aun cuando no difieren en sus resultados) y tienden a subestimar la habilidad de sus hijas en matemáticas.

Varios autores (p.e. Bandura, 1997; Betz Y Hackett, 1981; Bonnot y Croizet, 2007; Eccles, 1989 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011) sugieren que la tendencia de las mujeres a percibir una menor autoeficacia se debe a factores como los estereotipos de género¹², las expectativas de los padres, la validación por parte de sus pares y las creencias relacionadas con que las mujeres son menos competentes que los hombres para muchas tareas.

Además, las niñas perciben que sus madres tienen menores expectativas para ellas que para sus hijos varones en el ámbito académico. Todo esto provoca que con el tiempo las niñas también subestimen sus capacidades e incluso eviten todo lo que tenga que ver con matemáticas, lo cual aumenta la brecha de género con respecto a la autoeficacia (Bandura, 1997; Schunk & Meece, 2002). Lo que estos estudios sugieren es que la percepción diferencial de autoeficacia entre hombres y mujeres no se debe a diferencias por sexo, sino a diferencias por género, ya que como sugieren Rocha y Díaz-Loving (2005), para cada persona se generan expectativas, reglas y normas creadas a partir de los significados que culturalmente se asignan al hecho de pertenecer biológicamente a un sexo. Cabe mencionar que cada persona internaliza y procesa dichos significados construyendo así una identidad de género que puede en muchos sentidos apegarse a este tipo de expectativas diferenciales

¹² Estereotipos de género: los estereotipos son creencias sobre colectivos humanos que se crean y comparten en y entre los grupos dentro de una cultura determinada. Los estereotipos sólo llegan a ser sociales cuando son compartidos por un gran número de personas dentro de grupos o entidades sociales (comunidad, sociedad, país, etc.). se trata de definiciones simplistas usadas para designar a las personas a de convencionalismos que no toman en cuenta sus características, capacidades y sentimientos de manera analítica. También referidos como estereotipos sexuales, reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, rasgos, características o atributos que caracterizan y distinguen a las mujeres de los hombres. De esta forma, son las imágenes culturales que se asignan a los sexos, por ejemplo, que los hombres se visten de azul y las mujeres de rosa, o que estas son sentimentales y los hombres no tienen derecho a llorar. Su eliminación es un factor importante para lograr la igualdad entre sexos INMUJERES; 2007).

sobre los sexos. Cabe mencionar que cada persona internaliza y procesa dichos significados construyendo así una identidad de género que puede en muchos sentidos apearse a este tipo de expectativas diferenciales sobre los sexos. Dicha internalización de significados se traduce en que tanto hombres como mujeres tiendan a desarrollar comportamientos y características de personalidad diferentes, las cuales potencializan o no el sentido de autoeficacia en determinadas tareas. En general, a los varones se les refuerza la búsqueda de logro y la competitividad, se propician que se perciban más inteligentes, responsables, trabajadores, fuertes y audaces, en tanto, a las mujeres se les refuerza un papel menos “activo” y con baja orientación al logro, de tal suerte que son vistas a sí mismas como menos competentes y más orientadas hacia tareas de cuidado y expresión de afectos (Díaz-Loving, Rocha & Rivera, 2007; Rocha & Díaz-Loving, 2011). Es importante decir, que muchas de estas características y rasgos diferenciados han sido “naturalizados”, es decir, pensadas como diferencias que surgen desde lo biológico y que por tanto, justifican el hecho no sólo de que hombres y mujeres se desempeñen en tareas diferenciales, sino incluso el que su desempeño y la percepción que tienen sobre dicho desempeño también muestre un patrón diferente, sobre todo cuando no existe una correspondencia entre lo que se espera que hagan ambos sexos y las habilidades “innatas” que se asumen en ambos. Sin embargo, ya ha sido señalado en la literatura que la idea de asumir que existen rasgos masculinos y rasgos femeninos desde una mirada biologicista no dan cuenta de la diversidad y el potencial real que las personas tienen en la ejecución de tareas, por lo que se insiste en la idea de nombrar como “instrumentalidad” a aquellas características vinculadas a la ejecución de una tarea y “expresividad” a las características que refieren a la expresión de afectos (Díaz-Loving, *et al.*, 2007), dejando de lado la idea de que dichas características sean exclusivas de un sexo. Lo anterior es relevante, en tanto debe quedar claro que cuando se habla del constructo de identidades de género, no sólo se alude al aprendizaje y posesión de rasgos ligados a las dimensiones de instrumentalidad y expresividad, sino también al conjunto de conductas, roles, creencias, actitudes, estilos y expectativas que se revisten en mayor o menor intensidad de la caracterización de dichas dimensiones,

como una forma de ropaje (Spence, 1993). Por tanto, al hablar de identidad de género, no se alude a un solo factor, sino a varios, colocándose como un constructo multifactorial. Desafortunadamente, en la mayoría de los estudios en los que se explora el constructo de género y su relación con la autoeficacia se considera únicamente un solo factor y no todas las dimensiones involucradas.

Caprara *et al.*, 2008; Durndell, Haag y Laithwaite, 2000; Meece, *et al.*, 2006; Zeldin y Pajares, 2000 (como se citó en Rocha y Ramírez, 2011) ha señalado que los hombres se perciben más autoeficaces que las mujeres. Goethals, *et al.*, (1991 como se citó en Platas, 2013) asegura que las mujeres experimentan menor autoeficacia que los hombres.

La experiencia vicaria y la persuasión social constituyen fuentes que diferencian la percepción de autoeficacia entre hombres y mujeres, planteando que la autoeficacia percibida difiere con respecto al género, ya que se atribuyen expectativas, reglas, normas de conducta específico por el hecho de pertenecer a un sexo (Rocha y Díaz Loving, 2005 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011).

A través de un sistema de control social, se les obliga a seguir y asumir los mandatos sociales asociados a cada sexo. Con frecuencia se observa que a los niños les suele gustar más la actividad física y poseen mayor facilidad para los juegos de equipo, mientras que las niñas, generalmente se involucran menos en las actividades que conllevan mayores esfuerzos físicos como los deportes colectivos, las carreras, etc. y suelen mostrar mayor flexibilidad y facilidad para las propuestas de expresión corporal.

En conclusión la diferencia en la percepción de eficacia entre hombres y mujeres no se debe a diferencias por sexo, sino a diferencias por género, las expectativas de los padres, la validación por parte de sus pares y las creencias relacionadas con que las mujeres son menos competentes que los hombres para muchas tareas. La experiencia vicaria y la persuasión social constituyen fuentes que diferencian la percepción de autoeficacia entre hombres y mujeres, los niños tienden a “inflar” su sentido de competencia, las mujeres menosprecian sus capacidades, lo anterior debido a que ambos aprenden a valorar sus capacidades con base en lo que sus

familiares les enseñan, y esto generalmente se encuentra sesgado por los estereotipos de género, los hombres se perciben más autoeficaces que las mujeres, las mujeres experimentan menor autoeficacia que los hombres.

CAPÍTULO 2. PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA PERIODOS CRÍTICOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA.

Como ya se observó en el capítulo anterior, la percepción de autoeficacia difiere entre hombres y mujeres de acuerdo a los factores socioculturales como la identidad de género, estereotipos de género, las expectativas de los padres, la validación por parte de sus pares y las creencias relacionadas con que las mujeres son menos competentes que los hombres para muchas tareas, que se forman a través de las fuentes de información de autoeficacia como el aprendizaje vicario y la persuasión social. En la etapa de la preadolescencia, los factores socioculturales pueden influir en la percepción de autoeficacia hacia diferentes conductas que promuevan la salud.

A continuación partiremos de la conceptualización de preadolescencia y sus características generales.

2.1. Concepto de preadolescencia

A continuación se abarcan diferentes conceptos de preadolescencia con el fin de establecer criterios que identifiquen este periodo de desarrollo del ser humano.

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescens* que significa hombre joven, siendo el participio de *adolescere* que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina *dolescere* que significa doler, padecer alguna enfermedad o estar sujeto a pasiones, vicios o malas cualidades (Real Academia Española, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adolescencia” como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años (OMS, 2008). La preadolescencia es una sub etapa de la adolescencia, como el periodo comprendido entre 9 y 13 años, que marca el inicio

de la pubertad (Ludueño, *et al.*, 2005 en Urzúa, *et al.*, 2010). Además, el periodo de vida que inicia alrededor de los seis años y concluye con la adolescencia se denomina niñez intermedia o preadolescencia. Con frecuencia se le conoce como la edad escolar porque marca el comienzo de la educación formal para la mayoría de los niños (Feldman, 2008 en Castro, *et al.*, 2013).

Por lo tanto, los términos: Preadolescencia, niñez intermedia, adolescencia temprana y edad escolar indican un mismo periodo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998) considera que en esta etapa surgen cambios de diferente índole, entre ellos están los endócrinos, morfológicos y psicológicos propios de la adolescencia, por lo que se puede hablar de una etapa vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en la identidad personal (Urzúa, Avendaño, Díaz y Chechura, 2010).

Se sabe que los hábitos adquiridos en etapas tempranas repercutirán a lo largo de la vida, la niñez intermedia es el momento ideal para promover estilos de vida sanos (Llanes y Castro, 2002). Es más fácil prevenir hábitos perjudiciales para la salud que tratar de modificarlos una vez que se hayan instaurado como un estilo de vida (Bandura, 1999 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012). La adopción de estilos de vida saludables es un proceso de aprendizaje continuo, que comienza en la infancia y cambia constantemente dependiendo de las necesidades del individuo (González-Gross, *et al.*, 2008 en Castro, *et al.*, 2013). Desde esta perspectiva es necesario el diseño de intervenciones destinadas a la prevención de enfermedades, la finalidad es dotar a los niños de fortalezas y modificar sus actitudes para enfrentar los riesgos de las etapas posteriores buscando alternativas saludables y reafirmando los factores protectores (Llanes y Castro, 2002 en Yerena, *et al.*, 2012).

A manera de conclusión, para referirse a la preadolescencia también se pueden utilizar los términos de niñez intermedia y corresponde a una sub-etapa de la adolescencia (Ludueño *et al.*, 2005 en Urzúa *et al.*, 2010), también el término de adolescencia temprana (Horrorcks, 1986; Guido y Valadez, 2000, Josselyn, 1974 en Castro, *et al.*, 2013;OMS; 2008) y edad escolar porque marca el comienzo de la

educación formal para la mayoría de los niños (Feldman, 2008 en Castro, *et al.*, 2013), siendo el momento ideal para promover estilos de vida sanos (Llanes y Castro, 2002).

2.2. Dominios de Desarrollo

Los científicos del desarrollo distinguen tres dominios que serán de utilidad para explicar los cambios más importantes en la preadolescencia: *desarrollo físico*, *desarrollo cognoscitivo* y *desarrollo psicosocial*, los dominios están entrelazados (Papalia, *et al.*, 2009).

El desarrollo ¹³es influenciado por múltiples factores que incluyen tanto la maduración (la aparición de determinadas pautas biológicas de comportamiento) como la experiencia presente y pasada (la familia, la cultura, el ambiente en el que nos criamos o cualquier hecho anormal que pueda suceder en nuestra vida). Todos estos factores contribuyen a crear las diferencias individuales (Papalia, *et al.*, 2005).

Por lo que, el desarrollo es un término que abarca el crecimiento y la maduración, son las formas por las cuales las características físicas, cognitivas y psicosociales de las personas cambian a lo largo de la vida constituyendo las diferencias individuales (Papalia, *et al.*, 2005).

2.2.1. Dominio de Desarrollo Físico

El crecimiento del cuerpo y el cerebro, las capacidades sensoriales, las habilidades motoras y la salud forman parte del desarrollo físico y pueden influir en otros dominios del desarrollo (Papalia, *et al.*, 2005).

Los cambios físicos más importantes y evidentes que tienen lugar durante la preadolescencia son en las proporciones corporales (Sandtrock, 2006 en Papalia, *et al.*, 2009). El desarrollo físico se ve más agilizado en la preadolescencia que en

¹³ El crecimiento es un proceso dinámico que se mide en intervalos de tiempo y refleja el estado psicosocial, económico, nutricional y de homeostasis orgánica en el que se desarrolla el individuo (Meléndez, 2008 en Craig, 2009). Características del crecimiento son: son el aumento de la estatura, el peso. El concepto de desarrollo abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa (OMS, 2014).

los primeros años. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al inicio de este proceso (Oldstein y Tanner en Castro, *et al.*, 2013). En comparación con el acelerado ritmo en la niñez temprana, el crecimiento en la niñez intermedia se reduce de manera notable; pero hacia el final de este periodo se produce un incremento acelerado y repentino tanto en la estatura como en el peso corporal del niño (Papalia, *et al.*, 2005).

En el periodo de 12 a 14 años, si se comparan los rendimientos en el desarrollo motor de las niñas y los niños, se aprecia que no hay grandes diferencias entre ambos sexos. En esta franja etaria, los /las alumno/as pueden participar comprensivamente en la elaboración de sus logros durante el desarrollo de su motricidad. El objetivo fundamental que nos debemos plantear es lograr que niñas y niños, disfruten de su corporeidad, ampliando al máximo su espectro de capacidades, sin restricciones ni limitaciones, a fin de que se sientan capaces de hacer y resolver (Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Actividades como correr, saltar la cuerda, escalar, nadar, montar en bicicleta o patinar son algunas destrezas que llegan a dominar en esta etapa (Mietzel, 2005; Papalia, *et al.*, 2005; Santrock, 2003 en Yerena, *et al.*, 2012).

En conclusión, en el dominio de desarrollo físico, en promedio, la estatura de los niños a los 11 años es mayor que las niñas. En promedio las niñas a los 10 años tienen un crecimiento súbito, que será rebasado por el de los niños. Por lo tanto, la preadolescencia es la etapa donde los cambios físicos más importantes y evidentes que tienen lugar durante la preadolescencia son las proporciones corporales (Sandtrock, 2006 en Papalia, *et al.*, 2009), además se comienza a percibir con mayor énfasis el trasfondo cultural sexo/género en los/as niños/as (Incarbone, 2003 como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

2.2.2. Pubertad

Es en la preadolescencia donde inicia un periodo llamado pubertad, proceso mediante el cual maduran los órganos sexuales y el individuo se vuelve capaz de reproducirse. Se extiende de los 10 a los 12 años aproximadamente; marca el final

de la infancia y presenta el inicio biológico de la adolescencia (Guelar y Crispo; Jeffrey, 2008 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012). La pubertad es un proceso fisiológico que inicia con el llamado segundo brote de crecimiento y corresponde al periodo de máxima diferenciación sexual (Papalia *et al.*, 2009).

Las mujeres llegan a la pubertad antes que los hombres, la primera señal es el inicio del desarrollo de los senos, el aumento en el tamaño de las caderas y la aparición de la primera menstruación conocida como menarquia. Mientras que en los hombres la primera señal de pubertad es el engrandecimiento de testículos y del pene, el agravamiento de la voz y la aparición de la primera eyaculación o espermaquia (Feldman, 2008; Jeffer, 2008 como se citó en Papalia *et al.*, 2009). Las glándulas endocrinas son las encargadas de los cambios físicos que surgen en la niñez y en la adolescencia. Existen dos tipos de hormonas que se encuentran en grandes cantidades según el sexo, andrógenos en el caso de los hombres y estrógenos en el caso de las mujeres, sin embargo esto no quiere decir que por el hecho de predominar más en un sexo que el otro no estén presentes en ambos sexos (Santrock, 2004 en Castro *et al.*, 2013).

En la pubertad se identifican de manera relevante la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como las actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación (Guzmán, 2012).

En la pubertad puede aparecer tendencia al sobrepeso tanto en los niños como en las niñas. En el caso de los niños, la ginecomastia (volumen excesivo de las mamas en los hombres) que acompaña al sobrepeso y en las niñas la acumulación de grasa en caderas y busto (ya que comienzan la etapa puberal antes que los hombres), puede motivar que se inicien restricciones alimentarias, y en consecuencia una disminución de peso durante el periodo de crecimiento acelerado lineal asociado con la pubertad (Casanueva, Roselló-Soberón y Unikel, 2008; Muzzo, 2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), definen que los hábitos alimentarios de los/las adolescentes se caracterizan por:

- a) Una tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno y con menos frecuencia la comida del mediodía.
- b) Realizar comidas fuera de casa.
- c) Consumir botanas, en especial dulces.
- d) Comer en restaurantes de comida rápida.
- e) Practicar gran variedad de dietas.

Estos hábitos se asocian al sentido de independencia que recientemente van adquiriendo, la dificultad para aceptar los valores existentes, búsqueda de la propia identidad, deseo de aceptación y necesidad de conformarse al estilo de vida de sus compañeros y amigos (Sarría y Moreno, 2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Para poder culminar la pubertad exitosamente, se requiere que los/las adolescentes hayan adquirido una nutrición adecuada. Sin embargo, pueden presentarse alteraciones debido a la combinación de factores genéticos, neuroquímicos, psicológicos y socioculturales que pueden dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria, como lo son la anorexia nerviosa y la bulimia nervosa en un extremo y la obesidad en otro, estos trastornos están relacionados con la cantidad y calidad de los alimentos, que repercutirán en la salud del individuo ocasionando fallas en el crecimiento y el desarrollo de los púberes (Casanueva, Roselló-Soberón y Unikel, 2008 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

En conclusión, la pubertad es el proceso que se inicia en la preadolescencia y es característico de esta etapa, mediante el cual maduran los órganos sexuales y el individuo se vuelve capaz de reproducirse (Guelar y Crispo; Jeffrey, 2008 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012). Las mujeres llegan a la pubertad antes que los hombres, la primera señal es el inicio del desarrollo de los senos, aumento de tamaño de caderas y la primera menstruación o menarquia. Mientras que los hombres la primera señal de pubertad es el engrandecimiento de testículos y del pene, el agravamiento de la voz y la aparición de la primera eyaculación o espermaquia (Feldman, 2008; Jeffer, 2008 como se citó en Papalia *et al.*, 2009).

Además, el requerimiento calórico puede aumentarse debido a las demandas de actividades y del crecimiento, poniendo a los/las preadolescentes ante la adopción hábitos alimentarios que no permiten una alimentación saludable esto es, con tendencia al sobrepeso y la obesidad.

2.2.3. Dominio de Desarrollo Cognoscitivo

Constituye el cambio y la estabilidad en las habilidades mentales como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad (Papalia, *et al.*, 2009). Sus avances están cercanamente relacionados con el crecimiento físico y emocional.

En el dominio de desarrollo cognoscitivo, el pensamiento del preadolescente puede pensar en términos de “podría ser”. Crece su comprensión de las causas de la salud y de la enfermedad y en y cómo las personas mantienen su salud. El pensamiento del adolescente tiene cinco características de acuerdo con Keating (1980 como se citó en Castro, *et al.*, 2013) que son: pensar en posibilidades, pensar sobre hipótesis, pensar en el futuro, pensar sobre ideas, pensamiento innovador, mismos que podrán dar respuesta al proceso salud enfermedad con respecto al sobrepeso y la obesidad ya sea propia o de otras personas. A medida que aumenta la experiencia de los niños con las enfermedades, también crece su comprensión de las causas de la salud y la enfermedad y de la manera en que las personas pueden promover su propia salud. A medida que los niños se acercan a la adolescencia, ven que pueden existir múltiples causas para una enfermedad, que el contacto con los microbios no conduce a la enfermedad de manera automática y que hay mucho que las personas pueden hacer para mantenerse sanas (Papalia, *et al.*, 2009 como se citó en Zepeda, 2014).

2.2.4. Dominio de Desarrollo Psicosocial

La socialización es una función psicológica esencial para el ser humano. A través de ésta, las personas se consideran seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones sociales y se forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea (Pinazo, Pons y Carreras, 2002 en Castro, *et al.*, 2013). Según Shaffer (Shaffer *et al.*, 2007 en Zepeda, 2014), la socialización designa el proceso mediante

el cual los niños aprenden las creencias, los motivos, los valores y comportamientos que los miembros mayores de su sociedad juzgan importantes. El cambio y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales constituyen en conjunto el desarrollo psicosocial, y este puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y físico (Papalia, *et al.*, 2009).

Los cambios hormonales físicos y psíquicos en el preadolescente traen como consecuencia, profundas perturbaciones en el desarrollo emocional. Los cambios de ánimo se efectúan, regularmente de manera rápida y sin transiciones. La excitabilidad y la oscilación de la vida afectiva repercuten en la mayoría de las ocasiones en su rendimiento (Moraleda, 1995 en Castro, *et al.*, 2013). La conmoción emocional por la que pasa el adolescente se manifiesta a través de sentimientos, emociones y actitudes que la mayoría de las veces suelen ser contradictorias ya que desorientan al chico y desconciertan a los adultos. Está ligada estrechamente con los cambios corporales, a los que se le añaden las modificaciones que se generan en el propio ámbito familiar y social. Las inseguridades, la inestabilidad, los malestares, los miedos y la incertidumbre son propios de este periodo, así como el entusiasmo, la actitud para vencer desafíos y aventurarse en nuevas experiencias. Dicha transición incluye el cuestionamiento radical de las ideas, valores, las reglas y cualquier definición de tipo existencial que hasta ese momento haya dirigido su vida (Guelar & Crispo, 2000 en Castro, *et al.*, 2013). Ante esta exaltación de emociones, la industria de la alimentación ha asociado el comer o beber con estados anímicos de gratificación, seguridad y sentimientos positivos. Por lo que las personas comen aunque no haya apetito al surgir los estados de depresión, frustración, enojo, tensión, entre otras. Es así que, cuando se presentan emociones negativas como ansiedad, aburrimiento, depresión, frustración, enojo o tensión, las personas comen aunque no haya apetito. Todo esto ha sido resultado de las campañas publicitarias en las cuales los alimentos y bebidas se relacionan con mensajes de alegría y felicidad. Esta relación de la comida y el “bienestar” que genera cuando se consume alimento se encuentra estrechamente relacionado con la obesidad (Vizcarra, 2010).

Los adolescentes se enfrentan a la gran tarea de adquirir un sentido de autonomía. Este concepto tiene dos componentes importantes: 1 Autonomía emocional que es la capacidad para servir como la propia fuente emocional en lugar de depender en forma infantil de los padres para obtener comodidad, tranquilidad y seguridad emocional y 2. Autonomía conductual, es decir, la capacidad para tomar decisiones propias, gobernar los asuntos propios y cuidar de sí mismo (Steinberg, 1996 como se citó *Ibidem*). Se incrementan los conflictos entre padres e hijos acerca de cuestiones de autonomía, por lo general estas disputas se centran en la apariencia física del adolescente, su elección de amigos o su descuido de las tareas escolares y los quehaceres domésticos, además de los diferentes puntos de vista que tienen los padres y los adolescentes; los padres consideran los conflictos a través de convenciones sociales asumiendo la responsabilidad de supervisar y regular la conducta de su hijo, mientras que el adolescente cree que sus padres no respetan sus derechos y decisiones personales (Smetana, 1995; Yau y Smetana, 1996 como se citó Castro, *et al.*, 2013). Generalmente a la adolescencia se le atribuyen características negativas, tales como un periodo de rebelión, de crisis, de patología o desviación, sin embargo es una etapa de evaluación, de toma de decisiones, donde los compromisos y obligaciones se incrementan, y donde los jóvenes buscan un lugar en el mundo (Santrock, 2004 *Ibidem.*, 2013).

En la niñez intermedia, la familia sigue siendo el principal agente de socialización, es el ambiente en el que se adquieren creencias, actitudes, valores y conductas que la sociedad considera adecuadas (Santrock, 2004).

A través de sus compañeros el niño también aprende normas de conducta, los pares funcionan como modelos que refuerzan o castigan ciertas conductas que ellos consideran aceptables (Craig & Baucam, 2009; Feldman, 2008; Papalia *et al.*, 2009). El preadolescente se esfuerza por comportarse de manera congruente y espera lo mismo de los demás. El deseo de aprobación social por parte de los compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2004). Al final de la etapa escolar, el niño pierde el interés por las comidas en familia, prefiere tomar sus alimentos en compañía de sus amigos. Comer con los amigos, es una forma de recreación y sociabilidad en esta edad, resulta esencial

que los niños entiendan el importante papel que una dieta equilibrada desempeña en su desarrollo (Gracia, 2003).

CAPITULO 3. AUTOEFICACIA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SALUD

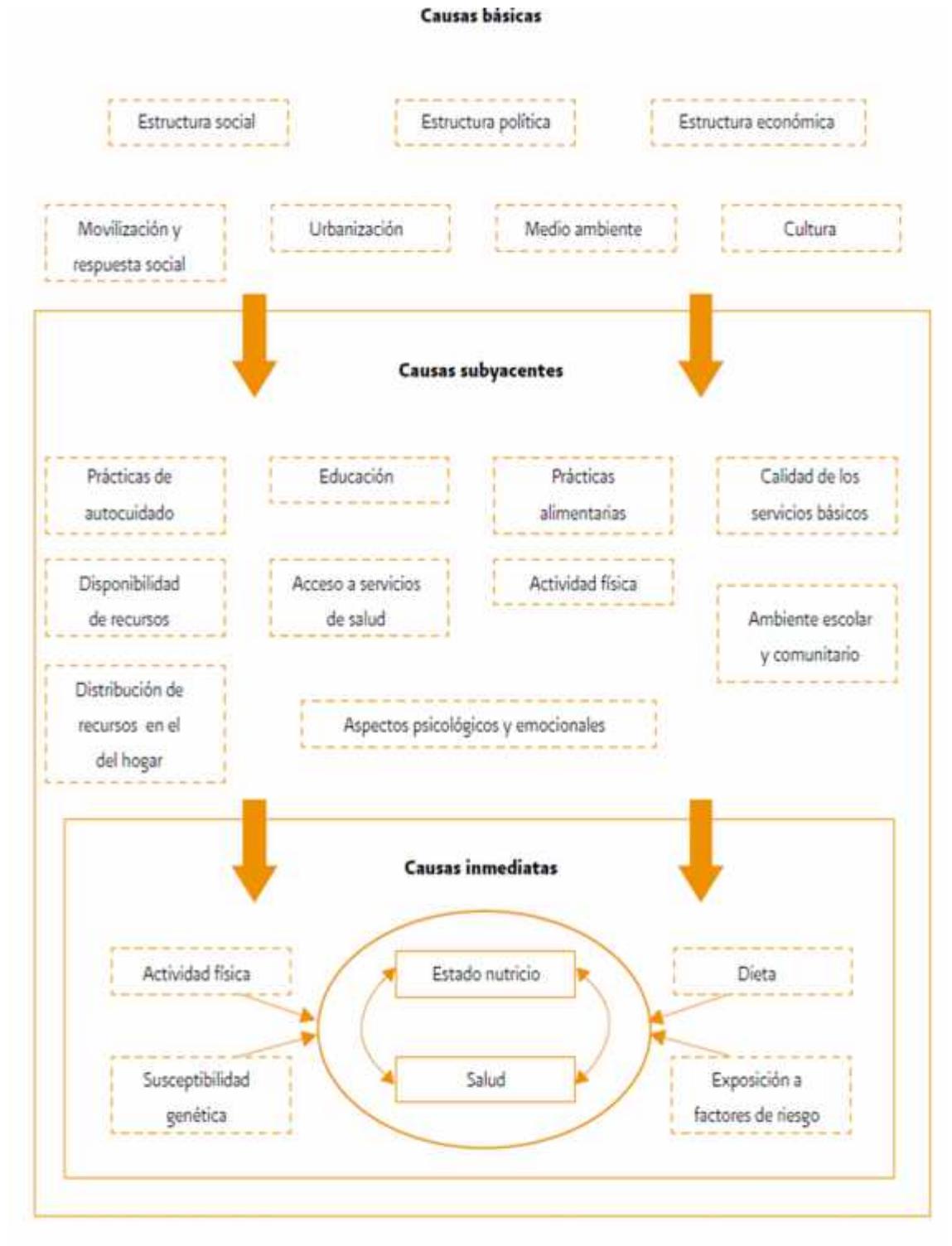
En capítulos anteriores se ha señalado que la percepción de autoeficacia difiere con respecto al Género. La experiencia vicaria y la persuasión social constituyen las fuentes que diferencian la percepción de autoeficacia entre hombres y mujeres, es decir, los roles, comportamientos, preferencias y atributos que definen lo que significa ser hombre o mujer, en un determinado entorno y que determinan expectativas, reglas, normas de conducta específicas por el hecho de pertenecer a un sexo. Estas expectativas, reglas y normas de conducta también inciden en los hábitos de alimentación y en la actividad física, que pueden incidir en el desequilibrio energético que provoca sobrepeso y obesidad. En el presente capítulo se buscó abordar estos elementos, partiendo del concepto, etiología y factores etiológicos sobrepeso y obesidad.

2.1. Estado nutricional

El estado de nutrición o estado nutricional es el resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos (vehículo de nutrimentos) y las necesidades nutrimentales de los individuos; es así mismo consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social (Norma Oficial Mexicana, 2012).

El estado nutricional y la salud se encuentran estrechamente relacionados. Sus principales causas determinantes son la actividad física, la dieta, la susceptibilidad genética y la exposición a otros factores de riesgo. Estos determinantes están afectados a su vez por causas subyacentes, como las prácticas alimentarias, la educación y la distribución de alimentos en el hogar. Finalmente, existe una serie de causas básicas como las estructuras social, política y económica, la movilización, la respuesta social, la urbanización, el medio ambiente y la cultura, con gran influencia sobre las causas subyacentes e inmediatas (Barquera et al. 2008^a como se citó en Barquera, *et al.*, 2010) (Ver Ilustración 1).

Ilustración 1. Marco Conceptual de los determinantes de las enfermedades asociadas con la nutrición



Fuente: Simón Barquera Cervera, Juan Rivera Dommarco, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Carlos Santos-Burgoa

El Control de Peso, se refiere a mantener un peso corporal adecuado a la estatura y edad (Saldaña, 1994 como se citó en Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007). Por otro lado cuando no se tiene un control de peso corporal, repercute en una clasificación de sobrepeso o delgadez.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el criterio internacional más aceptado para la definición de un “peso corporal adecuado” o “peso saludable” así como para expresar un grado de sobrepeso o delgadez, es el indicador más aceptado para evaluar un peso saludable y el riesgo de enfermedades crónicas en la mayoría de las poblaciones adultas (Ramírez, Negrete y Tijerina, 2012).

En el presente estudio se utilizarán los términos de “peso corporal saludable”, “peso adecuado” o “peso normal” para referirnos al intervalo de peso relacionado con la más baja mortalidad y morbilidad o la más alta longevidad.

3.2. Sobrepeso y Obesidad

El concepto de obesidad proviene del latín *Obessus*, el cual significa completamente nutrido o nutrido en exceso, hace referencia a una persona excesivamente gorda (Adame, 2010 como se citó en Castro *et al.*, 2010). Sin embargo se puede ser obeso sin estar nutrido, como lo asegura Saforcada (*et al.*, 2010) al confirmar que la obesidad y la desnutrición pueden coexistir; si un niño presenta sobrepeso u obesidad, puede al mismo tiempo estar desnutrido, por carecer su dieta de nutrientes importantes, sin que esta condición sea apreciada a simple vista, al quedar oculta por la apariencia de la robustez del niño, lo que se denomina “desnutrición oculta” y se define como las carencias de micronutrientes que no afectan mayormente el crecimiento del niño pero sí sus funciones biológicas de importancia para su desarrollo (O’Donell y Porto, 2007 como se citó en Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal (Norma Oficial Mexicana, 2010). Así mismo, tomando en cuenta que el grado de adiposidad es un continuo, la definición de obesidad puede resultar

arbitraria. Por lo que las definiciones operativas de sobrepeso y obesidad se han ido modificando con el tiempo hasta llegar a estándares que establecen puntos de corte o índices que se asocien con una mayor morbilidad o mortalidad (Vizcarra, 2010).

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos. En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de Salud Pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad (Norma Oficial Mexicana, 2010).

Brook (1972 como se citó en Vizcarra, 2010) señala los períodos sensibles o vulnerables en el desarrollo de la obesidad como estadios del desarrollo en los cuales las alteraciones fisiológicas incrementan su prevalencia. Éstos períodos coinciden con etapas de rápido crecimiento del tejido adiposo en las cuales factores externos, como la sobrealimentación, estimulan un mayor crecimiento, con aumento en el número de adipocitos. Se reconocen tres etapas que parecen presentar estos periodos vulnerables: 1) el periodo prenatal y posnatal temprano (primer año de vida), 2) el comprendido entre los 5 y 7 años, y 3) la adolescencia.

Por lo que la preadolescencia y adolescencia son periodos sensibles o vulnerables en el desarrollo de la obesidad, ya que se presentan diversas alteraciones fisiológicas que facilitan el crecimiento de tejido adiposo. Reconociendo que el grado de adiposidad es un continuo, es decir, que la persona no se hizo obesa de un momento a otro, la determinación de exceso de grasa no es fácil sobre todo en niños, niñas y adolescentes porque están en continuo crecimiento (Vizcarra, 2010). Siendo los adolescentes la población que están en un periodo sensible o vulnerable, por coincidir con el rápido crecimiento del tejido adiposo (Brook, 1972 como se citó en Vizcarra, 2010).

Algunos estudios han demostrado que el/la adolescente que es obeso (a) entre las edades de 10 a 13 años tiene un 80 por ciento de probabilidad de convertirse en un adulto obeso (*American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Se asocia con de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias de mama, endometrio, colon y próstata (Norma Oficial Mexicana, 2010), la osteoartritis y los cánceres de riñón (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013). Por lo tanto, la intervención más efectiva es el abordaje temprano del problema antes de que el trastorno llegue a manifestarse en grados avanzados.

3.2.1. Clasificación de la obesidad

Existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad dependiendo del criterio a estudiar. Puede calificarse la obesidad según el patrón de distribución de la grasa corporal, según el IMC, la edad de comienzo de la obesidad y la celularidad (Chinchilla, 2005 como se citó en Vizcarra, 2010).

A) Clasificación de obesidad de acuerdo con el patrón de Distribución de grasa corporal

- Obesidad de distribución homogénea o difusa: en la cual el exceso de grasa corporal no predomina en ninguna región concreta del organismo.
- Obesidad abdominal central o androide: es una acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. se considera más común en hombres, debido a la alta concentración de grasa subcutánea en el tronco y abdomen también se le conoce como obesidad de “tipo manzana”. Comúnmente se asocia con intolerancia a la glucosa¹⁴, hipertrigliceridemia¹⁵, diabetes mellitus tipo 2¹⁶,

¹⁴ Intolerancia a la glucosa o glucemia anormal en ayunas: (GAA) Glucosa alterada en ayuno (GAA): glucosa plasmática después de un ayuno de 8 horas y que resulte entre 100 y 125 mg/dl, (6.1 y 6.9 mol/l) de acuerdo a la recomendación publicada en 2003 por la ADA. Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés).

¹⁵ Hipertrigliceridemia: exceso de concentración sérica de triglicéridos.

¹⁶ Diabetes mellitus Tipo 2: enfermedad crónica que aparece cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La carga de morbilidad de la diabetes está aumentando en todo el mundo, y en particular en los países en

hipertensión¹⁷ y enfermedad arterial coronaria¹⁸ (Prieto y Martínez, 2010 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

- Obesidad gluteofemoral o ginoide: existe aumento de la grasa corporal en cadera, glúteos y muslos se le considera como típica en mujeres y también es conocida como obesidad “tipo pera”, se encuentra asociada a litiasis biliar, tromboflebitis e hiperinsulinemia (Prieto y Martínez, 2010 en Castro *et al.*, 2013).

B) Clasificación de obesidad según la edad de inicio

Los tipos de obesidad de acuerdo a la edad mencionados por Chinchilla (2005 como se citó en Castro, *et al.*, 2013) son:

De Inicio en la infancia o la adolescencia (obesidad infantojuvenil) anterior a los 18 años, supera el 20% del peso que le corresponde al individuo para su talla. La obesidad infantojuvenil se asocia a hiperplasia celular y tiene un tratamiento y evolución menos favorable en términos de regresión del sobrepeso. Mientras que en la obesidad con surgimiento durante la edad adulta predomina el mecanismo de hipertrofia celular, el cual se asocia más frecuentemente la obesidad abomino-visceral y complicaciones metabólicas (Lisher, 1994 como se citó en Vizcarra, 2010). De Inicio en la edad adulta (Obesidad del adulto) comenzando después de los 18 años de edad. Obesidad del adulto su edad se sitúa entre los 20 y 40 años.

C) Clasificación de la obesidad según la Celularidad

En función de la celularidad, Chinchilla (2005 como se citó en Castro *et al.*, 2013) clasifica a la obesidad en:

desarrollo. Las causas son complejas, pero en gran parte están relacionadas con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013).

¹⁷ Hipertensión: La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todas las partes del cuerpo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (Organización Mundial de la Salud, 2013).

¹⁸ Enfermedad arterial coronaria: es el tipo más común de enfermedad cardíaca. La EAC ocurre cuando las arterias que suministran la sangre al músculo cardíaco se endurecen y se estrechan. Esto se debe a la acumulación de colesterol y otros materiales llamados placa en la capa interna de las paredes de la arteria.

1. Hipertrófica. hay un incremento en el tamaño de los adipocitos, sin que se produzca un aumento de la cantidad, comúnmente se asocia a un mejor pronóstico.
2. Hiperplasia: existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipocitos y es más frecuente en épocas de crecimiento, se asocia con un peor pronóstico y con más complicaciones. La obesidad hiperplasia también es considerada precursora de la obesidad infantil y adolescente (Prieto y Martínez, 2010 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Los niños y adolescentes obesos alcanzan en la vida adulta un mayor número de éstos adipocitos, con un mayor tamaño de éstos y con una capacidad para almacenar energía superior a lo observado en individuos que no fueron obesos durante estas etapas de la vida (Goran, Figueroa & McGloin, 1995 como se citó en Vizcarra, 2010).

D) Clasificación de obesidad de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) y Medidas antropométricas

La existencia de obesidad se establece de manera indirecta ya que no siempre se dispone de métodos directos para valorar la masa de grasa. Por ello las definiciones operativas de obesidad toman en cuenta información como el peso, la estatura, las circunferencias corporales y el grosor de pliegues cutáneos, correlacionándolos con los riesgos para la salud que han sido asociados al exceso de masa corporal. La medición de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición total del cuerpo humano es definida como antropometría (Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD], 2002 como se citó en Vizcarra, 2010).

Índice de masa corporal (IMC). Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Fue ideado por el estadístico belga Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. La relación está representada por la siguiente ecuación: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y Obesidad (2010), establece el sobrepeso en menores de 19 años cuando el IMC se encuentra desde el percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y

sexo de la OMS y en mayores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS. Sin embargo estas valoraciones deberán tomarse con precaución y se recomienda el uso de otro tipo de criterios o pruebas de laboratorio para determinar obesidad y sobrepeso en niños y adolescentes. El peso en sí no es el factor más importante, sino el tejido adiposo, es decir, el porcentaje de grasa acumulado en el cuerpo. Por este motivo, se discute la importancia del IMC como indicador de peso adecuado, ya que el porcentaje de grasa, el índice de cintura/cadera (ICC) y el contorno de la cintura adquieren cada vez más relevancia (OMS, 2013).

En Estados Unidos, un comité de expertos recomendó el uso del IMC para determinar obesidad con un punto de corte ubicado en el percentil 95, utilizando el mismo criterio sugerido por la OMS, pero consideró que los niños con valores de IMC entre el percentil 85 y 95 sólo tienen la posibilidad de tener sobrepeso para edades desde los 2 hasta los 19 años, creando una nueva denominación para esta opción, considerándolos *en riesgo de sobrepeso*, clasificación que hace referencia a la designación de un niño quien está en riesgo de convertirse en obeso en el futuro pero que todavía no lo es (Ogden, Yanovski, *et al.*, 2007 como se citó en Vizcarra, 2010).

En conclusión, sobrepeso y obesidad son un Problema de Salud Pública, por su alta prevalencia e incidencia, constituye el 30 a 40% de los adolescentes, son la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal, tiene las características de ser crónica, degenerativa y en su etiología es multifactorial, se asocia con alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias de mama, endometrio, colon y próstata, la osteoartritis y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón. La obesidad comúnmente empieza en la infancia y en la adolescencia, porque coinciden con etapas de rápido crecimiento de tejido adiposo constituyéndose periodos sensibles o vulnerables en el desarrollo de la obesidad. La determinación de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes no es

fácil ya que están en continuo crecimiento. El Índice de Masa Corporal es el criterio internacional aceptable para identificar sobrepeso, obesidad y peso normal, se establece sobrepeso en menores de 19 años, con un Índice de Masa Corporal (IMC) desde el percentil 85 y por debajo de 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS y la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS. La Obesidad abdominal central o androide: es una acumulación excesiva de grasa en la región abdominal, se considera más común en hombres, Obesidad gluteofemoral o ginoide: existe aumento de la grasa corporal en cadera, glúteos y muslos se le considera como típica en mujeres. De acuerdo a la celularidad, en niños, niñas y adolescentes se asocia con Hiperplasia, existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipocitos y es más frecuente en épocas de crecimiento, se asocia con un peor pronóstico y con más complicaciones. La intervención más efectiva es el abordaje temprano del problema antes de que el trastorno llegue a manifestarse en grados avanzados.

3.2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes

La prevalencia de una enfermedad es el número de casos de la misma en una población en un momento dado. En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como prevalencia (p) (Moreno, *et al.*, 2000). En nuestro país se han realizado diversas encuestas nacionales con la finalidad de conocer cuál es la situación nutricional de la población, evaluando la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes. En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez, Rivera, Shamah Villalpando Franco, Cuevas, Romero y Hernández, 2012) se asegura que hay mejoras con respecto al combate del sobrepeso y la obesidad, al mostrar un punto de inflexión que implica, el momento en que desacelera el crecimiento de sobrepeso y obesidad, comienza a descender. Sin embargo México se mantiene en los primeros lugares en sobrepeso y obesidad tanto infantil como adulta. Se concluyó que en la población en edad escolar, de 5 a 11 años, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad basada en los criterios de la OMS fue de 34.4%. En niños 36.9% (19.8% sobrepeso y 14.6%

obesidad). Para las mujeres esta cifra es de 32% (20.2% y 11.8% respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5,664, 870 niños (as) con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional, es decir, hay más niñas con sobrepeso pero más niños con obesidad (ENSANUT, 2012) (Ver Tabla 3). Los datos indican que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en las mujeres es elevada a partir de la adolescencia y aumenta con la edad (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009)

TABLA 3 PREVALENCIA DE SOBREPESO/OBESIDAD EN HOMBRES Y MUJERES ESCOLARES

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (5 A 11 AÑOS)	PREVALENCIA COMBINADA (SOBREPESO Y OBESIDAD)	SOBREPESO	OBESIDAD
NIÑAS	32%	20.2%	11.8%
NIÑOS	36.9%	19.5%	17.4%
COMBINADA (AMBOS SEXOS)	34.4%	19.8%	14.6%

FUENTE: GUTIÉRREZ JP, RIVERA-DOMMARCO J, SHAMAH-LEVY T, VILLALPANDO-HERNÁNDEZ S, FRANCO A, CUEVAS-NASU L, ROMERO-MARTÍNEZ M, HERNÁNDEZ-ÁVILA M (2012). ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. RESULTADOS NACIONALES. CUERNAVACA, MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MÉXICO.

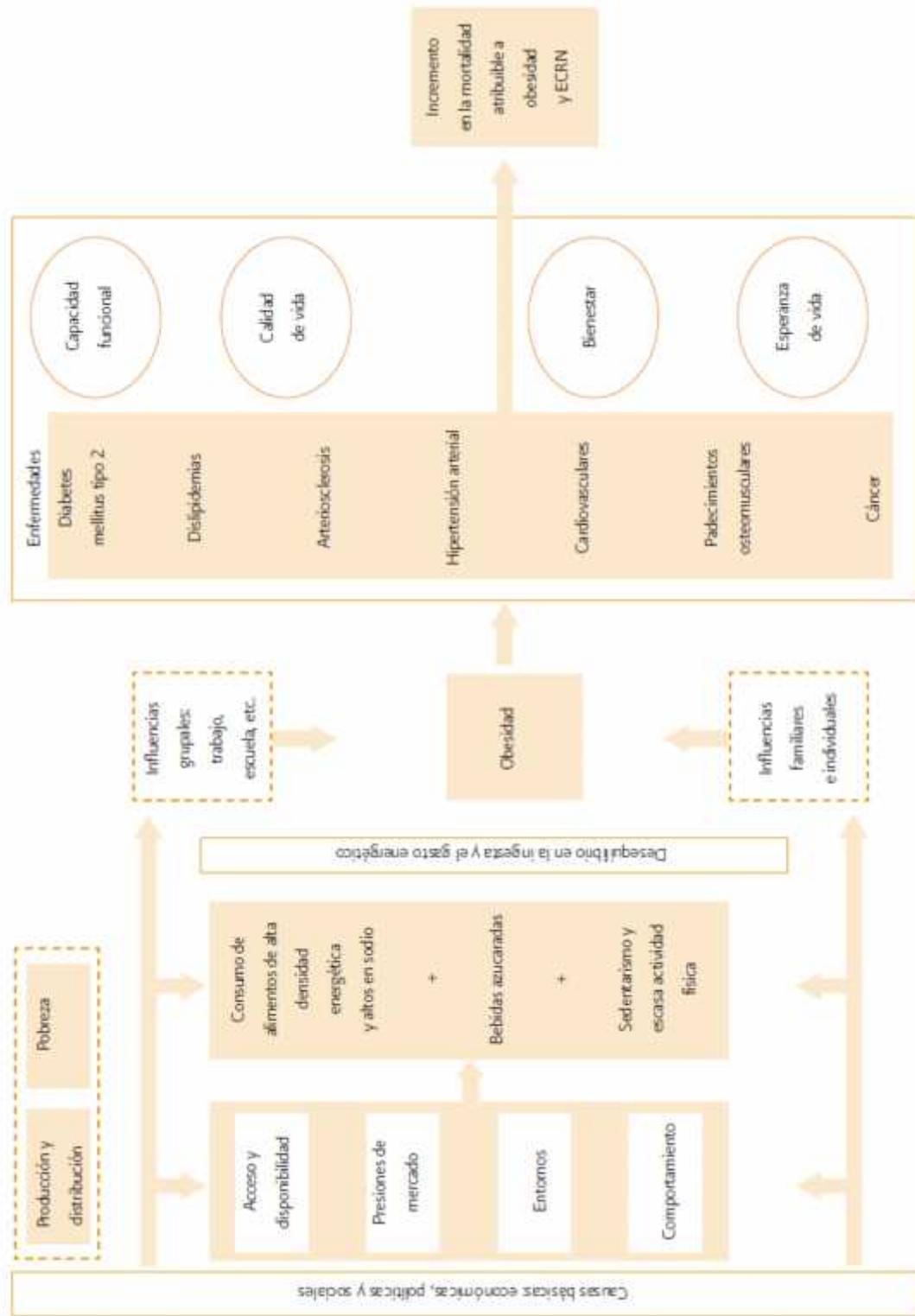
En Estado de México, los resultados de las mediciones de peso y talla mostraron que 36% de los escolares presentó exceso de peso, cifra “inaceptablemente alta”, dadas las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso. En el caso de los adolescentes, casi 32 de cada 100 tuvieron exceso de peso, es decir, sobrepeso más obesidad, cifra menor a la encontrada hace seis años. A pesar de que no hubo aumento en las prevalencias, éstas se mantuvieron elevadas, por lo que es importante desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud que incluyan también a este grupo poblacional (Gutiérrez, *et al.*, 2012).

3.2.3. Etiología de la Obesidad

En la etiología de la obesidad se encuentran implicados factores genéticos, metabólicos y ambientales (Colmer, *et al.*, 2005; Achor, Benítez, Brac y Barslund, 2007 como se citó en Zepeda, 2014) siendo los ambientales los que se encuentra una mayor relación (Durá y Sánchez-Valverde, 2005; Rubio, 2005 como se citó en Zepeda, 2014).

La obesidad tiene un origen multicausal, producto de los estilos de vida y del entorno, pero con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. En este fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (OMS, 2000 como se citó en Barquera Rivera Dommarco, Campos, Hernández, Santos-Burgoa, Durán, Rodríguez y Hernández Ávila (2010). Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Primera edición, febrero 2010). Asimismo, se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad y la diabetes en población mexicana, comparada con otras poblaciones. Sin embargo, los factores genéticos no explican los aumentos inusitados de la prevalencia de obesidad en la población mexicana en un periodo tan corto (Ver Ilustración 2).

Ilustración 2. Red de causalidad de la obesidad y enfermedades crónicas asociadas



Fuente: Simón Barquera Cervera, Juan Rivera Dommarco, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Carlos Santos-Burgoa Zarnecki, Elba Durán Vidaurri, Lucero Rodríguez Cabrera y Mauricio Hernández Ávila (2010). Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Primera edición, febrero 2010 D.R. © Secretaría de Salud.

La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales e intersectoriales para potenciar los factores de protección a la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios saludables. Para ello es indispensable que los actores involucrados actúen con responsabilidad compartida. Algunos autores (Durá y Sánchez-Valverde, 2005; Rubio, 2005 como se citó en Zepeda, 2014) consideran que la rapidez con la que se está produciendo el incremento en su prevalencia parece estar relacionada, principalmente, con factores ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables, junto a una disminución de la actividad física en niños y adolescentes condicionada, en mayor medida, por la televisión.

3.3. Factores Culturales

El estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende que son los hábitos alimentarios de una sociedad en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos (Saforcada, *et al.*, 2012).

En México la cultura alimentaria tiene un amplio mosaico de expresiones regionales y locales, sin embargo en la actualidad muestra tendencia a la homogeneización debido a la estigmatización que se ha hecho de la comida mexicana y la promoción de la comida industrial constituida como símbolo de abundancia (Fausto, *et al.*, 2006 como se citó en Vizcarra, 2010). La sociedad mexicana es una mezcla de culturas, por lo que todavía se conservan ciertas creencias de antaño en donde la obesidad en mujeres era símbolo de fertilidad, adelgazar era vista como enfermedad y la abundancia estaba asociada a un mejor nivel socioeconómico. En nuestra cultura se cree que un bebé o niño gordo es reflejo de su buena salud, asimismo se piensa que la obesidad en las madres se relaciona con su maternidad. La condición de

pobreza en la que vive la mayoría de la población en el país tiene implicaciones en la población en lo que se refiere a la alimentación (la comida no se debe desperdiciar o el alimentarse sólo para llenarse) sin tener conocimientos nutricionales suficientes para crear una dieta variada y balanceada. Es así como la desinformación juega un papel importante, por que conduce a una mala alimentación basada en la sensación de saciedad, la cual es mayor en los productos con un alto contenido de grasa y azúcar que con frutas y verduras, situación aunada a la inaccesibilidad de productos más nutritivos porque sus costos son más elevados (Peña & Bacallao, 2000 como se citó en Vizcarra, 2010).

Por otra parte, la entrada de la cultura occidental y los actuales estándares de belleza hacen de la obesidad una condición estigmatizante. En general predomina una percepción negativa de la gordura en la población especialmente en los adolescentes, la cual puede relacionarse con consecuencia psicológicas negativas de quienes la padecen dependiendo del tiempo de duración de esta enfermedad. Dicha percepción se fundamenta en una serie de creencias y prejuicios basados en el culto hacia la delgadez, además de que las razones médicas de algún modo han venido a confirmar las motivaciones estéticas y, por ende del rechazo a la obesidad (Vizcarra, 2010).

Un fenómeno cultural observado en muchas sociedades contemporáneas es, la estigmatización de la obesidad y la sobrevaloración de la delgadez, lo cual explica la paradoja de que una gran cantidad de personas se sienten gordas al mismo tiempo que se sueñan delgadas. Se ha documentado que los valores negativos hacia la obesidad tienen mayor impacto en las mujeres que en los hombres y que las mujeres aceptan más las normas impuestas por el culto a la delgadez. Para los hombres la corpulencia puede representar un signo de virilidad y dominación, mientras la insatisfacción con la imagen corporal es más evidente en las mujeres (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009). En niños y niñas se ha observado que el rechazo a la obesidad por parte de sus pares, maestros, y aun de los padres, afectan sus relaciones interpersonales y su desempeño escolar; en la adolescencia el peso de los estigmas hacia la gordura recae sobre todo en las mujeres, a quienes se les considera

descuidadas, sucias e incapaces de conseguir novio o de realizar ciertas actividades físicas. La inconformidad de las mujeres con su imagen corporal supone un proceso que en general se inicia en la adolescencia e implica un mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos que las afectan de manera desproporcionada como la bulimia, la anorexia y la depresión (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

Estos hallazgos confirman el mayor impacto de los estereotipos sobre la imagen corporal en el bienestar de las mujeres. Distintos trabajos del campo de la psicología afirman que los efectos sociales adversos del sobrepeso y la obesidad son más comunes en las mujeres y que las presiones para que adelgacen y se ajusten a los estereotipos en torno a la imagen corporal afectan su salud mental (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009). Se ha observado que entre las mujeres obesas las motivaciones para buscar tratamiento obedecen, más que a trastornos físicos y a enfermedades provocados por la obesidad, a problemas de problemas de autoestima y a síntomas depresivos asociados al malestar que les provoca su imagen corporal (González de León, *et al.*, 2009).

Evitar ganar peso se ha convertido en la actualidad en una obsesión para las mujeres, creada y constantemente reforzada por la prensa, la televisión y las revistas femeninas que promueven imágenes corporales y modelos de belleza inalcanzables para la mayoría, así como una gran variedad de productos bajos en calorías, dietas que prometen resultados milagrosos, regímenes de ejercicio para mantenerse en forma y estar a la moda, y todo tipo de consejos para vencer el *descontrol* que las orilla a comer en exceso y las aleja del ideal estético aceptado (González de León, *et al.*, 2009). Tener sobrepeso u obesidad implica, sobre todo para las mujeres, ser objeto de estigmas culturales apoyados por los discursos de la medicina y la nutrición, que han contribuido a legitimar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez ya imponer un modelo orientado a instaurar normas y *conductas saludables* para estandarizar los comportamientos sociales frente a la alimentación. Este nuevo discurso sobre la alimentación ignora la fuerte influencia del entorno socioeconómico y cultural en el aumento de la obesidad y culpabiliza a

las personas por no ser capaces de controlar su apetito y sus tentaciones frente a la comida. Este discurso, lejos de contribuir a las posibles soluciones del problema genera en las personas situaciones de gran conflicto que son más frecuentes y evidentes entre las mujeres. Esta situación aparentemente contradictoria entre el discurso y la realidad es una de las características centrales de la epidemia de obesidad. Vivimos en una sociedad que al mismo tiempo que tiene las cifras de sobrepeso y obesidad más altas de su historia fomenta el culto al cuerpo, a la belleza y a la delgadez como medios para alcanzar la salud y el éxito social. El peso de esta fuerte contradicción afecta de manera particular a las mujeres, lo cual parece estar todavía ausente en las políticas y los programas de las instituciones de salud. En México los programas gubernamentales para prevenir el sobrepeso y la obesidad se apoyan en el modelo de la promoción de *estilos de vida saludable*, según el cual es *la persona* quien adopta conductas de riesgo y es, por lo tanto, responsable de sus consecuencias, incluida la muerte. Son: las personas - independientemente de que puedan o no satisfacer sus necesidades vitales básicas- quienes de manera individual se *resisten* a cambiar sus hábitos de alimentación, deciden llevar una vida sedentaria e ingerir calorías en cantidades superiores a sus necesidades. Las limitaciones de este modelo para prevenir el sobrepeso y la obesidad son evidentes frente a los datos que exhiben las encuestas sobre salud y nutrición (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009). Sin embargo, muy pocas veces se reflexiona sobre los determinantes socioeconómicos y culturales que generan los ambientes obesogénicos, así como sobre la responsabilidad y el alcance de las políticas públicas, incluyendo las del sector salud, en el acelerado aumento de la epidemia de obesidad y en sus repercusiones sobre la salud de la población mexicana. En tal sentido, es necesario analizar también el alcance de las políticas en los campos de la educación, la regulación de la publicidad, y la producción y distribución de alimentos, entre otras.

Finalmente, las políticas públicas orientadas a promover la equidad de género en el país tienen que trascender el ámbito del discurso e incorporarse de manera consistente y articulada a los programas y los servicios de salud⁶⁹. Estas políticas

tienen necesariamente que ser parte de las estrategias dirigidas Estas políticas tienen necesariamente que ser parte de las estrategias dirigidas a la contención de la epidemia de obesidad (González de León, *et al*, 2009).

Por lo tanto el proceso de aculturación ha traído a nuestro país el mercado del adelgazamiento y la estigmatización de las personas obesas a través de los medios masivos de comunicación, pero a su vez ha venido acompañado del mercado de la comida chatarra, el cual ha impactado a un país con grandes desigualdades sociales, mismas que, aunadas con la desinformación y las desventajas en la atención y calidad en salud, han provocado el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad en México (Vizcarra, 2010). Comida chatarra, son los alimentos hipercalóricos, poco nutritivos, con alto contenido de grasas (principalmente grasas saturadas) y azúcares, tales como las hamburguesas envasadas, salchichas, panificados y gaseosas, y en contraparte se verifica un consumo deficitario de alimentos nutritivos como frutas, verduras, legumbres y cereales. El consumo de agua y eche, sobre todo por parte de los niños, está siendo desplazado por el consumo de gaseosas (Saforcada, *et al.*, 2012).

Las cadenas de restaurantes *fast food* o de comida rápida, que sirven alimentos abundantes en grasas saturadas, colesterol, sodio y azúcar (hamburguesas, papas fritas, bollería, cremas), con presencia en la mayoría de países del mundo, han tenido, también, una gran influencia en el cambio de la cultura alimentaria (Saforcada, *et al.*, 2012). Estrategias de marketing los alimentos que ofrecen han pasado a ser culturalmente aceptados como alimentos de niños estando hoy ya prácticamente naturalizada esta representación en muchos sectores de la sociedad (Saforcada, *et al.*, 2012).

En las ciudades modernas, la tecnificación ha llegado a la proliferación del transporte automotor, el aumento de la disponibilidad de ascensores y a una presencia cada vez más frecuente, en los hogares con mayor poder adquisitivo, de todo tipo de artefactos que alivian los trabajos manuales. Asimismo, las tecnologías de la comunicación (teléfono, televisión y más recientemente, las computadoras e internet) han experimentado un crecimiento muy acelerado.

Todas estas tecnologías han tornado la vida mucho más sedentario, al ahorrar viajes y movimientos, y a favorecer la cantidad de tiempo dedicado al ocio pasivo, lo cual redundaría en una reducción del gasto calórico diario (Saforcada, *et al.*, 2012).

Para la población infantil existen varios factores atribuibles al sobrepeso y obesidad, los ambientes obesogénicos en las escuelas, el uso de las nuevas tecnologías, la creciente influencia de los hábitos televisivos sobre la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y las conductas sedentarias entre otros factores. (González, *et al.*, 2007 como se citó en Alvarado, 2012).

3.4. Género, roles de género y estereotipos

Las categorías sexo y género no son equivalentes y al hablar de género no sólo se alude a las mujeres. A diferencia del sexo, que es una categoría biológica y demográfica, el género se refiere a las formas en que las sociedades visualizan lo femenino y lo masculino y a los mecanismos que favorece que las diferencias biológicas entre sexos se conviertan en desigualdades sociales (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

El sexo hace referencia a los aspectos físico, biológicos, anatómicos que distinguen a una hembra de un macho, en tanto el género se remite a las características que social y culturalmente se atribuyen a hombres y mujeres, a partir de sus características biológicas. Éste último involucra factores tales como la tradición, las costumbres y valores que una comunidad posee y trasmite, es decir, la estructura cultural e ideológica de una sociedad que determina y da contenido a o que se considera como ser “masculino” y lo que se considera ser “femenino” (Rocha, 2004).

El enfoque de género ofrece la posibilidad de analizar los problemas de salud de las mujeres y los hombres bajo una perspectiva que va más allá de las explicaciones centradas en las diferencias biológicas. El género, sin embargo, no es una categoría que por sí misma dé cuenta de las diferencias por sexo que exhiben los perfiles de morbilidad y mortalidad, o de las diferencias en los comportamientos que asumen hombres y mujeres frente a los riesgos para su salud. La desigualdad de género es una dimensión específica de la desigualdad social y la capacidad explicativa de la categoría de género radica en su articulación con variables socioeconómicas y

culturales; así, las desigualdades de género adquieren expresiones diferentes cuando se vinculan con variables como la clase social, la etnia, la edad o el lugar de residencia (Género y Salud en cifras, 2012).

3.4.1. Aprendizaje de Rol de Género en la familia y escuela

La teoría del aprendizaje social, desarrollada por Bandura y Walter (1963), Lynn (1965) y Mischel (1996 como se citó en Rocha, 2009) señala que los individuos aprenden a ser masculinos o femeninos a través de la comunicación y la observación, entre otras cosas, los niños observan a los que interactúan con ellos y los imitan, observan a sus padres a sus amigos, la televisión y otros que están alrededor de ellos. Además, no es el sexo biológico la base de la diferenciación entre hombres y mujeres, sino el proceso de aprendizaje que se da entre los individuos, por lo tanto es el proceso de interacción entre adultos y niños. Por lo tanto es el proceso de interacción entre los adultos y los niños el que permite que éstos últimos adquieran y desarrollen los comportamientos y características que son asociados a la masculinidad y a la feminidad, y conforme crecen, continúan imitando aquellas conductas que dan pauta a una comunicación e intercambio efectivo con los otros. El proceso de reforzamiento continuará a lo largo de la vida a través de mensajes dirigen los padres y las madres hacia sus hijos e hijas, en función exclusivamente del sexo de éstos, resulta uno de los factores explicativos más importantes alrededor de cómo se adquieren y mantienen las conductas acordes a la identidad de género Bussey y Bandura (1992 Rocha, 2009).

Los padres juegan un papel muy importante, ya que de acuerdo con algunos autores (Beckwith, 1972; Cherry & Lewis, 1978 como se citó en Rocha, 2009, generando un trato diferencial hacia estos, al tomar como punto de referencia la anatomía de mujeres y de hombres, con sus funciones reproductivas evidentemente distintas (que comienzan en la preadolescencia con la pubertad), cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a mujeres y a hombres. Esta construcción simbólica que en las ciencias sociales se denomina género, reglamenta y condiciona la conducta objetiva y subjetiva de las personas. O sea, mediante el proceso de constitución del

género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que se supone es "propio" de cada sexo.

Entre los aspectos psicosociales que determinan los hábitos alimenticios de los niños debemos considerar, en primer lugar y como más importante, a la familia.

El modelo alimentario de los niños se construye en el ambiente familiar desde el momento mismo del nacimiento y aún antes (distintos estudios muestran que la alimentación de la madre durante el embarazo influye en las posteriores preferencias alimentarias del niño) (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

La familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y en el moldeamiento de la personalidad, su nivel de funcionamiento en un momento determinado puede afectar positiva o negativamente en la salud de los miembros que la componen. Se ha demostrado la importancia de las influencias paternas en la formación de hábitos saludables como también en el desarrollo de obesidad de los hijos. La madre, como primera cuidadora, proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia (Días-Encinas & Enríquez-Sandoval, 2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Los hábitos de alimentación y nivel de actividad física de los padres con sobrepeso y obesidad influyen en el riesgo de obesidad de sus hijos dado que los miembros de una misma familia, en el ámbito del hogar, comparten factores de riesgo como las preferencias por ciertos alimentos, la mayor ingesta de grasa e inactividad física. De este modo, se ha demostrado la existencia de "familias obesogénicas" que pueden identificarse con base en los patrones de ingesta y actividad física de los padres que promueven el desarrollo de sobrepeso y obesidad en los niños (Flores, Carrión & Barquera, 1999 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Los padres establecen los lineamientos generales de conducta, mientras que los niños tienen el control sobre su comportamiento cotidiano. Por ejemplo, quizá los padres insistan para que sus hijos compren almuerzos nutritivos y balanceados todos los días en la escuela, pero la decisión final de comprar o no comida chatarra es únicamente de los niños (Feldman, 2008 como se citó en Santrock, 2006).

La selección de alimentos por las amas de casa tiene más que ver con los gustos y los hábitos de alimentación de sus familias que con el valor nutricional de la comida, en tanto la alimentación no es solamente una necesidad biológica sino un fenómeno social marcadamente influido por factores culturales y psicológicos. La publicidad refuerza el papel tradicional de las mujeres en la familia a través de mensajes que promueven una gran variedad de productos procesados -alimentos infantiles, cereales y lácteos, entre otros- cuyo consumo es una muestra de su eficiencia como amas de casa, madres y esposas. Este contacto permanente con la comida y su papel en la familia atrapa a muchas mujeres en un círculo de contradicciones, ya que al mismo tiempo que tienen que preparar comidas apetitosas tienen también que cuidarse de no engordar. La calidad y el equilibrio de la dieta que son elementos de gran importancia para evitar el sobrepeso y la obesidad difieren en función de las condiciones socioeconómicas de las mujeres. Quienes pertenecen a los sectores sociales altos cuentan con los recursos necesarios para consumir alimentos frescos y saludables, que son los de mayor precio en el mercado, y tienden a tener dietas más equilibradas con un mayor consumo de frutas y verduras, y con pocas grasas y azúcares (McLaren L. y Sobal J, Stunkard AJ. como se citó en González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

En México es muy común la percepción de que la práctica clínica en el campo de la nutrición se dirige al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, un recurso cuyos costos suelen ser elevados y que es por lo tanto accesible sólo a las mujeres de los sectores medios y altos. En México se ha observado desde la década de 1970 un aumento en la disponibilidad de alimentos y una disminución de los precios de los productos procesados, lo cual se ha traducido en un consumo excesivo y desequilibrado de alimentos baratos y de alta densidad energética, como lácteos y

embutidos, frutas en almíbar, pastas, galletas, pasteles y frituras. En cambio, los alimentos frescos -frutas, verduras, carnes magras, pescados- son los alimentos que más se han encarecido. Esta situación y la fuerte influencia de la mercadotecnia explican en parte por qué la población con menos recursos es la que presenta mayores niveles de sobrepeso y obesidad, desvalorización social de las mujeres, con la percepción que tienen de sí mismas y con el rol genérico femenino de *dar y cuidar a los otros*, por lo que es común que al interior de muchas familias los mejores alimentos se reserven para los hombres y los hijos (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

A través de sus compañeros, el niño aprende normas de conducta, los pares funcionan como modelos que refuerzan o castigan ciertas conductas que ellos consideran aceptables (Craig, 2009; Feldman, 2008 como se citó en Papalia, *et al.*, 2009). El preadolescente se esfuerza por comportarse de manera congruente y espera lo mismo de los demás. El deseo de aprobación social por parte de los compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013). Los niños, y más aún los adolescentes, están fuertemente influidos por las opiniones y comportamientos de sus compañeros y amigos, quienes se constituyen en puntos de referencia para la formación de preferencias, actitudes y valores (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010). El grupo de pares tiene una fuerte influencia sobre la elección y oportunidad de consumo de ciertos alimentos, por ejemplo, el tipo de merienda (refrigerio escolar) que se lleva a la escuela, el tipo de alimentos que se compra en el quisco escolar (establecimiento de consumo escolar), el deseo de concurrir a locales de comida rápida o la práctica de festejar cumpleaños infantiles en este tipo de locales (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

Tanto en niños como en adultos, la obesidad provoca que los individuos realicen menos actividades físicas, repercutiendo directamente en su salud. Esta falta de actividad es provocada por la negativa a participar en ejercicios con otros de sus compañeros y amigos que puedan ridiculizarlos por su figura. Aunado a ello, el tamaño de su figura los afecta directamente en su ejecución motora, dejándolos en desventaja en actividades con sus pares.

Se suele pensar que en la escuela, las personas son tratadas de la misma manera, pero existen diferentes formas de discriminación, algunas de las cuales son muy sutiles, casi imperceptibles que se inscriben en la cotidianeidad escolar: acontecimientos, gestos, miradas, palabras y silencios que ponen en peligro una educación basada en la igualdad. El sexismo, es una de las formas de discriminación. Al decir de Marta Mola (como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012) es el “mecanismo por el que se concede privilegio a un sexo en detrimento el otro”, no es consciente ni explicito, pero lo reproducimos a diario en nuestras relaciones y prácticas cotidianas. No hay nada escrito dentro de los programas que explicita el entrenamiento para incorporar los modelos hegemónicos de género, sin embargo ocurren efectivamente. Aparece mediante mecanismos sutiles, casi invisibles, a través de aspectos de la vida escolar que no están explicitados en el programa pero que están presente en cualquier tipo de intervención educativa, integran lo que se denomina “currículo implícito u oculto”. Este currículo acaba siendo más efectivo en la adquisición de conocimientos, comportamientos, actitudes y valores sexistas. La única forma de evitar o disminuir la trasmisión inconsciente de estereotipos, es asumir una actitud de cuestionamiento constante en la práctica docente, preocupándonos por hacer un análisis de la realidad en la que estamos insertas /os, así como de nuestras decisiones, acciones y discursos con el fin de poder hacer visible lo que ha estado latente y oculto en lo cotidiano (Instituto Nacional de Mujeres, 2012).

Algunos estudios relacionados con las preferencias han demostrado que los niños entre diez y once años prefieren la amistad de los niños discapacitados a la de los niños con sobrepeso, siendo éstos los últimos en ser seleccionados como “amigos”. Los niños entre seis y diez años asocian a la obesidad con diversas características negativas, como la pereza y el desaliño o descuido. Niños de seis años atribuyen características indeseables a siluetas de figuras endomorfas (gruesas), y adjetivos positivos a las más delgadas. En un estudio realizado en Londres, se incluyeron 180 niños de ambos géneros entre los cuatro y once años de edad, los cuales mostraron fuertes actitudes negativas contra las figuras con obesidad, que fue más marcado entre los niños mayores y con estrato socioeconómico alto. Los estudiantes de

bachillerato en los Estados Unidos, han informado que prefieren como pareja a una cocainómana o ciega, que a una obesa. Curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios (Guzmán, Del Castillo y García, 2010).

En dos investigaciones realizadas en nuestro país, en escolares mexicanos, pre púberes, púberes y adolescentes se encontró que los escolares de más corta edad ya adoptan una actitud “lipofóbica” (que han asimilado de su entorno social) y que comparten con las jóvenes más grandes no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal (García, 2001; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001; Kirkpatrick & Sanders, 1978; Maddox & Liederman, 1969; Richardson, 1961; Stafferi, 1967; Wardle, Volz & Golding, 1995 como se citó en Guzmán, Del Castillo y García, 2010). Por otro lado, los niños con sobrepeso tienden a tener amigos de menor edad, porque éstos son menos discriminantes y, por lo mismo, tienen menos prejuicios hacia la obesidad en comparación con los niños de su misma edad. Además los niños pequeños se encuentran más deseosos por jugar con los niños obesos, pero no por su físico, sino porque generalmente son mayores que ellos (*Mayo Foundation for Medical Education and Research, MFMER, 2001* como se citó en Guzmán, Del castillo y García, 2010). De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y sus estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez).

Por otro lado, específicamente los niños y adolescentes obesos sufren cotidianamente un importante desgaste psicológico. El problema psicológico está siempre presente, ya sea primario o secundario. En este sentido algunos de los más frecuentes problemas emocionales y conductuales de los niños y adolescentes obesos son: dificultades psicosociales por problemas de aislamiento y problemas de relación y rechazo por parte de sus iguales, sufrimiento psicológico por la discriminación de los amigos, la familia y la sociedad, entre otros. Consecuencias emocionales de la obesidad. En el plano emocional, las consecuencias no son menos severas. De acuerdo con autores como Levine y Smolak (2002), Pieniak, Pérez-Cueto y Verbeke (2009), Sánchez-Bravo, Gómez-Pérez-Mitre y Guerra-

Rivera (1999) y Schwartz y Brownell (2002 como se citó en Guzmán, Del Castillo y García, 2010), la obesidad está altamente relacionada a ansiedad, depresión, baja autoestima, bajo autoconcepto, agresividad, adicciones, hipersensibilidad hacia las relaciones personales, una pobre imagen corporal, desordenes de personalidad, insatisfacción corporal, bajos niveles de satisfacción, miedo a evaluaciones negativas, tendencias obsesivo compulsivas, una pobre salud subjetiva, así como a diferentes problemas emocionales.

Fox y Farrow (2009) y Walker y Hill (2009 como se citó en Guzmán, Del Castillo y García, 2010) reportan que en el caso de los niños, la obesidad y el sobrepeso se vinculan a depresión, baja autoestima, “atracones” de comida, y victimización por parte de sus compañeros. En muchas ocasiones los niños con obesidad o sobrepeso sufren de discriminación y agresiones que dañan su bienestar emocional, los limitan en la adquisición de habilidades sociales que necesitarán en la vida adulta y los someten a una mayor presión que sus compañeros con peso normal. La victimización en la edad escolar, mejor conocido como “*Bullying*”, se incrementa si se toma en cuenta alumnos que por alguna razón sobresalen del grupo. Aquellos alumnos con menor o mayor rendimiento escolar, más altos o más bajos, demasiado delgados o demasiado obesos son más abusados que aquellos que se mantienen en la media. La obesidad y el sobrepeso ponen a los niños en mayor riesgo de victimización en la edad escolar.

Estudios recientes como el de Puhl y Brownell (2008 como se citó en Guzmán, del Castillo y García, 2010) muestran que alrededor de 30% de las niñas y 24% de los niños son abusados por sus compañeros en el ambiente escolar. Cuando se toma como muestra sólo a los alumnos con un percentil superior a 95 de índice de masa corporal en escuelas primarias en los Estados Unidos se encuentra que 63% de las niñas y 58% de los niños sufren abuso por parte de sus compañeros. En los niños y niñas con obesidad o sobrepeso, la victimización repercute directamente en una baja autoestima e insatisfacción corporal, además, de acuerdo con Fox y Farrow (2009) el ajuste de los niños a esta situación de abuso y victimización puede provocar que con el tiempo se conviertan en victimarios. La discriminación hacia los niños con sobrepeso es tal, que sus compañeros a menudo los aíslan, los dejan

fuera de juegos y tareas escolares. En una etapa tan crítica del desarrollo, los niños no adquieren de las habilidades sociales que les permitirán desarrollarse en la vida adulta, por ello tendrán menos habilidades sociales y una menor habilidad para establecer relaciones de pareja e, incluso, de amistad. Puhl y Brownell (2008) mencionan que cuando los niños obesos se encuentran en juegos con sus pares son menos elegidos como parte del equipo, tienden a aislarse más y pasan menos tiempo con sus amigos que sus compañeros con peso normal (Guzmán, del Castillo y García, 2010).

Por tanto se tiene que, la conducta es consecuencia de un proceso complejo que implica la consideración de actitudes, análisis de costo-beneficio, juicios de eficacia y de resultados, la actividad física es una conducta y por lo tanto es susceptible de ser modificada para garantizar un nivel de salud óptimo; el encontrar variables como la autoeficacia y la disposición al cambio que explican una parte del porqué la gente hace o no hace ejercicio, es en beneficio de la salud de todos (Benett y Murphy, 1997 como se citó en Astudillo, 2005). Encontrar modelos teóricos que ayuden a explicar la conducta puede guiar estrategias de intervención enfocadas a promover hábitos de salud más benéficos. Sin embargo algunos modelos proveen blancos de intervención diseñados para promover el cambio conductual, pero no especifican cómo tales cogniciones pueden ser cambiadas, por tanto es ahí donde la Psicología debe entrar para detectar los principales pensamientos involucrados y determinar formas de intervención efectivas. Si constructos tales como la autoeficacia y la disposición al cambio están relacionados para predecir la realización de ejercicio; bien pudieran diseñarse estrategias de intervención enfocadas principalmente al aumento de la autoeficacia percibida y a la motivación del cambio conductual, para promover la realización de ejercicio y así propiciar un estilo de vida más sano.

3.4.2. Diferencias entre mujeres y hombres hacia Control de la ingesta

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia porque es con la familia que se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción entre la madre y su hijo. Después, la conducta alimentaria puede estar influida por los pares, por los valores de la

sociedad y por los medios de comunicación (Gómez- Peresmitré, Saucedo & Unikel, 2001).

La familia desempeña un rol fundamental como modelo alimentario de los niños (Bell y Rolls, 2003 como se citó en Vizcarra, 2010), considerando como el aspecto psicosocial que determina los hábitos alimenticios y a la madre , desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de los alimentos, no obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar. Los valores y simbolismos otorgados por la familia a los alimentos, así como sus tradiciones y técnicas culinarias, son factores determinantes del modelo alimentario de los niños. Las actitudes y conocimientos y creencias de la familia, particularmente de las madres, respecto a la alimentación infantil es otro de los factores determinantes de los hábitos alimentarios de los niños. Por ejemplo, se ha encontrado que la obesidad de los niños está relacionada con determinadas creencias de las madres que asocian el sobrepeso con una buena salud, con un buen desarrollo y con la fortaleza de los niños (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

La madre de familia, desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y de la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de los alimentos. No obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

Biológicamente las mujeres tienen un mayor porcentaje de grasa corporal, lo que implica un gasto energético menor al de los hombres (Genero y Salud en cifras, 2009). Sin embargo, los factores biológicos no explican el acelerado incremento de la epidemia de obesidad y su magnitud actual. Se ha observado también que las construcciones culturales en torno a la feminidad y la posición que ocupan las mujeres en la sociedad y en la familia influyen en sus prácticas de alimentación y pueden incidir sobre el desequilibrio energético que provoca la obesidad. Un primer

elemento a considerar es que las mujeres suelen tener un contacto permanente con los alimentos, ya que la compra, la preparación y la distribución de la comida al interior de las familias siguen siendo en la mayoría de las sociedades actividades primordialmente femeninas.

El 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

La percepción de autoeficacia para el control de peso en dos áreas importantes como los hábitos alimentarios y en la actividad física difieren de acuerdo al género de los participantes (Guzmán, 2012). La autoeficacia relacionada con la ingesta alimentaria se refiere a la percepción de la capacidad para realizar determinadas conductas, durante y particularmente en momentos tentadores (Bandura, 1997 como se citó en Guzmán y Peresmitré, 2011).

Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) identificaron que los hombres muestran mayor autoeficacia en el control de la ingesta a través de la modificación de hábitos alimentarios, manifiestan autoeficacia vinculada con fuerza de voluntad para el control de peso, estilos alimenticios no saludables y actividad programada. A los adolescentes se les complica percibirse como autoeficaces para controlar la ingesta de alimentos no saludables; en cambio, se perciben más eficaces para realizar actividad física (Guzmán, 2012). La autoeficacia en la conducta alimentaria en los hombres se relaciona con estados emocionales negativos, esto es, que los niños pueden controlar su conducta alimentaria aún con emociones como estrés, tristeza o aburrimiento. En el caso de las mujeres el estilo de alimentación se caracteriza porque involucra conductas relacionadas con la dieta restringida y el ejercicio, posiblemente como vía de salida ante los deseos de la ingesta (Yerena, *et al.*, 2012).

Las mujeres muestran mayor preocupación tanto por la actividad física cotidiana como la programada. El factor actividad física programada es más importante para las mujeres, las mujeres relacionan la autoeficacia diferenciando a la actividad física

programada de la cotidiana; asimismo, respecto a los estilos alimenticios asociados a factores externos (Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012).

Llama la atención que las soluciones factoriales para la eficacia percibida relacionada con la alimentación es ligeramente distinta tanto para hombres como para mujeres, lo que podría indicar que la eficacia en el control de peso es cuestión de género. Los niños, por ejemplo, relacionan su estado emocional (como ansiedad o presión) con la conducta alimentaria, mientras que las mujeres se caracterizan porque tienden a tomar la restricción alimentaria como parte del cambio hacia hábitos alimentarios “saludables”. Tanto niños como niñas asocian una alimentación saludable con la restricción de dulces, comida chatarra y la disminución en el consumo de grasas y carbohidratos. Saucedo-Molina (2003; citado en Saucedo-Molina & Gómez Pérez-Mitre, 2004) señala que para algunos púberes el comer frutas y verduras, el tratar de mantener una dieta nutritiva con poca grasa y cuidar lo que comen para no subir de peso es parecido a seguir una dieta restringida.

Se juzga de manera más positiva a las mujeres si se observa que sus comidas en público son ligeras, que “comer como un pajarito” se considera femenino y deseable, y que el control del apetito parece una virtud en el caso de las mujeres (Orbajc, 1978; Wolf, 1990; Seid, 1994 como se citó en Ogden, 2005). Asimismo, Mori, Chaiken y Pliner (1987 como se citó en Ogden, 2005) indican que las mujeres comen menos en público para proyectar una imagen más femenina.

Las normas sociales dan mayor permisividad en cantidad de comida a los hombres y tienden a limitar el consumo de alimentos en las mujeres, por su relación en la acumulación de grasa propia del cuerpo femenino que se opone al ideal de delgadez, deseable para ellas (Pinotti, 1997 como se citó en Vázquez, Ruiz, Mancilla y Álvarez, 2005), podrían favorecer en las mujeres, el consumo de alimentos menor en las horas de comida formal, incluso llegar a omitir alguna comida como el desayuno (Pinotti, 1997, *op cit.*) y la búsqueda de alimentos entre comidas para compensar los requerimientos dietéticos, algo que habría que agregarle la inclinación por elegir productos poco saludables, asociados al aumento de peso en la juventud.

Los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

El término *dieta* se ha distorsionado pues se cree que una dieta es sinónimo de ingerir poco y “morir” de hambre, por lo que se debe aclarar que una dieta es el conjunto de alimentos y platillos que una persona consume al día.

La cena debe aportar 15% de la energía total recomendada (Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del sistema educativo nacional, 2014). Sin embargo, los tacos, tostadas, sopes, quesadillas y burritos están recomendados como refrigerio escolar saludable, pero con algunas especificaciones como. utilizar ingredientes como tortilla de maíz, de preferencia sin freír y/o tostadas horneadas, se limita a dos en niños y adolescentes de primaria y secundaria, con un ingrediente principal como huevo revuelto, queso panela, pollo deshebrado, frijoles, nopales y con complementos como jitomate, lechuga aguacate, zanahoria, entre otros. Se consideran como aspectos importantes moderar el consumo de sal y azúcares en la preparación, preparar con la menor grasa posible el pescado, pollo y cortes de carne, preferible no freír alimentos (en caso de ser necesario se recomienda usar aceites vegetales bajos en grasas saturadas y libres de grasas trans), No reutilizar el aceite, porque se convierte en ácido graso que daña las venas y arterias (Lineamientos, 2010).

Con respecto al uso y valor simbólico de los alimentos, Baas (1979 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012) realizó un estudio en el cual aporta un listado de 20 usos diversos que la sociedad actual atribuye a los alimentos. Los cuales se enumeran a continuación: 1) satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo 2) iniciar y mantener relaciones personales y de negocios, 3) demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales, 4) proporcionar un foco para las actividades comunitarias, 5) expresar amor y cariño, 6) expresar individualidad, 7) proclamar la distintividad de

un grupo, 8) demostrar la pertenencia a un grupo, 9) hacer frente al estrés psicológico o emocional, 10) significar estatus social, 11) recompensas o castigos, 12) reforzar la autoestima y ganar reconocimiento, 13) ejercer poder político y económico, 14) prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas, 15) prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales, 16) simbolizar experiencias emocionales, 17) manifestar piedad o devoción, 18) representar seguridad, 19) expresar sentimientos morales, y por último 20) significar riqueza. De esta manera se asume que el aprendizaje y aceptación de costumbres alimentarias forman parte del proceso de desarrollo y educación del individuo y, por lo tanto, debe concebirse como un hecho complejo y con numerosos condicionantes al margen de la pura necesidad de nutrientes para la supervivencia

3.4.3. Diferencia entre mujeres y hombres hacia la Actividad Física

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal con contracción del músculo esquelético que hace que el gasto energético supere perceptiblemente el del nivel basal¹⁹, (Keysor, 2003 como se citó en Astudillo, 2005). Ejercicio se define como movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos que se realizan con o sin fines de acondicionamiento físico” (Keysor, 2003 como se citó en Astudillo, 2005). La actividad física y el ejercicio físico difieren de la intencionalidad y sistematicidad (Cristi-Montero, 2012). Actividad física con este criterio se incluyen todas las actividades de las personas, ya sea la actividad física propia del día a día, la derivada de las profesiones, la realizada en el tiempo de ocio o el ejercicio físico voluntario (Fernández, Medina, Herrera, Rueda y Fernández, 2011).

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), los adolescentes entre 10 y 19 años son 35.2% activos, 24.4% moderadamente activos y 40.4% inactivos, en tanto que el 70% de los niños en edad escolar no realizan ninguna AF. En niños mexicanos se encontró que la práctica de

¹⁹ Nivel basal o Metabolismo basal es el valor mínimo de energía necesaria para que la célula subsista. El metabolismo basal es el gasto energético diario, es decir, lo que el cuerpo necesita diariamente para seguir funcionando. A este cálculo hay que añadirle las actividades extras de cada día.

AF reduce la presión arterial sistólica, los triglicéridos, el colesterol total y los lípidos (Perichart, Balas, Ortiz, Morán, Guerrero *et al.*, 2008).

Subcategorías de Actividad Física:

1) Actividad Física Programada o Ejercicio físico programado: se lleva a cabo de forma planeada, estructurada, repetitiva y con el propósito de mejorar y mantener la forma física. Incluyó dieciocho situaciones que representaban diferentes dificultades para la práctica de esta conducta. Se incluye el deporte.

2) Actividad Física realizada en las actividades cotidianas: actividad diaria que supone diversos patrones de gasto energético como subir escaleras frente a tomar ascensores o ir al trabajo en bicicleta frente a manejar el coche (Fernández *et al.*, 2011).

La Activación Física, a diferencia del deporte o actividad programa y sistematizada, alude a un movimiento que lleve a la vigorización del sistema cardiovascular mediante prácticas variadas lúdicas y agradables y no requiere de canchas o espacios físicos específicos ni implementos especiales como otros ejercicios y deportes (Avilés, 2011). El término ha sido acuñado por el Gobierno Federal, para denominar al Programa Nacional de Activación Física, desarrollado por la SEP a través de la CONADE para promover entre la población, la práctica de la actividad física, como un estilo de vida “activo” y saludable. Se puede definir como las acciones motoras que se realizan con la finalidad de activar o reactivas procesos fisiológicos, favorecer las adecuadas posturas corporales, agudizar los sentidos y generar actitudes de colaboración y respeto, fortaleciendo la autoestima y seguridad de la población.

La inactividad física y sedentarismo son términos que se usan indistintamente sin embargo mantienen sus diferencias. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) (2010), categoriza a una persona como “activa” si cumple la recomendación de realizar al menos 30 min de actividad física 3 veces a la semana, o bien, categorizan a una persona como “sedentaria” si no cumple dicho parámetro. Se considera sedentaria

a la persona que realiza actividades cuya intensidad sea menor a cuatro MET²⁰ o menor a 25 minutos diarios de ejercicio para las mujeres; o menor a 30 minutos al día para los hombres. Sin embargo una persona activa físicamente podría presentar un elevado hábito sedentario y una persona sedentaria podría presentar un nivel elevado de actividad física de intensidad ligera (Cristi-Montero, 2012).

Una persona activa físicamente puede cumplir la recomendación de 30 minutos al día, pero pasar gran cantidad de tiempo en actividades sedentes (leyendo, sentado, en cama, conduciendo) y por otro lado una persona puede no cumplir la actividad física recomendada de 30 minutos diarios, pero pasa gran cantidad de tiempo en actividades de intensidad ligera, realiza ejercicio incidental o interrumpe tiempo sedente.

El sedentarismo representa más que ausencia de actividad, es también la participación en conductas pasivas como ver televisión, leer, el trabajo de oficina, conversar, conducir, meditar o comer. Por el contrario, se sugiere que los autores empleen el término “inactivo físicamente” para describir a las personas que no cumplan con las recomendaciones mínimas de actividad física de 30 minutos al día, “demasiado tiempo sedente no es lo mismo que poco activo físicamente”. Por tal razón, es importante incrementar el tiempo de actividad física y disminuir el tiempo de actividades sedentarias (Cristi-2012).

Se estima que la inactividad física es la principal causa de aproximadamente el 21-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de la diabetes y aproximadamente el 30% de las cardiopatías isquémicas. Además es un factor determinante en el desarrollo de la obesidad en niños y adultos, que constituye ya un problema de salud pública a nivel mundial (OMS, 2010). La inactividad o falta de actividad física ha sido identificada como el cuarto factor de riesgo para la mortalidad a nivel mundial,

²⁰ MET. Una conducta sedentaria puede ser cuantificada a través de la unidad de medida MET o equivalente metabólico, que es la cantidad de oxígeno que una persona utiliza cuando está en reposo. Por lo tanto, conforme empezamos a realizar algunas actividades, se incrementa el MET que consumimos, es decir, la cantidad de energía que gastamos en comparación a si estuviéramos inactivos.

atribuyéndosele el 6% de las muertes, porcentaje sólo superado por la hipertensión arterial (13%) y el consumo de tabaco (9%), y comparable al exceso de glucosa en sangre (6%) (García y Hernández, 2011).

Según la cifras más recientes (OCDE, 2011), México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial, con un 30% de la población adulta que la padece. Asimismo, el 26% de los niños en el país y el 31% de los adolescentes padecen esta condición.

La Organización Mundial de la Salud (2002), en su Informe sobre la salud en el mundo estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. En el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease Study*) se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como *disability adjusted life years* (DALY), o años de vida ajustados por discapacidad en el mundo.

La Comisión Nacional del Deporte (CONADE) menciona en su Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006 que en México 80% de los niños y jóvenes no realizan actividades físicas suficientes para alcanzar los niveles mínimos de desarrollo físico; los hábitos de actividad física y deporte de los mexicanos se reducen cuando mucho a una hora, un día a la semana en por medio (Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006 (2001 como se citó en Astudillo, 2005).

Además, el avance en el ámbito de la tecnología y los transportes han provocado que el ejercicio físico en las actividades de la vida diaria se vea disminuido considerablemente; y el sedentarismo del mundo desarrollado también se ha incrementado gracias a la automatización de los recursos (De Teresa y Velázquez, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013). El aumento del sedentarismo en los niños es producto del esquema de las condiciones de la vida urbana, las cuales propician, por ejemplo, un mayor tiempo dedicado a ver la televisión y a jugar videojuegos (Hernández, Gortmaker, Colditz, Peterson, Laird & Parra-Cabrera, 1999).

A partir de los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT (2012), se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años refieren no haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó uno o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol soccer.

De acuerdo con la clasificación de la OMS (2002) en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos, se emitieron las siguientes recomendaciones: es prioritario promover no sólo el incremento de actividad física moderada y vigorosa, incluyendo actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo²¹, tiempo frente a una pantalla²² y tiempo sentado). Para ello, diversos grupos de expertos recomiendan el uso de campañas de comunicación masiva con mensajes cortos enfocados a aspectos clave para la comunidad.

Asociación Mexicana de Internet, que señala un incremento en 2013 el número de cibernautas de entre 6 y 17 años de edad, donde las mujeres utilizan más las redes sociales y los hombres navegan más por el ciberespacio (AMIPCI como se citó en Gómez, Hernández, Covarrubias y Cuevas, 2014).

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias de la Ciudad de México, la clase de educación física y el recreo son las únicas oportunidades de los niños para realizar actividad física. Dentro de las clases de educación física, se realizan en promedio nueve minutos por semana de actividad moderada o intensa. Dentro de las escuelas se han encontrado limitaciones de espacio, materiales y recursos humanos para llevar a cabo actividades de educación física. En el recreo la actividad física es reducida, ya que la mayor parte del tiempo está dedicado a la compra y el consumo de alimentos y no existe organización para promover la actividad física, de tal forma que la inactividad ha ido permeando en todos los grupos poblacionales, desde la infancia hasta la población adulta y adulta mayor. Un ejemplo de esto es

²¹ Transportarse en un vehículo de motor como automóvil, motoneta, autobús, metro, etcétera

²² Tiempo frente a una pantalla incluye: televisión, computadora, películas, novelas, videojuegos

que el 16% de la población en su tiempo libre prefiere descansar, un 15% ver televisión y sólo 4% hacer deporte (Secretaría de Salud, Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013).

En cuanto a los beneficios psicosociales, Ramírez, Vinaccia y Suárez (2004), llevaron a cabo una revisión teórica de la literatura sobre el impacto de la AF y del deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico. Estos autores encontraron que existe evidencia de que la actividad física aumenta la autoestima, favorece una autoimagen positiva, favorece una mejor calidad de vida, reduce la probabilidad de conductas autodestructivas y antisociales en la población joven, reduce la ansiedad, la depresión y el estrés, constituye un factor protector contra los trastornos de personalidad, el estrés escolar, la ansiedad social y la falta de habilidades sociales, y que el involucrarse en AF contribuye a la formación de hábitos de ejercicio para toda la vida. Adicionalmente, ese estudio señala que los procesos cognitivos básicos (atención, control inhibitorio y memoria de trabajo, velocidad en el procesamiento de información) en niños que practican AF de manera sistemática son mejores que los procesos de los niños sedentarios; esto indica que dedicar un tiempo sustancial a actividades físicas puede traer beneficios en el rendimiento académico de los niños.

La pérdida de seguridad que ha provocado la disminución de actividades al aire libre, factor que puede reducir la motivación o actuar como barrera para esta conducta, ya sea por decisión de los padres por los propios niños (as) Aedo (2011). Además, el inadecuado diseño urbano suele constituirse como factor que desalienta el movimiento físico en el espacio público (Saforcada, *et al.*, 2010). Las mujeres suelen ser víctimas de la violencia y la delincuencia (INEGI, 2013), mayor percepción de inseguridad, uso mayor de estrategias de evitación y autoprotección, así como niveles más elevados y consecuencias físicas y psicológicas ante actos de acoso y hostigamiento sexual en comparación con los hombres (Valdez y Ríos, 2014). Las investigaciones de revelan que alrededor del mundo 80% de las mujeres padecen al menos acoso ocasional en la calle; el 80% constantemente tienen que mantenerse alertas cuando caminan por las calles; el 50% tienen que cruzar la calle

y buscar rutas alternas hasta sus destinos; el 45% sienten que no pueden ir solas a lugares públicos (Meza, 2013).

La autoeficacia percibida para regular la actividad física es usualmente evaluada en términos de creencias de que uno puede movilizar el esfuerzo necesario para ejecutar actividades aeróbicas aún frente a impedimentos tales como la fatiga, estado de humor disfórico, limitación o molestia, o condiciones ambientales poco favorables (Bandura, 1997 como se citó en De Jesús y Valdez, 2009).

La percepción de autoeficacia se diferencia por el género que influyen en el campo del cuerpo y la actividad física, define los estándares estéticos, condiciona los movimientos, las expresiones, la práctica de deportes y actividades físicas e incluso las formas de relacionamiento corporal entre las personas (Instituto Nacional de las Mujeres Montevideo, 2012). Este sistema produce desigualdad en la valoración familiar y social ante las actividades físicas y deportivas de mujeres y varones, siendo ejemplo de esto, la menor inversión económica destinada a las actividades físicas asociadas a la femineidad y/o practicadas por mujeres (Instituto Nacional de las mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

La realización de una actividad física, no se da por sí sola, atrás de ella vienen una serie de factores motivaciones, conductuales, sociales y personales que la influyen directamente. Según el informe del Cirujano General de Estados Unidos de 1996 (*U.S .Department of Health and Human Services*, 1996 como se citó en Astudillo, 2005) se han encontrado influencias consistentes entre los patrones de actividad física de adolescentes y adultos, los cuales incluyen: la confianza en la propia habilidad para comprometerse en una actividad física regular (auto-eficacia), disfrutar de la actividad, el apoyo de otros, las creencias positivas acerca de los beneficios de la actividad física y la falta de barreras percibidas para comenzar a ser físicamente activos.

En el cuerpo influye la historia personal, los mensajes de aprobación y desaprobación recibidos por parte de la familia, el grupo de pares, los medios masivos de comunicación, las instituciones educativas y sociales por las que se transita a lo largo de la vida. Asimismo influyen también: los estímulos y las

restricciones (Barrán, 1990 como se citó en Instituto Nacional de Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Ser para otros con respecto a la realización de actividades expresivas, deportivas y físicas, los tiempos y espacios que se tienen para jugar y crear, las enfermedades que se padecen, alimentación, etc. En la intersección de todos estos factores, cada persona construye y vive su cuerpo de manera particular e irrepetible, dejando de ser simplemente un organismo para convertirse en uno valorado y construido en la relación y el intercambio consigo mismo y los otros cuerpos. “Cada sociedad tiene sus propias construcciones corporales resultantes de la estructura y los sistemas que la sustentan” (López s/f como se citó en Instituto Nacional de Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Por tanto, cada sociedad, establece qué formas de pensar son admitidas, qué parámetros de comportamientos y características son deseables de acuerdo al género, estableciendo así un modelo de masculinidad y un modelo de feminidad, siendo éstos, puntos de referencia a ser imitados y/o reproducidos por las personas. Estos modelos dominantes de feminidad y masculinidad se construyen sobre categorías de género opuestas y dicotómicas (Instituto Nacional de Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Los padres, amigos y profesores de educación física, son agentes potencialmente importantes en su capacidad de influencia en la realización de actividad física (AF) en la adolescencia (Hohepa, Scragg, Schofield, Kolt & Schaaf, 2007 como se citó en Serra, Zaragoza y Generelo, 2014). Además del rol que juegan los padres como modelos de práctica, algunos estudios han demostrado que el apoyo social de los padres, puede ser un factor determinante para favorecer que sus hijos se adhieran a un estilo de vida activo. Así se constató en estudios previos que han mostrado que el apoyo y el estímulo de los padres estaba positivamente asociado a los niveles de Actividad física de sus hijos adolescentes (Heitzler et al., 2006; Dowda *et al.*, 2007; Robbins *et al.*, 2008; Wenthe *et al.*, 2009 *op cit.*). El trabajo realizado por Pugliese *et al.*, (2007 como se citó en Serra, Zaragoza y Genérello, 2014) respecto al papel que juegan los padres en la AF de los adolescentes, reveló que los hombres cuyos padres no se involucraron en ejercer una influencia (bien como modelo o como apoyo social), respecto a su comportamiento de práctica, tenían un riesgo

mayor de ser inactivos que aquellos hijos de padres que sí se involucraban en esta tarea.

El hábito de hacer ejercicio es menos frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a la influencia de condicionamientos de género fuertemente arraigados que se expresan desde la infancia. La observación del comportamiento de niños y niñas en escuelas primarias públicas de la Ciudad de México durante los recreos indica que la mayoría de los niños participa en juegos que involucran ejercicio físico vigoroso y que las niñas tienden en general a ser más pasivas. Las actividades deportivas son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en los sectores sociales medios y bajos, y son aún pocas las mujeres que han logrado destacar como deportistas de alto nivel. Está relacionada con la edad, el estado marital, la paridad, etc. (González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

En las etapas de 9 a 11 años, se comienza a percibir con mayor énfasis el trasfondo cultural sexo/género en los/as niños/as. Las niñas suelen mostrar mayor dominio de sus movimientos rítmicos, mientras que los hombres, tienden a involucrarse en actividades que demandan acciones motoras y en las que son necesarias la potencia, la velocidad y la resistencia (Incarbone, 2003 como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

En algunos estudios la implicación de los padres parece ser especialmente importante para las niñas (Noureddine, Pender & Wu, 2003 como se citó en Serra, Zaragoza y Genérela, 2014). Pese a esto, en un estudio español, Casimiro (2000 *op cit*) determinó que los hábitos deportivos de los padres y en especial de la madre es un predictor determinante, en sintonía con aquellos autores que señalan que la práctica de la madre es realmente más influyente para los hijos (Delgado & Tercedor, 2002, *op cit*). Algunos estudios tanto de corte cualitativo (Thompson et al., 2010, *op cit*), como de corte cuantitativo (Bois, Sarrazin, Brustad, Trouilloud, & Cury, 2005, *op cit*) han proporcionado una idea de los mecanismos que podrían explicar, las diferencias de género en la influencia de los padres, en la AF de sus hijos. Estos estudios sugieren, por un lado que las madres pasan mayor tiempo con

sus hijos, sobre todo en los hogares donde trabajan ambos y por otro, que los padres tienen superiores percepciones sobre la competencia de los hijos que las hijas, lo que les lleva a prestarles mayor apoyo en su práctica de AF.

La inserción de reactivos vinculados al constructo de “fuerza de voluntad” (dada la relevancia que diversos estudios han evidenciado en cuanto a este constructo y la relación de actividad física y control de peso), los resultados corroboran lo planteado por Flórez Alarcón (2007) en cuanto a que los procesos volitivos constituyen patrones comportamentales que intervienen en el control de peso, estableciendo el cómo cuando, y dónde de la ingesta de alimentos y la realización de la actividad física; además del planteamiento de alternativas comportamentales para el control de peso (como caminar diariamente) (Armenta González-Palenzuela, 2004; Tercedor Sánchez, 2001 como se citó en Guzmán, *et al.*, 2011).

En el estudio que realiza Yerena, *et al.*, 2012, muestra que si bien existen algunas diferencias entre niños y niñas, la mayoría se sienten “*capaces de poder hacer*” o están “*muy seguros de poder*” llevar a cabo actividades que les faciliten la pérdida de peso. A través del análisis factorial, han podido comprobar que la agrupación de los factores que se proponía en la versión original, se confirman en su mayoría. Así mismo, la solución factorial tiene sentido teórico y conceptual. Así mismo, tanto niños como niñas diferencian entre actividad física programada y actividad física cotidiana; probablemente debido a que los escolares distinguen claramente que el esfuerzo invertido en cada uno es distinto, ésta clara diferencia tiene implicaciones para el control de peso, debido a que, la cantidad de esfuerzo requerido en uno u otro tipo de actividad podría determinar qué cambios está dispuesto hacer la persona para alcanzar la pérdida de peso deseada.

Las instituciones deportivas internacionales y nacionales hicieron propia la creencia de que la actividad física intensa perjudicaba a la mujer, por lo que deportes como el boxeo, la halterofilia, el lanzamiento de bala, jabalina y disco, la lucha libre y el físicoconstructivismo estuvieron vetados por años para las mujeres. Hicieron falta estudios médicos y comprobaciones científicas para convencer a los directivos que el deporte beneficia a las mujeres tanto como a los hombres, mientras que del otro

lado de la moneda el uso y abuso de anabólicos, diuréticos, estimulantes y calmantes usados para mejorar el rendimiento, es tan peligroso para el cuerpo masculino como para el femenino, así que esto tampoco debía ser motivo de diferenciación (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007).

Todavía se pone en duda "la feminidad" de las atletas: si son exitosas en el deporte es porque siguieron el camino del hombre, como prueban esos cuerpos musculosos (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007). El prejuicio de género lleva a llamar "hombrunas" o "masculinizadas" a las mujeres que logran destacar en el deporte y cuyos cuerpos se transforman por la acción misma de la fuerza muscular requerida. La justificación biologicista deriva en una esencialización de la subjetividad femenina. De esta manera se enlaza la naturaleza de la hembra humana con rasgos de carácter —pasividad, dulzura, vocación de servicio, abnegación— que la vuelven inepta para toda actividad deportiva —cuyo despliegue requiere, entre otras características, competitividad, resistencia, capacidad para la agresión física, fuerza muscular y tolerancia al dolor— y al mismo tiempo la destinan a un lugar específico en la organización de la comunidad humana: la maternidad, la crianza, la domesticidad, el cuidado de los demás por lo tanto, los cuerpos femeninos son débiles, delicados, suaves, frágiles (Moreno, 2011).

Aunado a ello, el grupo social también es un factor que ha demostrado tener importancia en el tema, por ejemplo Mayo y Christenfeld (1999) encontraron que las mujeres perciben una menor autoeficacia cuando enfrentan la tarea de manera individual, pero reportan una mayor autoeficacia cuando lo hacen en forma colectiva, fenómeno que no ocurre en los hombres (Rocha y Ramírez, 2011).

A lo largo del tiempo se han transmitido de generación en generación, una serie de mitos y prejuicios que provocan diferencias claramente observables entre niños y niñas en las clases de Educación Física. Esto ha traído como consecuencia, la desigualdad en el desarrollo de sus potencialidades. Entre estos prejuicios podemos mencionar y destacar los siguientes:

- Los niños son mejores que las niñas en actividades físicas porque son más fuertes.

- Las niñas se esfuerzan menos que los niños en actividades físicas.
- Los niños no discriminan a las niñas, ellas salen por sí solas de la actividad.
- Las niñas son más torpes en los deportes.
- Los niños son más torpes en las actividades expresivas.
- Los juegos que les gustan a las niñas no les gustan a los niños (Instituto Nacional de la mujer, 2001).

Por otro lado el interés por la práctica deportiva viene dado por las siguientes motivaciones:

- 1) Imitar o parecerse a deportistas de élite;
- 2) Pertenecer a un grupo,
- 3) Impactar a los compañeros y sobresalir entre ellos,
- 4) Realizar una actividad que parecen dominar y en la que quieren destacar,
- 5) Satisfacer sus ilusiones y fantasías internas
- 6) Conseguir éxitos deportivos en competiciones,
- 7) Obtener gratificación interna por diferentes vías (diversión, estética, etc.) (Greco y Gorostarzu, 2002 como se citó en Astudillo, 2005)

Un mundo cada vez más urbanizado, especialmente en las grandes ciudades, tanto los problemas de seguridad como el inadecuado diseño urbano suelen constituirse en factores que desalientan el movimiento físico en el espacio público (Saforcada, *et al.*, 2010).

Las etapas de crecimiento donde el decremento de actividad física se observa en mayor grado es en la adolescencia pues se ha señalado que en las sociedades occidentales la cantidad de la actividad física habitual disminuye drásticamente en este grupo de edad y en la transición a la adultez, como lo demuestra el estudio de Hernández (*et al.*, 2003 como se citó en Astudillo, 2005). Donde las mujeres mayores de 30 años tuvieron una menor razón de posibilidades en lo que respecta a la práctica de deportes que las de 20 años o menos (Astudillo, 2005).

El aumento en la prevalencia de sobrepeso en las sociedades industrializadas podría atribuirse al cambio en los patrones de actividad física debido al descenso en la actividad física requerida en la mayoría de los trabajos, así como a una mayor

disponibilidad de medios de locomoción (en sustitución al hábito de caminar) y a un tipo de ocio que sólo exige una actitud pasiva (ver televisión, computadora, etc.) (Astudillo, 2005).

Es necesario promover la actividad física moderada y vigorosa; incluyendo actividades deportivas así como la disminución de actividades sedentarias que son: transporte inactivo, tiempo frente a la pantalla y tiempo sentado. Se ha demostrado que pasar demasiado tiempo sedente (acostado en cama, sentado conduciendo, leyendo o destinar poco tiempo a actividades ambulatorias) reduce rápidamente la salud metabólica (Thyfault, 2011 como se citó en Cristi-Montero y Rodríguez, 2014). Actualmente, se recomienda a los niños y adolescentes acumular al menos 60 min de actividad física aeróbica de moderada a vigorosa intensidad cada día. (ENSANUT, 2012).

Algunos otros tipos de prevención mencionados por Rodríguez y González (2009) son las llamadas “intervenciones sobre el entorno” en las cuales, la salud es un objetivo, pero no el único y la obesidad no es el único problema de salud; por ejemplo utilizar la bicicleta o caminar en lugar del automóvil para llegar al trabajo o a la escuela, reduciendo así un 11% del riesgo cardiovascular (Castro, *et al.*, 2013). Las actividades hacia la actividad física han cambiado, las recomendaciones van en un sentido de adoptar un estilo de vida dirigido a incrementar el nivel de actividad. Esto contempla actividades comunes como caminar vigorosamente, subir escaleras (en lugar de utilizar elevador o usar escaleras eléctricas) hacer más trabajo en el hogar, y comprometerse en pasatiempos de recreación activos (*U. S. Department of Health and Human Services, 1996* como se citó en Castro *et al.*, 2013) es decir ahora se enfoca la atención no solo en adoptar una u otra actividad física, sino modificar nuestro estilo de vida por uno más activo, que lleve a recuperar la actividad que con el paso del tiempo se ha ido perdiendo.

En la pubertad, la diferencia de género aprendida hasta ese momento se hace plenamente consciente con la aparición de los cambios físicos y biológicos. La menstruación que es medular en el aprendizaje de ser mujeres, refleja la importancia social de la maternidad, pues no se es mujer por sí misma o por la

madurez psico-emocional, sino por el hecho de poder procrear (Sau, 1993 como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Cuando llegan a la adolescencia, las niñas ya aprendieron patrones de comportamiento que las adhieren a lo femenino. De tal manera que transitan del juego infantil a las principales asignaciones y responsabilidades que se les demanda en la vida adulta. En este proceso es necesaria la participación no sólo de las niñas y mujeres, se requiere también la de los niños y hombres para eliminar la desigualdad de género en todas las esferas. Por ello, es de resaltarse que los niños que crecen con modelos masculinos no hegemónicos y/o modelos femeninos no tradicionales, tienen más probabilidades de cuestionar las desigualdades de género, como ya lo están haciendo con más consistencia las niñas. Más del 70% de primaria y secundaria piensan que el hombre es el que debe tener la mayor responsabilidad para llevar el dinero al hogar; así como jugar fútbol y juegos fuertes (Informe Nacional sobre Violencia de Género en la Educación Básica en México, UNICEF México-SEP, 2009) Algunos juegos de la infancia se recrean sin ver la misoginia, con expresiones como: “el último que llegue es vieja”. Marta Torres (1998 como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El sexismo en el currículo oculto es el trato diferenciado a las niñas y niños, a través del lenguaje, gestos, actividades, tonos de voz, frecuencia y duración de la atención a las actividades y narrativas de niñas y niños, tipos de preguntas, comentarios y calificativos o los términos utilizados para referirse a unas y otros. Por ejemplo, el sexismo en el currículo formal se transmite con: materiales, juegos, juguetes, imágenes, contenidos en los textos y el lenguaje (Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Actualmente se desarrollan programas para eliminar la desigualdad desde la infancia principalmente en el terreno de la educación. Un reto identificado es trabajar la desigualdad de género en la educación básica, porque las niñas y los niños siguen aprendiendo letalmente la desigualdad y la discriminación con el currículo oculto, a través de las actitudes de docentes y autoridades

Los aprendizajes sobre feminidad y masculinidad se adquieren a través de la socialización, que implica procesos psicosociales en los que nos desarrollamos históricamente como integrantes de una sociedad en un tiempo y espacio. Para Martín Baró (2001:115) esta definición sostiene tres afirmaciones:

- 1) La socialización es un proceso histórico;
- 2) Es un proceso de desarrollo de la identidad personal y
- 3) Es un proceso de desarrollo de la identidad social.

A lo largo de la historia hay registros de diferentes significados de ser mujeres y hombres. Por lo tanto, por su carácter histórico, es fundamental revisar los contenidos de los sistemas de creencias donde está incrustado y sedimentado el género, es decir, en las ideologías, los valores, las representaciones sociales con recursos simbólicos en imágenes que discriminan a las niñas y las mujeres, que estereotipan sus actividades e identidad; a través del lenguaje androcéntrico y/o sexista.

Ciertos comportamientos, gestos, actitudes, movimientos, desplazamientos y usos del cuerpo, de docentes y alumnos/as durante las clases de Educación Física, reproducen el deber ser de acuerdo al sistema sexo/género. De esta manera se conservan y perpetúan las desigualdades (por ejemplo durante las clases de Educación Física, los hombres, en la mayoría de los casos, son los primeros en iniciar el juego y los últimos en terminarlo. Las mujeres, generalmente, cuando entran a clase de Educación Física, encuentran un espacio y se sientan, conversan o permanecen casi en silencio. En cambio los hombres suelen entrar corriendo, gritando o utilizando los materiales, etc. (Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

En cuanto a las actividades deportivas, éstas ofrecen oportunidades que permiten mejorar la autoestima, aunque las mismas suelen promoverse más en hombres que en mujeres, Es importante estimular el descubrimiento de actividades deportivas gratificantes tanto en niñas como en niños, asegurando la participan de todas y todos permitiéndoles, desde su disponibilidad corporal, afrontar los desafíos de del deporte y apropiarse de sus valores de intercambio y socialización. La realización

de encuentros deportivos con equipos mixtos, donde se practiquen los deporte y se incluyan deportes que no tengan carga sexista, son instancias de promoción de prácticas no discriminatorias y libres de estereotipos (Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

De acuerdo a lo expresado anteriormente, se puede afirmar que todos los seres humanos somos etiquetados y clasificados dentro de un determinado sexo. A su vez, se nos asigna un género asociado a dicho sexo. Por tal motivo es así que, la cultura da forma al cuerpo, nos adiestra para que sepamos utilizarlo de acuerdo a las normas y prácticas del sistema sexo/género. La familia, la escuela, los grupos de pares, los medios de comunicación, las instituciones de salud, etc., transmiten, reproducen, refuerzan y sostienen, dichas normas y prácticas.

De esta manera, el sistema sexo/género regula los cuerpos en una relación binaria, macho/hembra, lo masculino/lo femenino, produce los cuerpos y a su vez los gobierna; su fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo que limita y diferencia los cuerpos de las personas. En este aspecto, Marta Lamas agrega: “La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género”. Estos estereotipos se imponen en nuestra personalidad, modelan nuestros cuerpos, nuestras formas de ser y hacer, condicionan nuestras potencialidades, se expresan en todo lo que hacemos o no hacemos por ser mujer o por ser varón. Todas y todos, cargamos con ese “deber ser” sin saberlo, permanece en forma inconsciente en nuestra identidad. Como toda construcción social, este sistema sexo/género, no se construye de una vez y para siempre, lo construimos cotidianamente, a cada minuto estamos produciendo/reproduciendo/modificando las relaciones implícitas en éste. El género es una de las tantas formas de organización jerárquica de la sociedad, establece una forma de relación de poder donde la dominación es masculina. Esto no significa que todos los varones tengan el poder y todas las mujeres sean subordinadas, tanto entre varones como entre mujeres existe desigualdad, subordinación y dominación, jerarquías que derivan de la intersección del sistema sexo/género con otras

relaciones de poder como son la edad, la orientación sexual, etnia, clase, entre otras (Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Las actividades de conciencia y percepción corporal favorecen el conocimiento y exploración de las posibilidades corporales de los/as escolares. Al proponer experiencias de toma de conciencia al respecto de: el ritmo respiratorio, las tensiones musculares, los ruidos internos, las partes duras y blandas del cuerpo, los posibles movimientos, rotaciones y flexiones; se fomenta el desarrollo de la sensibilidad hacia el propio cuerpo y el de las/os demás tanto en niñas como en niños. En la vida cotidiana, esta capacidad, generalmente, se estimula en las mujeres pero se reprime en los varones. Es imprescindible trabajar la sensibilidad, sobre todo en los niños. Educar varones con cuerpo sensible debería ser uno de nuestros objetivos. El modelo hegemónico de masculinidad construye varones alejados del placer de vivir y sentir su cuerpo, se les dice que deben reprimir sus emociones, ser fuertes y duros. Respecto a esto, muchas veces se escuchan expresiones como las siguientes: “si se cae, levántese y no llore”; “si se lastima, enjuáguese y siga adelante”; en el fútbol: “meta cuerpo m’hijito”; “si tiene las manos ásperas es muy trabajador”; “hay que reventarse en el gimnasio para tener los abdominales duros como una tabla” (Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Los derechos humanos están presentes de manera explícita u oculta en cada acto educativo en la escuela. Respeto, dignidad, libertad, trabajo colectivo y poder compartido, son principios que constituyen los pilares sobre los cuales articular las prácticas y la reflexión pedagógica, en todos los ámbitos de la acción educativa. Estar comprometidos/as con una educación con enfoque de derechos conlleva la problematización de las conductas humanas favoreciendo la reflexión y el “desocultamiento” de las injusticias sociales, y específicamente, dentro de ellas, las desigualdades basada en el género (Instituto Nacional de las Mujeres Del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Las actividades de atletismo son ideales para ensayar las más variadas posibilidades motrices sin restricciones sexo/género. Reconocer los músculos que

se trabajan, localizar y sintiéndolos en cada cuerpo ayuda a vivenciar que todos los seres humanos, tenemos los mismos músculos. De esta manera no se legitima la asociación “músculos=masculino=varón (hombre)” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2012).

3.4.4. Imagen corporal

Un factor que se ha estudiado por su relevancia al respecto de la obesidad es la imagen corporal (IC), ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos.

La imagen corporal (IC) se define como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos, por enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Asimismo el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa, debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales (Sepúlveda, Botella y León, 2002 como se citó en Guzmán, 2012).

Cash (2004 como se citó en Guzmán, 2012) señala que la IC es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Durante la preadolescencia la apariencia física es uno de los primeros atributos por los cuales se describen a sí mismos y a los demás, mientras que la imagen corporal es posiblemente la primera característica por la cual perciben una parte de su autoconcepto (Gracia, Marcó & Trujano, 2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de TCA, como AN y BN, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes (Stice, 2001; Baile, Raich y Garrido, 2003;

Polivy y Herman, 2002; Thompson, 2004 como se citó en Guzmán, 2012), ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás (Grogan, 1999 como se citó en Guzmán, 2012).

Simón y Birch (2005 como se citó en Vizcarra, 2010) observaron que incluso niñas pequeñas (de 5 a 7 años) reportan participar en conductas de dieta esperando perder peso. En su investigación el peso corporal elevado en niñas a los 5 años fue un importante predictor de la realización de dieta a los 9 años, moderando incluso la influencia de otros predictores psicosociales (como el nivel de depresión, la baja autocompetencia general y poco amor paternal).

La preocupación por la IC empieza a cobrar importancia durante la niñez intermedia. Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya, y Unikel (2000) encontraron que niñas pequeñas comparten con mujeres más grandes el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, se perciben con mayor peso del que tienen y se encuentran ya enganchadas con el estereotipo de “culto a la delgadez”.

En un estudio realizado por Goñi, Ruiz de Azúa & Rodríguez (2004, *Ibidem*) consideraron la relación observada entre IMC el autoconcepto físico, los resultados demostraron que los preadolescentes más delgados son los que ofrecen la percepción física más positiva, mientras que las personas con sobrepeso manifiestan peor auto concepto físico que los de peso normal y que los de peso bajo, por lo que confirma que la auto aceptación de los adolescentes depende de su adecuación a los estereotipos estéticos sociales.

Las niñas que han tenido un alto índice de masa corporal en la niñez tienen un alto riesgo de aparición de conductas de restricción alimentaria (denominado erróneamente como dieta) y en ocasiones seleccionan inadecuadamente los alimentos disminuyendo nutrientes esenciales para cubrir las necesidades diarias, ocasionando trastornos en el crecimiento y desarrollo (Arboleda, 2000 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Entre los hombres púberes y adolescentes se encontró una mayor presencia del deseo de una figura atlética; quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con más

músculo. Por otro lado, entre niños pequeños el mayor porcentaje estaba insatisfecho y querían pesar menos, debido a que sobreestimaban su imagen corporal (Gómez Peresmitré, *et al.*, 2000). Los hombres quieren estar más robustos en el sentido de querer estar más musculosos y no precisamente estar gordos (Camacho Ruiz, Escoto Ponce de León, Cedillo Garrido & Díaz Castillo, 2010; Escoto, Álvarez, Bedolla, Velázquez, Yáñez, & Mancilla, 2007; Gómez Peresmitré *et al.*, 2000; Gómez Peresmitré *et al.*, 2001; Mancilla, Lameiras, Vázquez, Álvarez, Franco, López, *et al.*, 2010; Saucedo Molina & Cantú, 2002; Saucedo-Molina *et al.*, 2008, como se citó en Gómez Peresmitré, *et al.*, 2000).

Los factores socioculturales difundidos por la “cultura de la delgadez” están altamente relacionados con conductas propias de los trastornos alimentarios. Se ha encontrado que factores como la influencia de la publicidad y la percepción de la imagen corporal, juegan un papel trascendental en el seguimiento de la dieta restringida en púberes y adolescentes (Araujo y López, 2006 como se citó en Guzmán, 2012). Los hallazgos empíricos sugieren que los padres y compañeros y otras influencias sociales contribuyen a través de comentarios y críticas al desarrollo de percepciones de la figura corporal apropiadas y deseables (Goldfield & Chisler, 1995; Meno, Hannum, Espelage & Low, 2008; Stice, 2002 como se citó en Guzmán, 2012), lo que es más común en el caso del género femenino (Smolak & Murnen, 2001 *op cit.*). Tales estereotipos de belleza pueden difundirse entre los miembros de la familia desde edades muy tempranas; al respecto, McCabe, Ricciardeli, Stanford, Holt, Keegan y Miller (2007 como se citó en González de León, *et al.*, 2009), en un estudio con niñas en edad preescolar, encontraron que sus madres les transmitían mensajes acerca de la necesidad de perder peso, lo que podía llevarlas a desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y peso en la pre adolescencia. De manera particular, los padres pueden fomentar el aprecio por la delgadez a través de conversaciones sobre figuras femeninas delgadas que promueven esa imagen corporal ideal (Pike & Rodin, 1991 como se citó en González de León, *et al.*, 2009).

Se ha documentado que los valores negativos hacia la obesidad tienen mayor impacto en las mujeres que en los hombres y que las mujeres aceptan más las

normas impuestas por el culto a la delgadez. Para los hombres la corpulencia puede representar un signo de virilidad y dominación, mientras la insatisfacción con la imagen corporal es más evidente en las mujeres (McLaren L. y Sobal J, Stunkard AJ. como se citó en González de León, *et al.*, 2009).

Estudios realizados en México han mostrado que la preocupación por mantener una imagen corporal *adecuada* no afecta sólo a las mujeres urbanas de los sectores sociales medios y altos. Los estereotipos sobre la belleza femenina y el atractivo sexual de las mujeres tienen también impacto en las mujeres jóvenes de los sectores populares urbanos, que no escapan al bombardeo cotidiano de los medios de comunicación y a las presiones para mantenerse delgadas, vestir a la moda y lucir atractivas (Cardaci, 1980 como se citó en González de León, *et al.*, 2009).

El deseo de modificar las dimensiones corporales y controlar el peso lleva a muchos jóvenes y niños a consumir dietas desequilibradas, por ejemplo, pueden restringir la cantidad de alimentos que consumen, eliminar algunos de los tiempos de comida (desayuno, comida o cena), o bien privarse de alimentos considerados con “engordadores” en el transcurso del día (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001; Ortega y López, 2002 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Según Neumark-Staizner, Butler y Oalti (1996) las principales Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) pueden describirse de acuerdo a tres grandes grupos: a) Alteraciones relacionados con la alimentación; b) Prácticas erróneas de control de peso y c) alteraciones de la percepción de la imagen corporal (Neumark-Sztainer, Hannan, Story y Perry, 2004 como se citó en Guzmán, 2012) (Ver Tabla 4).

TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO (CAR)

Alteraciones relacionadas con la alimentación	Prácticas erróneas de control de peso	Alteraciones de la percepción de la imagen corporal
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar tiempos de comida • Atracarse • Comedor compulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> • “Estar a dieta” • “Dietas mágicas” (<i>Fad diets</i>) • Dietante compulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión de la imagen corporal

<ul style="list-style-type: none"> •Preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos •Preocupación por la preparación de los alimentos •Preocupación por los tipos de alimentos •Actitudes erróneas frente a la realización de las comidas •Evitar comer con miembros de la familia o amigos •Esconder la comida •Tirar los alimentos •Alteraciones en la ingesta habitual de los alimentos •Cortar los alimentos en pedazos muy pequeños •Comedor nocturno 	<ul style="list-style-type: none"> •Dietante crónico •Vómito auto inducido •Uso de medidas purgativas •Ayuno •Decir que no se tiene hambre •Decir que ya comió •Miedo a la ganancia de peso •Frecuencia excesiva en la medición del peso corporal •Ejercicio desmedido 	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Neumark-Staizner, Butler y Palti (1996 como se citó en Guzmán, 2012).

Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré (2004; 2005) analizaron la influencia de diferentes variables en el seguimiento de dieta restrictiva en una muestra de púberes mexicanos. En el caso de las púberes, los resultados muestran que la influencia de la publicidad actúa como una variable fundamental para la explicación de la dieta restrictiva. Observaron que, cuando la valoración de la propia imagen genera incomodidad, insatisfacción y/o se tiene una percepción de “gordura u obesidad” se llega a la dieta restrictiva. De la misma forma cuando se tiene un alto Índice de Masa Corporal (IMC) las preadolescentes se sienten insatisfechas con su imagen corporal, se perciben como obsesas, se preocupan por el peso y la comida y la conducta esperada es la restricción alimentaria. Los hombres suelen confundir el seguimiento de una dieta nutritiva de poca grasa, consumo de frutas y verduras con una dieta restringida.

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012) en un estudio exploratorio llevado a cabo en 200 niños escolares hombres y mujeres

que abarcaban de los nueve a los 13 años, encontraron que los niños, más que las niñas realizaban mayor número de comidas al día. Este hallazgo confirmó dos situaciones: primero la demanda energética de los niños es mayor, y segunda, la preocupación por el peso corporal es menor. En esta misma línea, los niños de quinto grado eran los que consumían mayor cantidad de alimentos al compararlos con los de sexto, esto hace pensar que ha mayor edad y a mayores cambios corporales debidos a la pubertad, hay mayor preocupación por el peso y la figura. En la adolescencia (entre 14 y 16 años), se presentan el mayor número de conductas de riesgo²³ para desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), como son las dietas, vómitos provocados, uso de laxantes y diuréticos, atracones e insatisfacción con la imagen corporal, todo esto aunado a los déficit de autoestima, los problemas de autocontrol y la regulación emocional, la elección de estudios y de carrera, el surgimiento de la idea de “súper mujer”. Para esta población es necesaria la intervención pues representa la población de mayor riesgo. Las estrategias de prevención deben atender a la alimentación, la autorregulación y las relaciones con los iguales utilizando: estrategias cognitivo conductuales para el manejo de emociones, ayudando a establecer conexiones entre emociones y uso de alimentos o sustancias para evaluar alternativas saludables en el manejo del afecto negativo; cuestionar y discutir los valores personales, con ejercicios que faciliten una autovaloración diferente al éxito académico o profesional, la imágenes de mujeres de medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino; discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos (Rodríguez, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013). El malestar con la imagen corporal no sólo se presenta en las mujeres que tienen sobrepeso o que son obesas. Evitar ganar peso se ha convertido en la actualidad en una obsesión para las mujeres, creada y constantemente reforzada por la

²³ Factores de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2013).

prensa, la televisión y las revistas femeninas que promueven imágenes corporales y modelos de belleza inalcanzables para la mayoría, así como una gran variedad de productos bajos en calorías, dietas que prometen resultados milagrosos, regímenes de ejercicio para mantenerse en forma y estar a la moda, y todo tipo de consejos para vencer el descontrol que las orilla a comer en exceso y las aleja del ideal estético aceptado (Contreras,2002; Aguirre,2000; Bertran, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009 como se citó en González de León, *et al.*, 2009).

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no sólo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece. La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres, adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental. A menudo la percepción de la imagen corporal se toma como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen (Montero, Morales & Carvajal, 2004 como se citó en Montero, *et al.*, 2004). Por lo que independientemente del grado de obesidad, la preocupación por la comida se puede conectar con la insatisfacción de la imagen corporal, resultado de la interiorización de un ideal delgado, y el desarrollo de prácticas riesgosas como son las dietas restrictivas, que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Montero, *et al.*, 2004).

Los estudios con muestras mexicanas reportan que en casi la mitad de las adolescentes (44%) reportan estar insatisfechas con su propia imagen (Gómez-Peresmitré, 1999 como se citó en Gómez Peresmitré, *et al.*, 2001) y es en las adolescentes en las que se encuentra mayor insatisfacción al compararlas con grupos de mujeres de edades más tempranas (*Ibidem*) resultados que llevan a afirmar que niñas de edades cada vez más tempranas (6 a 9) años, ya se encuentran enganchadas con el estereotipo de belleza actual.

Un ensayo aleatorizado y controlado con más de 400 niños en edad escolar en Argentina mostró diferencias de género en la probabilidad de adoptar cambios de vida saludables. Este estudio, publicado en la edición más reciente de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, señaló que las niñas fueron más propensas a incorporar alimentos saludables en sus regímenes, mientras que los niños no aumentaron su ingesta de comida saludable. Tanto los hombres como las mujeres que participaron en esta intervención redujeron su consumo de comidas como hamburguesas y perros calientes (*hot dogs*), pero también incrementaron su ingesta de refrescos y bebidas azucaradas (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2013).

En un estudio realizado por Gómez-Peresmitré y Ávila (1998 como se citó en Saucedo-Molina y Unikel, 2010) con el propósito de explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad en adolescentes encontraron una relación inversa entre conducta alimentaria normal y obesidad y concluyeron que la preocupación por el peso y la comida se incrementan junto con el peso, es decir que, a más peso mayor preocupación, siendo las mujeres las más afectadas. De la misma manera describieron que las mujeres cuentan con más factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación, siendo la conducta alimentaria compulsiva la de mayor peso.

Se debe trabajar sobre el desarrollo puberal, pues la maduración temprana en las mujeres es un factor de riesgo que provoca mayor insatisfacción con el peso y el incremento de la independencia, por lo que se puede actuar en los siguientes rubros: los padres y sus hijos necesitan comprender y aceptar el aumento de la necesidad de independencia; informar sobre los cambios de la pubertad normales, como el incremento de la grasa corporal y los componentes psicosociales; aprender a afrontar las burlas de los otros con entrenamiento asertivo; relajación para regular emociones; educar sobre conductas inadecuadas para afrontar las emociones, incluyendo el uso de comida, drogas y alcohol, entrenar las habilidades del manejo del tiempo, para resistir presiones académicas (Rodríguez, 2006 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Esta preocupación por la comida y las dietas indica que las preferencias sociales vinculadas erróneamente con la delgadez, junto con estilo de

vida, han afectado notoriamente la conducta alimentaria, así como las actividades que giran alrededor de la comida, incluso en las primeras etapas de vida (León *et al.*, 2008; Gila, *et al.*, 2004 como se citó en Guzmán, *et al.*, 2011).

3.4.5. Obesidad y televisión

Se ha señalado al exceso de tiempo frente a una pantalla (televisión, videojuegos y computadoras) como factor importante responsable de la falta de actividad física que conduce a la obesidad y del incremento en el consumo de alimentos con alta densidad energética. Además de que en aquellas familias que comen frente al televisor durante las comidas, incrementan de manera notable su tiempo ante la pantalla perdiendo la oportunidad de socializar (Plazas & Johnson, 2008 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Acor, *et al* (2007 como se citó en Zepeda, 2014) establecen que la inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, lo que condiciona la ganancia excesiva de peso.

Se ha propuesto que la televisión causa un aumento de peso a través de tres efectos principales: 1) por el desplazamiento que hace de la actividad física; 2) porque deprime la tasa metabólica; y por último 3) por los efectos adversos en la calidad de la dieta, ya sea mientras se ve la televisión o en otros momentos debido principalmente a la publicidad de alimentos industrializados en su programación (Ludwig & Gortmaker, 2004 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

La asociación entre el hábito de ver televisión y la obesidad en los niños puede estar relacionada con la publicidad de alimentos no saludables a la que están expuestos mientras lo hacen (Nestlé, 2003; Robinson, 1998 como se citó en Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010). La televisión no sólo modifica conductas y hábitos, sino que promueve el consumo de ciertos productos. De los anuncios publicitarios de televisión destinados a alimentos, el 85% son destinados a la promoción de refrescos, pastelitos y frituras. El 60% de las familias incluyen refresco en la dieta dentro de los primeros diez productos de consumo. Esto ha venido sustituyendo

nuestras tradicionales aguas frescas de frutas (Ramírez, *et al.*, 2003 como se citó en Vizcarra, 2010).

Por lo que los niños que cuentan con este aparato en su recámara evita que realicen otra actividad física teniendo más probabilidades de presentar sobrepeso, por lo que se recomienda que si la televisión está en la recámara de los niños, se retire de ahí antes de que cumplan los dos años de edad (Plazas & Johnson, 2008 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Al respecto, Hernández, Gortmakers y Coldietz (1999 como se citó en *op cit.*) estudiaron a 7,112 niños mexicanos entre 9 y 16 años y observaron una clara asociación entre la obesidad, menor actividad física y el tiempo empleado en ver la televisión, aquellos que veían más tiempo la televisión presentaban mayor riesgo de presentar obesidad.

La publicidad dirigida a los niños ha crecido aceleradamente. En Estados Unidos, el 80% de dicha publicidad corresponde a cuatro tipos de productos: juguetes, cereales, golosinas y restaurantes *fast food* y se estima que los niños de entre dos y once años ven un promedio de cinco mil quinientos anuncios de alimentos no saludables al año. Los estudios han propuesto en evidencia que los niños y adolescentes que ven mucha televisión tienen más probabilidades de tener actitudes no saludables hacia la alimentación y hábitos alimentarios no saludables (MMWR, 1996 como se citó en Saforcada *et al.*, 2010). Asimismo, la cantidad de tiempo que los niños miran televisión es un predictor significativo de la frecuencia con que los niños piden a sus padres la compra de alimentos publicitados en ese medio (Kunkel y col., 2004 *op cit.*).

Los medios de comunicación masiva suelen ser una gran influencia para los preadolescentes, ya que estos ya que éstos les presentan imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos, sin problemas de peso, lo cual les provoca una excesiva preocupación por su imagen corporal y una intolerancia ante el cuerpo que tienen demasiado flaco o demasiado gordo (Papalia y Wendkos, 1992 como se citó en Castro *et al.*, 2013).

Aranceta, Pérez, Ribas & Serra, 2005; Azcona *et al.*, 2005; Duré *et al.*, 2005 como se citó en Zepeda, 2014) consideran que la televisión se ha convertido en uno de

los factores de riesgo ambientales más comunes para desarrollar obesidad infantil, ya que los niños que ven más horas la televisión tienen más posibilidad de tomar aperitivos mientras están delante del televisor, y a la vez la televisión reemplaza las actividades al aire libre que consumen más energía, como los juegos o deportes. Esto se debe, en parte a que la televisión anuncia alimentos con alto contenido calórico y los personajes de la televisión, en general, muestran hábitos alimentarios inadecuados.

La estrategia persuasiva más utilizada en los avisos dirigidos a los niños es la asociación del producto con la diversión y la felicidad, sin información concreta sobre él. Las publicidades dirigidas a los niños evitan toda apelación a lo racional, siendo, más bien, piezas de entretenimiento. Otra estrategia, que según las investigaciones psicológicas realizadas, incrementa la eficacia de los anuncios dirigidos a los niños, es la utilización de personajes de ficción y figuras populares. De esta manera se establece en la mente una relación engañosa entre aspectos recreativos y alimentarios. Numerosas investigaciones de psicología infantil han puesto en evidencia que los niños pequeños no tienen las habilidades cognitivas necesarias para comprender los mensajes comerciales del modo en que lo hacen los adultos o los niños mayores, y por ello, son especialmente vulnerables a su influencia. En particular, los niños menores de ocho años no comprenden el objetivo que conlleva un comercial es persuadir al televidente a que comer el producto y que la perspectiva e intereses del anunciante son diferentes de las espectador; tampoco son capaces, todavía, de utilizar habilidades de pensamiento crítico par decodificar las estrategias de marketing que subyacen en este tipo de mensajes (Kunkel y col., 2004 como se citó en Saforcada, *et al.*, 2010).

En general podemos decir que un niño que tenga predisposición genética a la obesidad que viva en un ambiente social en el que los alimentos hipercalóricos sean de fácil acceso y cuya familia tienda a ser sedentaria, tendrá mayor riesgo de llegar a ser obeso que un niño que tenga predisposición similar, pero que viva en una familia más activa físicamente y con un régimen alimentario más saludable. Los medios de comunicación masiva suelen ser una gran influencia para los preadolescentes, ya que éstos les presentan imágenes estereotipadas

de jóvenes atractivos, sin problemas de peso, lo cual les provoca una excesiva preocupación por su imagen corporal y una intolerancia ante el cuerpo que tienen demasiado flaco o demasiado gordo (Papalia y Wendkos, 1992 como se citó en Castro *et al.*, 2013).

3.5. Factores socioeconómicos

Los procesos económico sociales, en particular la distribución de ingresos, tienen fuerte impacto en la situación nutricional, debido a que condicionan el acceso a los alimentos (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

Los cambios en los estilos de vida comenzaron con el proceso de globalización, el cual tuvo su gran auge con la apertura de las fronteras internacionales al comercio y las personas en el siglo XX. Con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que entró en vigor en 1994 entre México, Canadá y Estados Unidos y su consecuente entrada de grandes franquicias alimentarias se ha observado un alza progresiva en la prevalencia e incidencia de obesidad entre los mexicanos, esto aunado a que bajo el modelo neoliberal propicio el crecimiento de las ciudades y trajo consigo un aumento de la desigualdad social como consecuencia, del desempleo, bajos salarios, la falta de acceso a servicios básicos y la introducción de productos y cadenas de alimentos que no son de buena calidad en donde la nutrición ha dejado de ser una cuestión de salud para convertirse en objeto de un mercadeo que vende productos repletos de azúcar, grasas y sodio, accesibles en la población de escasos recursos ocasionando sobrepeso y obesidad (Drucker, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010).

En México las últimas cifras oficiales precisan que de una población total de alrededor de 105 millones de habitantes, 50 por ciento vive en pobreza y 15 por ciento se ubica en el umbral de extrema pobreza, es decir, que viven con un dólar o menos al día siendo los grupos indígenas los que más sufren (Rodríguez, 2007 como se citó en Vizcarra, 2010).

La canasta básica actual de los mexicanos da muestra de estos cambios en el estilo de vida. Dicha canasta debería contener un conjunto de bienes y servicios indispensables para que una familia satisfaga sus necesidades básicas de consumo

a partir de su ingreso, lo que supone solo debería contener productos con alto valor nutricional en los alimentos. Sin embargo se incluyen varios productos industrializados los cuales contienen sustancias dañinas para la salud como saborizantes y colorantes artificiales, conservadores o grandes cantidades de sodio como, concentrados de pollo y sal, chiles procesados, galletas de caja y otras galletas, pan de caja, puré de tomate y sopas enlatadas. De igual manera incluye como un producto básico en la alimentación de los mexicanos, el refresco, el cual contiene grandes cantidades de azúcar (Procuraduría Federal del Consumidor, 2005 como se Vizcarra, 2010). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares (2000) el mexicano destina casi el 30% de su ingreso a la alimentación y del cual el 10% se destina a refrescos, convirtiéndolo así en el segundo país consumidor de bebidas gaseosas en el mundo sólo después de Estados Unidos. Por lo que en los hogares mexicanos se gastan casi lo mismo para el consumo de leche (641 pesos trimestrales) que en bebidas alcohólicas y embotelladas (544 pesos trimestrales) (Fuentes, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010).

México es uno de los países con mayor consumo de refrescos y bebidas azucaradas. Según los resultados de las encuestas nacionales de salud de 1999 a 2006, el número de hogares que consumen refrescos embotellados aumentó de 48% a 60% durante dicho período. Más aún, la Encuesta de Salud en Escolares 2008 colocó a los refrescos entre los cinco productos más consumidos en las escuelas primarias y secundarias públicas del país. Por otro lado, los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México revelaron que, según lo declarado por los niños, solamente 28.1% de su consumo total de líquidos corresponde a agua o infusiones sin cafeína ni azúcar, contra 44% correspondiente a bebidas de alto valor calórico, tales como líquidos azucarados con y sin gas (refrescos), aguas de sabores, bebidas endulzadas con sabor a fruta y néctares (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando S, Franco , Cuevas, Romero y Hernández, 2012).

Los precios elevados de las frutas y verduras frescas y de otros alimentos de alta calidad nutricional los hacen inaccesibles para las familias trabajadoras de ingresos

más bajos haciendo más accesible los diversos alimentos que ofrece la industria alimentaria dado su gran poder de saciedad, su sabor agradable y su alta densidad energética pero deficientes en otros nutrientes esenciales y su bajo costo (Peña & Bacallao, 2000 como se citó en Vizcarra, 2010).

Hay una distribución diferencial de la dieta en los distintos grupos sociales que está condicionada (en lo que a los factores económicos se refiere) por el nivel de ingresos de la familia, por un lado y el precio de los alimentos por el otro (Saforcada, *et al.*, 2012). Así tenemos que en los sectores de menor nivel socioeconómico tienden a ingerir alimentos de mayor densidad, valor calórico y contenido de grasas saturadas que son, a su vez, los de más bajo precio y los que se producen mayor sensación de saciedad. Estos alimentos son, también los que más engordan y los que, por otra parte, tienen menor valor nutritivo.

Peña y Bacallao (2000 como se citó en Vizcarra, 2010) observaron que un problema social asociado con la obesidad en coexistencia con la desnutrición infantil, es la pobreza. Hasta hace algunas décadas se podía afirmar que la obesidad tenía una asociación directa con el estatus socioeconómico: a mayor nivel socioeconómico, mayor obesidad. Sin embargo, el comportamiento parece distinto en las naciones menos desarrolladas, donde se presenta una relación inversa entre el estatus socioeconómico y la obesidad: los individuos más pobres son los que presentan obesidad en mayor proporción. En la actualidad, incluso coexisten, dentro de una misma familia, miembros obesos y desnutridos (Kaufer-Horwitz, Tavano-Colaizzi & Ávila-Rosas, 2008 como se citó en Olaiz, 2010). Ello no significa que en todas las poblaciones la obesidad sea una consecuencia de la pobreza, pues en muchas poblaciones subyace la carencia y el hambre. Por lo que la alta incidencia de sobrepeso y obesidad en países como México, indica que deben buscarse otras causas que no tengan que ver directamente con su nivel de desarrollo, sino con la expansión de los procesos de globalización que afectan los estilos de vida tanto de poblaciones pobres como en las que cuentan con mejores ingresos (Carmona & Vizcarra-Bordi, 2009).

En un estudio realizado por Hernández y colaboradores (2003 como se citó en Vizcarra, 2010) con el propósito de definir los factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Encontraron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se asoció positivamente con el alfabetismo del padre, la escolaridad de la madre y la edad de los niños. El estudio mostró que el alfabetismo del padre representa un factor de riesgo para la presencia de sobrepeso y obesidad en los niños. Así mismo encontraron que el nivel socioeconómico y la escolaridad materna se asociaron con la obesidad, esta asociación positiva puede relacionarse con estilos de vida más sedentarios y cambios en la dieta en estratos socioeconómicos más altos de la población.

Por otra parte, la cantidad de padres y madres que trabajan fuera del hogar es mayor que hace algunas décadas, los niños muchas veces se alimentan sin supervisión adulta o según el criterio de otros cuidadores. Asimismo, las horas que destinan tradicionalmente “las mujeres” hoy al trabajo fuera de casa han quitado el tiempo que antes dedicaban a la cocina casera, tradición que se está perdiendo, el tiempo para la mesa familiar se está perdiendo debido a la aceleración y las exigencias de la vida moderna, perdiendo una oportunidad de acrecentar los vínculos interpersonales. La actitud que los padres asumen frente al consumo de golosinas, *snacks* dulces y salados y gaseosas entre comidas es otro factor importante en los hábitos alimentarios de los niños (Mozobancyk, 2012).

Ortiz, Acosta, Núñez, Peralta & Ruíz (2007), realizaron un estudio con niños en edad escolar entre cuarto y sexto de primaria de escuelas públicas y privadas de nivel socioeconómico alto, mediano y bajo, en el cual encontraron que la inseguridad alimentaria (posibilidad de adquirir alimentos) es un factor primordial en el desarrollo de la obesidad ya que en niveles socioeconómicos bajos la dieta que consumen los niños es más alta en grasa y tiene periodos de restricción de alimentos seguidos de periodos de alto consumo, lo que desencadena un desequilibrio metabólico originando la obesidad.

La importancia del nivel económico del grupo familiar es determinante de su dieta, sin embargo, no es el único factor a considerar, dado que influyen también otros factores sociales y culturales como el nivel educativo y de información de los padres, las modalidades de crianza de la familia y el grupo cultural de pertenencia, las creencias y valoraciones hacia los alimentos y la alimentación, entre otros (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

CAPÍTULO 4. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

De manera inicial se abordarán conceptos básicos del proceso salud-enfermedad, para incorporar la perspectiva de Género en Salud. Existen diversas teorías en Psicología que se interesan en el análisis, la explicación y la comprensión de las nociones de salud y enfermedad. La manera en cómo definamos la salud y enfermedad tendrá implicaciones para la teoría, la práctica, las políticas y la promoción de la salud (Mark, Murray, Evans, Willing, Woodall y Spykes, 2008 como se citó en Flórez, 2007).

4.1. Proceso salud-enfermedad

El informe presentado por Marc Lalonde en 1974, en Ottawa (Lalonde, 1974 como se citó en Flórez, 2007) en este informe, Lalonde hace referencia a los cuatro grandes componentes del campo de la salud: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención a la salud. Allí se caracteriza el estilo de vida como “el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control” (Lalonde, 1996 como se citó en Flórez, 2007).

Una de las consecuencias más importantes de esa referencia a la salud como un campo, es el afianzamiento de la conceptualización acerca de la salud como un proceso y no como un estado, cambio de gran importancia si se toma en cuenta que conduce a pensar en todos los factores que determinan la evolución del proceso y da un mayor atención a todos ellos. Uno de estos factores, es el estilo de vida, el cual entra en interacción tanto con los factores biológicos, como con los medioambientales y con los servicios de salud, para dar como resultado un

determinado estado del proceso salud enfermedad, estado que puede ubicarse en un extremo próximo al de salud positiva (no la inexistente completo bienestar), o en el otro, al de muerte prematura (no al de la necesaria muerte) (Terris, 1980 como se citó en Flórez, 2007).

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico de las interacciones medioambientales y sociales. Se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de la alteración del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.). Por lo tanto, la Psicología de la Salud determina cuatro pilares principales para atender el proceso salud-enfermedad: promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, etiología y correlatos de la salud enfermedad y las disfunciones), y el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Amigo, Rodríguez & Pérez, 2009 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

Dentro del área de conocimiento de la Psicología, se encuentra una forma de pensamiento dedicada a la salud, considerando la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en tres niveles importantes, el conceptual, metodológico y en la organización de los servicios a la población, dicha área se le conoce como la Psicología de la Salud (Libertad, 2003). La Psicología de la Salud se encuentra interesada en abarcar todos los aspectos psicológicos que pueden intervenir en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar, en la enfermedad, la recuperación y así mismo, la prestación de servicios de salud a la población.

Matarazzo (1980 como se citó en Castro, *et al.*, 2010) consideró la Psicología de la Salud como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas". En cuanto a la intervención, se ha creado un modelo capaz de

promocionar la salud, prevenir enfermedades, proporcionar atención a los enfermos y las personas con secuelas, y adecuar los servicios de salud a las necesidades de las personas. Es aquí como la psicología de la salud denota a la enfermedad como cualquier otro evento natural, el cual posee una historia natural de evolución.

Grau (1998, como se citó en Libertad, 2003), propone un modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad, el cual puede sintetizarse de la siguiente manera:

1. Salud.

- Conducta saludable.
- Modelos salutogénicos.
- Modelos de creencias de salud.
- Factores de riesgo, estrés, variables personales.

2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada.

- Problemas psicológicos de los programas de diagnóstico.

3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada.

- Búsqueda de ayuda médica.
- Atribuciones, estigmas.

4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico.

- Comunicación del diagnóstico.
- Dolencia. Enfermedad.
- Rol de enfermo.

5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento.

- Adherencia terapéutica.
- Recuperación.
- Estado crónico. Adaptación y ajuste a la enfermedad.

6. Calidad de vida del enfermo crónico.

- Enfermedad después del tratamiento.
- Discapacidad. Rehabilitación.
- Muerte, Afrontamiento a la muerte.

El antecedente de éste modelo surge de la epidemiología clásica, donde se explora que la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Este esquema propone un período de prepatogénesis, el cual se refiere a la etapa de todo aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y actores medio ambientales que facilitan o potencian el efecto de estímulos salutógenos cotidianos desde antes de enfermarnos. Más tarde se puede llegar a iniciar un periodo de patogénesis, es decir, se comienza a desarrollar la enfermedad, entonces el padecimiento puede evolucionar hasta un extremo, a partir de la interacción entre el anfitrión humano y los estímulos patógenos. Después se tiene la enfermedad temprana perceptible, que en dependencia de la intervención se convierte en enfermedad avanzada, que puede a su vez desencadenar un estado crónico, incapacidad o llevar a la muerte, o lo contrario, si hay intervención adecuada se puede lograr la recuperación en cualquiera de sus estadios (Libertad, 2003).

Desde la perspectiva cognitiva en psicología de la salud, la autoeficacia es poco menos que como “aspirina psicológica”, en tanto que se le adjudica un efecto protector de la salud, un efecto previsor de la enfermedad y un efecto terapéutico. Varias revisiones sobre la utilidad del concepto en el ámbito de la psicología de la salud han contribuido a este resultado (O’Leary, 1992; Schwarzer, 1992; Villamarín, 1990, 1994; Rosales Nieto, 2004 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).

Es así como la Psicología, toma un papel decisivo para la resolución de los problemas relacionados con los estilos de vida y la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas. En paralelo, se trabaja para estimular las conductas principales relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores como la práctica de ejercicios físicos, prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumos de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros. Por tanto se ha continuado el trabajo en la búsqueda de

una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud (Rodríguez, 1995 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013). Este panorama no ofrece aún respuestas acabadas pero sí el intento de búsqueda, de modelos explicativos que permitan elaborar estrategias de promoción de salud científicamente fundamentadas (Libertad, 2003).

De acuerdo con Sánchez-Sosa (2002 Como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013), diversos actores pueden contribuir a salvaguardar, perder o recuperar la salud, sin embargo cinco de ellos son fundamentales: los factores hereditarios, la calidad del ambiente, el acceso, la calidad de los servicios de salud y los comportamientos humanos. El control de las enfermedades ayuda a las personas a vivir más tiempo y a disfrutar una vida sana (OMS, 2005, *op cit.*). Aunque las enfermedades no pueden desaparecer se puede reducir su aparición y gravedad, ya que hoy en día se cuenta con la previsión y prevención de ellas (Rodríguez-Salgado, 1999 *op cit.*).

Variables cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita (Lau, 1997 como se citó en Vizcarra, 2010). Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad (Libertad, 2003).

La autoeficacia percibida constituye una herramienta de la Psicología de la Salud, en tanto que se le adjudica un efecto protector de la salud, un efecto previsor de la enfermedad y un efecto terapéutico. Varias revisiones sobre la utilidad del concepto en el ámbito de la psicología de la salud han contribuido a este resultado, tanto en promoción de la salud como en prevención de la enfermedad (O'Leary, 1992;

Schwarzer, 1992; Villamarín, 1990, 1994; Rosales Nieto, 2004 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).

4.2. Promoción de Salud

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa-Canadá en 1986, la OMS refirió que la promoción de la salud es el proceso mediante el cual se capacita a las personas con el fin de acrecentar el control de su salud y de este modo, alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, ya sea individualmente o en grupo, de tal manera que sea capaz de identificar y llevar a cabo aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse a su entorno (OMS, 1986 como se citó en Zepeda, 2014).

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global, con la finalidad de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el objetivo de disminuir el deterioro y su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998 como se citó en Vizcarra, 2010). La Promoción de la Salud es realizada por y con la gente, sin ser una imposición o dadivosidad. Esta ayuda a ampliar la capacidad de la persona, de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los agentes determinantes de la salud. Para ello se requiere de la infraestructura necesaria, por lo que es necesario buscar financiamiento en las esferas local, nacional y mundial (OMS, 1997 *op cit.*).

Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), impulso de políticas públicas saludables (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1996 *op cit.*), se deben de identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para alcanzar el bienestar. Son tres los objetivos principales en los que se debe prestar atención: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los

servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998 como se citó en Zepeda, 2014), menciona que la promoción de la salud no es exclusiva del sector sanitario, además de que promueve la participación activa en la promoción de la salud considerando las siguientes estrategias: a) elaboración de una política pública sana, ya que debe formar parte de los programas políticos, en todos los sectores y niveles; b) la creación de ambientes favorables, los ambientes naturales deben ser una prioridad en todas las estrategias de promoción de la salud, debido a que los cambios en las formas de vida, trabajo y ocio afectan a la salud, promoviendo condiciones gratificantes, agradables, seguras y estimulantes; c) reforzamiento de la acción comunitaria, para elaborar estrategias que alcancen un mejor nivel de salud, las comunidades son de suma importancia; d) desarrollo de las aptitudes personales, impartir información y educación sanitaria contribuye al desarrollo de aptitudes y un mejor control sobre la propia salud y el medio ambiente; e) reorientación de los servicios sanitarios, la promoción de la salud no depende exclusivamente de los servicios sanitarios, sino de la colaboración de individuos articulares, grupos comunitarios y profesionales de la salud, ya que es multidisciplinaria.

Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad), tiene como actividades:

- Impulsar por la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos.
- Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos.
- Diseñar incentivos para la reducción de las porciones que se ofertan en alimentos industrializados y en restaurantes.
- Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
- Explorar nuevas formas de regulación comercial de sucedáneos de la leche materna.
- Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.

- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y hacer accesibles la disposición de alimentos procesados que se lo permitan.
- Desarrollar apoyos directos a productores locales para la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional (como lo son los granos enteros).
- Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana).
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013).

Desde el enfoque de Promoción de la Salud, uno de los aspectos centrales a comprender es que individuo y sociedad son parte de una dialéctica constructiva permanente, ya que la sociedad produce sujetos sociales portadores de ideologías, visiones, valores, normas, creencias, propias de los contextos en que han sido socializados, a la vez que estos sujetos reproducen y recrean el contexto social del cual son emergentes.

Para el psicólogo sanitarista, el objeto de intervención es la salud entendida en su plano colectivo, su accionar siempre se ubica en el campo psicosocial, es decir, en el marco de las interacciones sociales a partir de las cuales se construyen valores, percepciones, creencias, representaciones sociales, culturas y subculturas, prácticas sociales, modalidades de organización y participación, redes, espacios de poder y en fin, todos aquellos procesos intersubjetivos que, por una parte

configuran los estilos de vida, y por otra, modelan los ambientes físicos y sociales en los cuales los grupos humanos viven (Saforcada, et al., 2012).

4.3. Prevención de enfermedad

La prevención de la enfermedad establece las medidas destinadas para prevenir la aparición de la enfermedad, así como idear soluciones para reducir los factores de riesgo, detener su avance y atenuar las consecuencias cuando la enfermedad se ha establecido (OMS, 1986 *op cit.*). Las acciones de prevención de la enfermedad se presentan mínimo ante la amenaza de enfermedad o para reducir factores de riesgo.

Las medidas de prevención de la enfermedad se pueden realizar en tres niveles:

1. Primaria. La cual pretende evitar la aparición inicial de alguna enfermedad.
2. Secundaria. Tiene como objetivo principal detener o retardar la enfermedad ya presente en el individuo y los efectos que genera, través de la detección temprana y el tratamiento adecuado.
3. Terciaria. Se encarga de reducir lo más posible la recidividad (posibilidad de recaer) y el establecimiento de la cronicidad mediante la rehabilitación o cirugía reparadora (OMS, 1986, como se citó en Vizcarra, 2010).

De acuerdo con Striegel-Moore y Steiner-Adair (1998 como se citó en Vizcarra, 2010), la intervención primaria es el factor más adecuado para la recuperación y el método más económico para evitar tratamientos altamente costosos. Existen algunos factores para conservar la salud, éstos se denominan protectores y son: atributos temperamentales de adaptabilidad, adecuada relación intrafamiliar, red de hermanos, soporte comunitario positivo. Cuando alguno de estos factores falla ocasiona la pérdida del equilibrio que nos permite estar sanos, provocando una alteración en el funcionamiento adecuado de las personas, ya que al estar enfermos se presentan cambios tanto físicos como psicológicos que crean reacciones y actitudes negativas.

De acuerdo con Calzada (2005 como se citó en Castro, *et al.*, 2013) los tres tipos de prevención de obesidad se describen a continuación:

- a) Prevención primaria se identifican los riesgos generales asociados al desarrollo de la obesidad, con el objetivo de establecer medidas que permitan a la población general poder identificarlos y evitarlos. Se consideran como periodos de alto riesgo para el desarrollo de la obesidad el tercer trimestre del embarazo, los dos primeros años de vida, los dos años que anteceden a la pubertad, la pubertad especialmente en el sexo femenino y los dos años siguientes al término de la pubertad.
- b) Prevención secundaria se basa en el reconocimiento temprano del exceso de adiposidad en hombres y mujeres de cualquier edad con la finalidad de establecer un programa de educación en el que se pueda modificar el estilo de vida y así ayudarles a perder el sobrepeso, manteniendo una relación adecuada peso/talla un índice de masa corporal así como un tejido adiposo subcutáneo adecuados para la edad. Algunas recomendaciones generales en la prevención secundaria de la obesidad son: involucrar a todos los familiares que viven en la misma casa, ya sea que presenten o no obesidad, que las modificaciones que se implementen en el estilo de vida no sean vistas como un castigo o actividad transitoria; que no se utilice la comida como un incentivo o recompensa afectiva; no consumir alimentos mientras se realizan otras actividades ya sean recreativas o sedentarias; evitar términos que puedan estigmatizar o agredir como “obeso o gordo”.
- c) Prevención terciaria tiene como objetivo principal la recuperación de la función física y psicosocial mediante la evaluación e identificación de los riesgos de morbilidad del niño (a) obeso entre las que se encuentran las ortopédicas, cardíacas, pulmonares, psicológicas y sociales.

La importancia de la prevención de la obesidad radica en su naturaleza de enfermedad incurable y en los riesgos que implica. Su manejo es complejo debido a que no es posible eliminar los alimentos del entorno de la persona obesa (García, *et al.*, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010).

Yeste, *et al* (2008 como se citó en Zepeda, 2014) coinciden en que la prevención debe dirigirse hacia la familia fomentando formas adecuadas de alimentación y

estimulando la actividad física, pero también al entorno social, así como a los diseñadores de espacios públicos en escuelas y ciudades, industrias de la alimentación, autoridades sanitarias y públicas.

Colmer, *et al.* (2005 como se citó en Zepeda, 2014) proponen que las estrategias para la prevención primaria se relacionen con consejos dirigidos a toda la población que se resumen en:

- Intervención prenatal sobre los factores relacionados con el peso elevado al nacimiento
- Potenciar los patrones de alimentación saludable
- Promoción de la lactancia materna y correcta introducción de la alimentación complementaria
- Respetar el apetito de los niños y no forzar la alimentación
- Restringir el consumo de alimentos energéticamente densos (tentempiés) y refrescos
- Dieta equilibrada con consumo adecuado de grasas, frutas y verduras (campañas 5 al día, plato del buen comer).
- Práctica de actividad física regular
- Reducción de actividades sedentarias (televisión, video, ordenador y videojuegos) limitándolas a un máximo de 1-2 horas al día.
- Implicar a toda la familia en las actividades recomendadas, potenciar estilos de vida saludables en los padres como modelos.
- Tener en cuenta las posibilidades del entorno y las características culturales y sociales de la familia al realizar las recomendaciones.

En cuanto a los pediatras, Bartina, (*et al.*, 2004 como se citó en Zepeda, 2014) consideran que las principales medidas preventivas que debe indicar son:

- Recomendar no comer mientras se ve la TV
- Disminuir (consenso) las horas de TV
- Evitar la TV en los cuartos de los niños
- La implicación del niño en las tareas domésticas

- Intentar realizar actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.)
- Implicar a la familia en este estilo de vida más activo en los fines de semana menos sedentarios.

La OMS (2013 como se citó en Zepeda, 2014) recomienda que para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud de niños y jóvenes entre 5 y 17 años es necesario que inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. Por último, la actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular músculos y huesos.

4.4. Diferencia entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

De acuerdo con la OMS (1986 como se citó en Zepeda, 2014) la prevención se utiliza como término complementario a la promoción de la salud y debe especificarse su diferencia. La prevención es la acción que normalmente emana del sector sanitario, que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables que pueden estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS como se citó en Vizcarra, 2010), señala las diferencias principales entre promoción y prevención como:

Prevención

Es una acción que proviene del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo.

Posee un enfoque de riesgo.

Elabora medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad.

Realiza medidas específicas para el control de determinadas enfermedades.

Se dedica a la identificación de causas modificables de la enfermedad.

Es más efectivo cuanto más temprano se frene el curso.

Toma medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.

Y hace un énfasis en proveer una alta motivación del tratante y el tratado.

Promoción

Es un proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control de su propia salud.

Utiliza un enfoque poblacional.

Realiza esfuerzos para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.

Requiere de buenas estructuras sociales de base.

Posee gran potencial de mejorar indicadores de salud.

Es más efectivo entre más temprano se inicie.

Toma medidas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos.

La percepción individual del beneficio es poca (Rodríguez, 2006 como se citó en Vizcarra, 2010).

4.5. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la Teoría Social Cognitiva

Una intervención que se engloba dentro del marco de la promoción de la salud alimentaria y actividad física en escolares, donde se utilizó como herramienta de intervención la Autoeficacia Percibida y la Teoría Social Cognitiva fue la realizada por el Departamento de Vigilancia de la Nutrición del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con el DIF Estado de México mediante una estrategia de orientación en alimentación saludable y actividad física en escolares del Estado de México en 2007.

La intervención se fundamentó en modelos teóricos de desarrollo cognitivo, aprendizaje social y el modelo ecológico. Además con la Teoría Histórico Social, en la Teoría Social Cognitiva (Shamah Levy, 2011). Se enuncian algunos talleres que integraron las actividades dirigidas a escolares, maestros, padres de familia y comunidad escolar:

Con respecto al aumento de uno de las fuentes de la autoeficacia percibida, la experiencia previa, se ubica el Taller de Cocina, donde los alumnos (as) mediante la práctica guiada sustituyen alimentos chatarra por verduras y frutas, y evalúan sus avances en las metas propuestas. Con respecto al Aprendizaje Vicario, mediante la estrategia de modelaje, se implementó un video con los testimonios de alumnos (as) bebiendo agua simple durante los recreos. Persuasión social, en la que se invita a los alumnos (as) a incluir frutas y verduras en el refrigerio escolar y en la actividad física, mediante una obra de teatro. Estado fisiológico y emocional, se buscó la resistencia a las presiones sociales mediante la planificación de cómo hacer frente a situaciones. En el taller alternativas para incrementar la actividad física considerando su dinámica familiar, las preguntas que atienden a este aspecto fueron. “¿qué dificultades has tenido para realizar la actividad física que te gusta?”, “¿Qué puedes hacer para vencer esas dificultades y realizar la actividad física que te gusta?” (Shamah Levy, 2011).

En definitiva, el profesional de la salud puede fomentar las creencias personales de éxito de los usuarios proporcionándoles información basada en estos cuatro componentes. Puede sugerirles al inicio de un plan de acción que se fijen metas realistas, poco exigentes y en plazos cortos de ejecución, asegurando las experiencias de éxito desde el principio para ir poco a poco aumentando el esfuerzo requerido. También puede invitarles a que observen en su entorno personas similares a ella, que se fijen en las acciones que realizan, cuándo, cómo las realiza y el impacto que produce su ejecución en ellas. Puede contar con la colaboración de otras personas que puedan servir de modelo para que compartan sus experiencias de logro. Puede contar con modelos simbólicos (p. e. un video en el que se muestra a un actor realizando las conductas que se desean aprender, o bien invitándolos a que se imaginen ellos mismos realizando la acción). La autorregulación de conductas saludables no se alcanza mediante un acto de voluntad. Requiere el desarrollo e destrezas auto regulatorias. Para generar el sentido de eficacia, las personas deben desarrollar destrezas sobre el modo de influir sobre su propia motivación y conducta. En tales programas, aprenden a observar la conducta y a buscar el cambio, el modo de establecer subtemas posibles

que les motiven y dirijan sus esfuerzos y el modo de recoger incentivos y apoyo social para sostener el esfuerzo necesario para alcanzar sus objetivos. Una vez equipados con las destrezas necesarias y la confianza en sus capacidades, las personas son más capaces de adoptar las conductas que promueven la salud y de eliminar aquellas que la perjudican (Bandura, 1999 como se citó en Olivari y Urra, 2007).

El enfoque de Salud pública basado en el Género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello nos sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia. Sin duda la salud es un campo privilegiado para identificar y analizar estas diferencias, que suelen convertirse en inequidades debido en parte a que su estructura y operación se basan en gran medida en la existencia de estereotipos culturalmente contruidos acerca del papel diferenciado de las mujeres y los hombres en el cuidado de sí, así como de otras personas.

En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general: Tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención.

El enfoque de Salud Pública basado en el Género nos ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de la mujer y determinar formas de abordarlos en mujeres de todas las edades. Por ejemplo, sabemos hoy que las enfermedades cardiovasculares son una importante causa de mortalidad femenina. Sin embargo, no se reconoce suficientemente este hecho, lo que retrasa la búsqueda de tratamiento y el diagnóstico entre las mujeres. La identificación de diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares ha permitido formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces, lo que a su vez ha redundado en

mejoras de la salud de la mujer en muchos países (Organización Mundial de la salud, 2007).

Indudablemente necesitamos re-educarnos, ir decostruyendo nuestros propios estereotipos para lograr mayor coherencia en lo que creemos, hacemos, sentimos, pensamos y decimos. Y frente a los comportamientos, gestos y actitudes sexistas de los /as estudiantes. Acciones que podemos hacer:

- Escuchar, observar, intervenir y detener las situaciones donde se manifieste sexismo.
- Vigilar las actitudes que validan, permiten o consisten comportamientos agresivos (por ejemplo, cuando los niños y las niñas alientan las peleas o mantienen total silencio después de haber sido violentadas/os de alguna manera).
- Generar espacios de diálogo, en los que las niñas y niños puedan reflexionar y debatir problemas, encontrar soluciones y planificar su gestión (para que se concreten es indispensables que acompañemos en esta gestión). Estos espacios servirán a docentes y alumnas/os para develar los prejuicios prestar atención a los comportamientos sexistas, posicionarse frente a los mismos implicándose cognitivamente y afectivamente (Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social., 2012).

En contextos como el de México, a medida que aumenta el nivel de desarrollo económico los fenómenos del sobrepeso y la obesidad se extienden entre los sectores sociales pobres, particularmente entre las mujeres, lo cual profundiza las desigualdades sociales y las inequidades de género. Tener sobrepeso u obesidad implica, sobre todo para las mujeres, ser objeto de estigmas culturales apoyados por los discursos de la medicina y la nutrición, que han contribuido a legitimar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez y a imponer un modelo orientado a instaurar normas y conductas saludables para estandarizar los comportamientos sociales frente a la alimentación (Contreras, 2002; Aguirre, 2000 y Ortiz, 2006 como se citó en González de León, D. *et al.*, 2009). En apego a este modelo, el personal de salud ofrece, de manera simple o sofisticada, una serie de recomendaciones

alimentarias para prevenir el sobrepeso y la obesidad, cuyos contenidos se traslapan con la moral y se transmiten como si se tratara de cumplir con los diez mandamientos: si se cumple con las recomendaciones se evitan trastornos y enfermedades, pero si se transgreden tarde o temprano aparecerán el castigo de la obesidad y la amenaza de enfermedades graves y mortales. Este nuevo discurso sobre la alimentación ignora la fuerte influencia del entorno socioeconómico y cultural en el aumento de la obesidad y culpabiliza a las personas por no ser capaces de controlar su apetito y sus tentaciones frente a la comida. Este discurso, lejos de contribuir a las posibles soluciones del problema genera en las personas situaciones de gran conflicto que son más frecuentes y evidentes entre las mujeres (Contreras, 2002; Aguirre, 2000 y Ortiz, 2006 como se citó en González de León, *et al.*, 2009).

El Estado Mexicano tiene la obligación de respetar y garantizar los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, de todos los hombres y mujeres que se encuentren en su territorio, independientemente de su origen étnico, edad, condición social, religión, o estado civil, entre otros. Esta obligación no sólo está establecida en la Constitución Política del país, sino también en los instrumentos internacionales (conferencias, convenciones, etcétera) firmados y ratificados por México, algunos de los cuáles tienen un carácter vinculante y por tanto obligatorio, y otros tienen un carácter orientativo y de compromiso. Asimismo, esta obligación aparece reflejada en las leyes adicionales, creadas para la aplicación de los compromisos internacionales y debe ser traducida en políticas y programas de acción, que consideren las diferencias y necesidades de cada uno de los sexos, en los diferentes ámbitos relacionados directa o indirectamente con la salud (Laura Pedrosa y Francisca Venegas como se citó en González de León, D.; Bertrán, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S., 2009).

CAPÍTULO 5. MÉTODO

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1. OBJETIVOS

5.1.1. General

Obtener una caracterización de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso en preadolescentes escolares.

5.1.2. Objetivos específicos

1. Evaluar Factor “Actividad Física Cotidiana” de las/los preadolescentes escolares.
2. Evaluar Factor “Actividad Física Programada” de las/los preadolescentes escolares.
3. Evaluar Factor “Alimentación Saludable” de las/los preadolescentes escolares.
4. Evaluar Factor “Estilo de Alimentación “de mujeres preadolescentes escolares.
5. Evaluar Factor “Estilo de alimentación e internalidad” de hombres preadolescentes escolares.
6. Obtener el nivel de Autoeficacia Percibida de Control de peso en preadolescentes escolares diferenciada por Género.

5.2. TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de modalidad descriptivo de dos grupos.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986 como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

El estudio de campo, son investigaciones científicas no experimentales, dirigidas a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas y educativas en estructuras sociales reales (Rojas, 1985). En esta investigación se evaluaron las características o atributos de Autoeficacia hacia el Control de Peso de preadolescentes escolares, en sus factores de conductas alimentarias y actividad física.

5.3. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Ante los índices de Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes, se plantea mantener un peso corporal adecuado de acuerdo a su estatura y edad mediante el seguimiento de conductas alimentarias saludables y la realización de actividad física.

Los roles, comportamientos, preferencias y atributos que definen lo que significa ser hombre o mujer, en un determinado entorno y que determinan expectativas, reglas, normas de conducta específicas por el hecho de pertenecer a un sexo inciden en los hábitos de alimentación y en la actividad física, que pueden repercutir en el desequilibrio energético que provoca sobrepeso y obesidad. Por lo que Percibirse capaz o incapaz de realizar determinadas conductas puede determinar el proceso de salud-enfermedad de las personas. Hombres y mujeres perciben de diferente manera, esta diferencia se debe a los roles, comportamientos, preferencias y atributos que se esperan para cada persona en un momento dado, que suelen convertirse en inequidades, esta construcción simbólica en las ciencias sociales se denomina Género.

Cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a mujeres y a hombres desde la niñez, pero en la preadolescencia se toma como punto de referencia la anatomía de mujeres y de hombres, con sus funciones reproductivas evidentemente distintas (que comienzan en la preadolescencia con la pubertad).

Encontrar modelos teóricos que ayuden a explicar la conducta puede guiar estrategias de intervención enfocadas a promover hábitos de salud más benéficos y la planificación y diseño de programas preventivos del sobrepeso y obesidad en preadolescentes escolares.

El estudio se realizó para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se caracteriza la Autoeficacia Percibida para el Control de Peso en preadolescentes escolares diferenciada por Género?

5.4. DEFINICIÓN DE VARIABLE

Variable, es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

La variable evaluada fue de tipo atributivo, son aquellas que presentan características humanas como inteligencia, aptitudes, sexo, posición económica, socioeconómica, dependencia del campo, educación, necesidad de aprovechamiento y actitudes, entre otras (Kerlinger, 1987).

Definición conceptual.

Autoeficacia Percibida para el Control de Peso: percepción que la persona tiene de su capacidad para adoptar una conducta saludable, o bien, dejar de realizar conductas desfavorables (Schwarzer y Fuchs, 1999) para mantener un peso corporal adecuado a su estatura y edad (Saldaña, 1994 como se citó en Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007) específicamente el seguimiento de conductas alimentarias saludables y la realización de actividad física (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007).

Definición operacional: son los resultados obtenidos al aplicar el Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (Román 2007, validado para preadolescentes escolares mexicanos por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012).

5.5. DEFINICIÓN DE UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio o población se refiere al conjunto total de elementos que constituyen un área de interés analítico (Padua, 1982).el presente estudio se llevó a cabo en la Escuela Primaria Urbana “Bicentenario de la Independencia” que se ubica en Paseo Sierra Nevada, en la localidad San Miguel Zinacantepec. Estuvo integrado por alumnos y alumnas de 4°, 5° y 6° grado de Educación Básica en el ciclo escolar 2014 siendo 103 estudiantes de los cuales 59 eran mujeres y 44 hombres.

5.6. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

La muestra es un subgrupo que representa a la población de la cual se derivan las conclusiones que la caracterizan en general (Wolman, 1984 como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

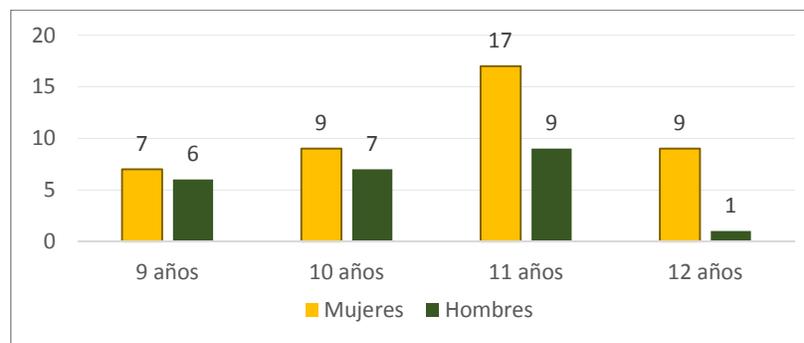
El tipo de muestra fue no probabilística, también llamada dirigida, donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos sino de la decisión del investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Se buscó que cumplieran las características de ser escolares, hombres o mujeres y con un rango de edad de 9 a 12 años.

La muestra final estuvo conformada por una N= 65 preadolescentes escolares de una escuela pública de Zinacantepec, Estado de México pertenecientes al 4º, 5º y 6º grado de Educación Básica, de los cuales 64% (42) eran mujeres y 36% (23) eran hombres.

La edad de los participantes se distribuyó en un rango de 9 a 12 años, con una media $M= 10.4$.

Con respecto a la edad de los participantes, 17 mujeres tenían 11 años, 9 tuvieron 12 años, así mismo 9 tuvieron 10 años y 7 tenían 9 años. Aceptaron participar 9 hombres de 11 años, 7 hombres de 10 años, 6 hombres de 9 años y sólo un hombre había cumplido 12 años. La mayor participación fue de mujeres de once años (Ver Gráfica 1).

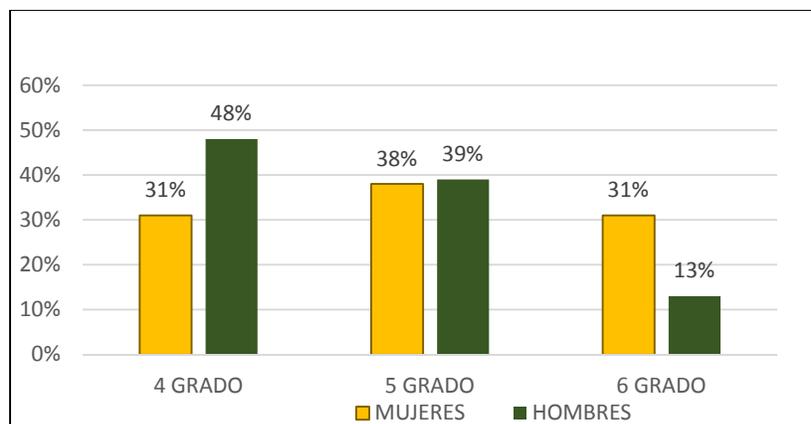
GRÁFICA 1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE EDAD



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Con relación con el grado escolar, la muestra formada por las mujeres, se distribuyó como sigue: 31% (13) de las mujeres cursaba cuarto grado, 38% (16) de las participantes cursaba quinto grado y 31% (13) sexto grado de primaria, mientras que los niños, 48% (11) cursaba cuarto grado, 39% (9) quinto y 13% (3) sexto grado de primaria (ver Gráfica 2).

GRÁFICA 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRADO ESCOLAR



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Participaron más hombres de cuarto grado y más mujeres de quinto grado, la menor participación se obtuvo de hombres de sexto grado.

5.7. SELECCIÓN DE INSTRUMENTO

Se utilizó el Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AP-CP) de Román, Díaz y Cárdenas, 2007. Este instrumento ha sido adaptado y validado para población mexicana por Platas y Gómez-Peresmitré (2010), Saldaña y Gómez Peresmitré (2011) en adolescentes en Pachuca, Hidalgo. La versión utilizada en la presente investigación es adaptada y validada para preadolescentes (cuarto, quinto y sexto grado de primaria) mexicanos por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012).

Viridiana Zepeda Lambarry (2014) ha realizado una adaptación por medio de la utilización de laboratorios cognoscitivos y la técnica de validación por jueces para escolares de tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria.

Corresponde a un instrumento auto administrado.

Dicho instrumento fue diseñado para evaluar las expectativas de eficacia de las personas en la modificación de sus hábitos alimenticios y hacia la actividad física para lograr controlar el peso corporal.

El instrumento consta de 45 reactivos en total. Las dos primeras son preguntas que exploran si los participantes hacen ejercicio y realizan actividad para controlar el peso, ambas cuentan con opciones de respuesta, SI, NO y A VECES. Las 43 aseveraciones siguientes responden a la afirmación “Te sientes capaz de...” (Por ejemplo): realizar ejercicio diariamente, evitar consumir alimentos chatarra, correr todos los días, comer poco cuando estás con tus amigos, etc. Para manifestar la percepción ante las 43 aseveraciones, se emplea una escala de 4 posiciones que van desde:

- a) No puedo hacerlo (puntaje de 1);
- b) Podría intentarlo (puntaje de 2);
- c) Puedo hacerlo (puntaje de 3) y
- d) Seguro de poder hacerlo (puntaje de 4).

El puntaje más alto corresponde a aquellas respuestas que implican que el sujeto posee alta percepción de eficacia en la realización de actividad física (cotidiana y programada), así como en la realización de buenos hábitos alimenticios, actividades encaminadas al control y/o mantenimiento del peso saludable (Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012).

Validez del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de peso: la validez de constructo se realizó a través del análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX. Los índices de consistencia interna son satisfactorios para cada factor:

Confiabilidad del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso: El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna el cual se realizó a través del coeficiente Alpha de Cronbach cuyo valor obtenido fue Alpha= 0.87 para niñas .86 para niños. (Yerena, *et al.*, 2012).

Cuatro factores se obtuvieron mediante análisis factorial con rotación Varimax (Yerena, *et al.*, 2012):

Factor 1. Actividad Física Cotidiana con un $\text{Alpha}=0.667$, explora conductas relacionadas con la eficacia en las actividades diarias, como subir escaleras y caminar. Constituido por 7 reactivos (4, 10, 15, 20, 29, 41 y 43) para las mujeres y para hombres constituido por 8 reactivos (4, 6, 10, 15, 25, 35, 39 y 43).

Factor 2. Actividad Física Programada: Con un $\text{Alpha}=0.749$ se refiere a la eficacia para realizar movimientos planificados y diseñados para estar en forma. Constituida por 8 reactivos (2, 8, 13, 17, 22, 24, y 34) y para los hombres, constituido por 7 reactivos (2, 8, 13, 17, 22, 24, 31 y 34).

Factor 3. Alimentación Saludable con un $\text{Alpha}= 0.784$, son reactivos enfocados en la eficacia para la modificación de hábitos alimentarios y control de la ingesta. Constituido por 8 reactivos (5, 7, 9, 16, 18, 19, 23 y 32) y para hombres constituido por 10 reactivos (5, 7, 9, 16, 18, 19, 21, 23, 28 y 32).

Factor 4. Estilo de Alimentación, exclusivo para mujeres un $\text{Alpha}=0.740$, dirigido a evaluar la eficacia en conductas alimentarias que se caracterizan por un estilo diferencial de alimentación, en este factor se observan las conductas que van desde la disminución de calorías y grasas, restricción de la ingesta, hasta el control de los deseos de comer. Constituido por 7 reactivos para mujeres (11, 12, 14, 21, 28, 33 y 42) y Los reactivos restantes no entran en las estructura factorial realizada por Yerena, *et al.*, 2012.+

Factor 4. Alimentación e Internalidad, exclusivo hombres. Con coeficiente de $\text{Alpha}=0.729$. Relacionado con ciertas conductas alimentarias características de un estilo diferencial de alimentación en situaciones sociales o bajo la influencia de estados emocionales negativos. . Integrado por 4 reactivos (12, 14, 27 y 30) (Yerena, *et al.*, 2012) (Ver Tabla 5).

TABLA 5 REACTIVOS QUE INTEGRAN LOS FACTORES

FACTOR	Reactivos Mujeres	Reactivos Hombres
FACTOR1. ACTIVIDAD FISICA COTIDIANA conductas relacionadas con la eficacia en las actividades diarias	4. Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte	4. Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte
		6. Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque publico
	10. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas	10. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas
	15. Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar	15. Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar
	20. Caminar rápido a pesar de que no te guste	
		25. Usar las escaleras y no elevador a pesar de estar cansado
	29. Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar	
		35. Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra
		39. Ir con tus amigos (as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos
	41. Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas	

	43. Utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás (Total Actividad Física Cotidiana 7)	43. Utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás (Total Actividad Física Cotidiana 8).
FACTOR 2. ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA eficacia para realizar movimientos planificadas y diseñados para estar en forma	2. Realizar ejercicio diariamente	2. Realizar ejercicio diariamente
	8. Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio	8. Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio
	13. Correr todos los días	13. Correr todos los días
	17. Realizar en casa, abdominales o pesas	17. Realizar en casa abdominales o pesas
	22. Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	22. Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas
	24. aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio.	24. Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio
	31. Cumplir con tu rutina de ejercicios a estar de que sientas que no puedes más	31. Cumplir con tu rutina de ejercicios a estar de que sientas que no puedes más
	34. Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas. (8)	34. Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas (8)

<p>FACTOR 3. ALIMENTACION SALUDABLE</p> <p>Eficacia para la modificación de hábitos alimentarios y control de la ingesta.</p>	<p>5. Evitar comer alimentos chatarra (<i>hot dogs, hamburguesas, pizza, et c</i>)</p>	<p>5. Evitar comer alimentos chatarra (<i>hot dogs, hamburguesas, pizza, et c</i>)</p>
	<p>7. Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces</p>	<p>7. Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces</p>
	<p>9. Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado</p>	<p>9. Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado</p>
	<p>16. Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa</p>	<p>16. Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa</p>
	<p>18. Evitar los dulces aunque se te antojen</p>	<p>18. Evitar dulces aunque se te antojen</p>
	<p>19. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)</p>	<p>19. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tacos, tamales, tacos, etc.)</p>
		<p>21. Insistir en comprar alimentos bajos en calorías</p>
	<p>23. Eliminar de tu dieta dulces y chocolates</p>	<p>23. Eliminar de tu dieta dulces y chocolates</p>
<p>FACTOR 4. ESTILO DE ALIMENTACIÓN (exclusivo mujeres) evaluar la eficacia</p>		<p>28. Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso</p>
	<p>32. Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas (8)</p>	<p>32. Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas (10)</p>

<p>en conductas alimentarias que se caracterizan por un estilo diferencial de alimentación, en este factor se observan las conductas que van desde la disminución de calorías y grasas, restricción de la ingesta, hasta el control de los deseos de comer.</p>		
	11. Cenar alimentos bajos en calorías	
	12. No comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso	
	14. Comer poco cuando estas con tus amigas (os)	
	21. Insistir en comprar alimentos bajos en calorías	
	28. Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso	
	33. Evitar comer fuera de los horarios de comida	
	42. Salir a caminar si te sientes ansiosa y tienes deseos de estar comiendo. (7)	
<p>FACTOR 4. ALIMENTACION E INTERNALIDAD (exclusivo hombres) conductas alimentarias características de un estilo diferencial de alimentación en situaciones sociales o bajo la influencia de estados emocionales negativos.</p>		12. No comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso
		14. Comer poco cuando estas con tus amigos
		27. No comer a cada rato aunque te sientas nervioso
		30. Dejar de cenar si te sientes presionado (4)

Fuente: Yerena, *et al.*, 2012.

5.8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Corresponde a una investigación no experimental de tipo transeccional y/o transversal. El diseño no experimental pretende observar los fenómenos tal y como se dan en el contexto natural, para después analizarlos. Como lo señala Kerlinger (2002 como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 1999) “en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes y tratamientos”. Es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 1999).

1. Se realizaron los trámites necesarios a la autoridad de la escuela primaria, que posibilitaron administrar el instrumento propuesto.
2. Se informó a las autoridades, madres, padres de familia y participantes los objetivos de la investigación así como la importancia de su colaboración.
3. Se hizo entrega a cada estudiante un documento donde se daba a conocer objetivos, responsable y procedimiento de la investigación, así como un Consentimiento Informado que tenía que ser llenado por el padre, madre y/o tutor del alumno(a) autorizando la participación del escolar.
4. Se solicitó a los alumnos y alumnas el consentimiento informado autorizado por los padres de familia así como el consentimiento expresado para participar en la investigación. Se observó el cumplimiento de las normas éticas establecidas por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

5.9. CAPTURA DE INFORMACIÓN

La aplicación fue realizada en el mes de mayo de 2014, contando con la autorización respectiva del directivo escolar, dentro del salón de clases, se aplicó en un tiempo aproximado de 30 minutos; la administración del instrumento se llevó a cabo personalmente. Se dio lectura a las instrucciones para contestar el instrumento, se resolvieron dudas o preguntas durante la aplicación.

5.10. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Para conocer la variabilidad de las respuestas obtenidas en los 45 reactivos, se analizó la distribución porcentual mediante análisis de frecuencias. La concentración de resultados se realizó mediante el programa Excel 2013.

Las 43 aseveraciones siguientes responden a la afirmación “Te sientes capaz de...” (Por ejemplo): realizar ejercicio diariamente, evitar consumir alimentos chatarra, correr todos los días, comer poco cuando estás con tus amigos, etc. Para manifestar la percepción ante las 43 aseveraciones, se emplea una escala de 4 posiciones que van desde:

- a) No puedo hacerlo (puntaje de 1);
- b) Podría intentarlo (puntaje de 2);
- c) Puedo hacerlo (puntaje de 3) y
- d) Seguro de poder hacerlo (puntaje de 4).

Por cada reactivo, se realizó análisis de frecuencias. Se procedió a explorar la capacidad de discriminación entre niveles bajos y altos de autoeficacia para toda la muestra mediante la aplicación de cuartiles, agrupando a los sujetos en 3 distintos Niveles: “Nivel bajo, Medio y Alto de Autoeficacia”. Con base en el percentil 25, 50 y 75 se definieron los niveles bajo, medio y alto.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La adaptación del instrumento de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AP-CP) por Yerena, Vázquez y Gutiérrez, 2012, que fue la versión que se utilizó en la presente investigación, consta de 45 reactivos en total.

Dos preguntas iniciales exploran la realización de ejercicio y realizar alguna actividad para controlar el peso de los participantes, ambas cuentan con tres opciones de respuesta: “SI”, “NO” o “A VECES”. Las 43 aseveraciones siguientes responden a la afirmación “Te sientes capaz de...” (Por ejemplo): realizar ejercicio diariamente, evitar consumir alimentos chatarra, correr todos los días, comer poco cuando estás con tus amigos, etc. Para manifestar la percepción ante las 43 aseveraciones, se emplea una escala de 4 posiciones que van desde:

- a) No puedo hacerlo (puntaje de 1);
- b) Podría intentarlo (puntaje de 2);
- c) Puedo hacerlo (puntaje de 3) y
- d) Seguro de poder hacerlo (puntaje de 4).

Se presentan diferentes niveles de exigencia hacia tareas o actividades sugeridas en las que los individuos estiman la fortaleza de sus creencias en la habilidad para realizarlas (Bandura, 2001 como se citó en Guzmán, 2012). El puntaje más alto corresponde a aquellas respuestas que implican que el/la preadolescente posee alta percepción de eficacia en la realización de actividad física (cotidiana y programada), así como en la realización de buenos hábitos alimentarios (ver Tabla 6).

Cada una de las 43 aseveraciones pertenecen a 4 factores: 1. Actividad Física Cotidiana, 2. Actividad Física Programada, 3. Alimentación Saludable, 4. Estilo de alimentación (exclusivo mujeres) y 4. Alimentación e Internalidad (exclusivo hombres) (Ver Tabla 7). De acuerdo con el análisis Factorial que realiza Yerena (*et al.*, 2012) algunos reactivos no pertenecen a un factor y se analizan de igual manera.

Posteriormente se realizan comentarios con la finalidad de vincular los resultados con las referencias teóricas contenidas en los capítulos previos.

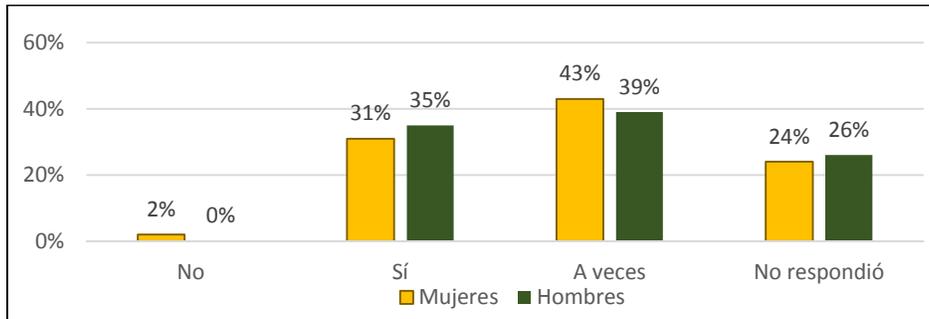
TABLA 6 EQUIVALENCIA DE CADA OPCIÓN DE RESPUESTA

Opción	Respuesta	Equivalencia
1	No puedo Hacerlo	La persona no muestra esfuerzo para iniciar una actividad sugerida y considera que no persistirá ante las dificultades.
2	Podría intentarlo	La persona considera que podría iniciar una actividad sugerida, probablemente indica un esfuerzo al iniciar una tarea pero no indica una persistencia ante las dificultades.
3	Puedo hacerlo	La persona considera que puede iniciar una actividad sugerida y mantenerla mediante esfuerzo y una perseverancia ante las dificultades.
4	Seguro de poder hacerlo	La persona confía en realizar una actividad sugerida con un mayor esfuerzo para iniciarla y con perseverancia para continuarla ante las dificultades hasta completar la actividad.
0	0	Sin respuesta

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Pregunta: ¿Haces ejercicio?	No. Reactivo: 1
-----------------------------	-----------------------

GRÁFICA 3 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS A LA PREGUNTA: ¿HACES EJERCICIO?



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Para la pregunta: *¿Haces ejercicio?*, 35% (8) de los Hombres respondieron "SI", 39% (9) "A VECES" y 26% (6) no respondieron la pregunta. Las Mujeres respondieron: 31% (13) "SI", 43% (18) "A VECES", 2%(1) "NO" realizan ejercicio y no respondieron la pregunta 24% (10) (Ver GRÁFICA 3).

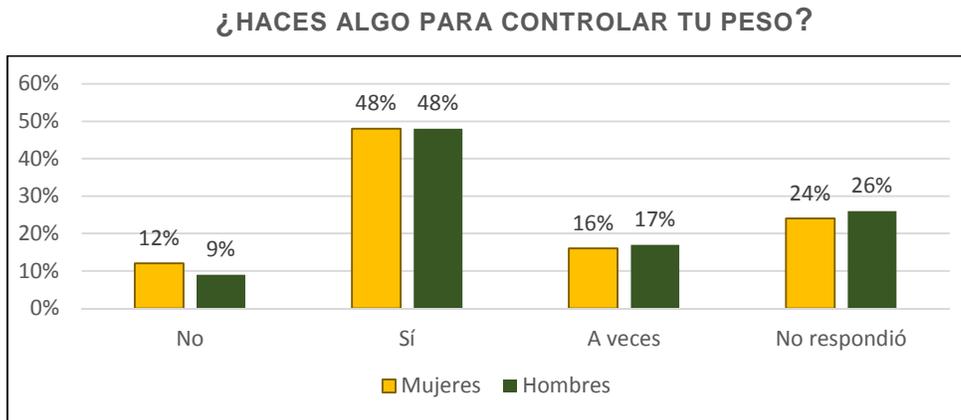
Comentario

La mayor frecuencia de respuestas tanto en hombres como de mujeres se ubicó en "A veces" realizar ejercicio, resultados que se relacionan con los hábitos de actividad física y deporte de los mexicanos se reducen cuanto mucho a una hora, un día a la semana en promedio (Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006, 2001 como se citó en Astudillo, 2005).

Probablemente la frecuencia de no responder a la pregunta, se deba a que las palabras ejercicio, deporte y actividad física han sido usados como sinónimos. Pero "ejercicio" es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (OMS, 2015).

Pregunta: ¿Haces algo para controlar tu peso?	No. Reactivo: 2
-----------------------------------------------	-----------------------

GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE RESPUESTAS A LA PREGUNTA:



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Ante la pregunta *¿Haces algo para controlar tu peso?*, 48% (11) de los hombres y 48% (20) de las mujeres respondieron "Sí", 12% (5) de las mujeres y 9% (2) de los hombres respondieron "NO", de similar manera 16% (7) mujeres y 17% (4) hombres, contestaron "A VECES", 24% (10) de mujeres y 26% (6) de hombres no respondieron la pregunta (Ver GRÁFICA 4).

Comentario

En los dos grupos se observa un equilibrio en la frecuencia de respuestas que afirman realizar una actividad para controlar el peso, estos resultados concuerdan con lo expresado por Papalia (*et al.*, 2005) al considerar que la preocupación por la imagen corporal (percepción que la persona tiene de su propia apariencia) constantemente se intensifica en la adolescencia y puede provocar el control obsesivo por controlar el peso, se contrapone al señalar como un patrón que surge de mayor manera entre las mujeres que entre los hombres (McLaren L. y Sobal J, Stunkard AJ. como se citó en González de León, *et al.*, 2009). También se encontró un porcentaje significativo de ausencia de respuesta por parte de las/los participantes, lo que se puede explicar por la ambigüedad del término "control de peso", que se refiere a mantener un peso adecuado para la edad y el sexo (Saldaña, 1994 como se citó en Román, *et al.*, 2007) mismo que lleva a tener que diferenciar,

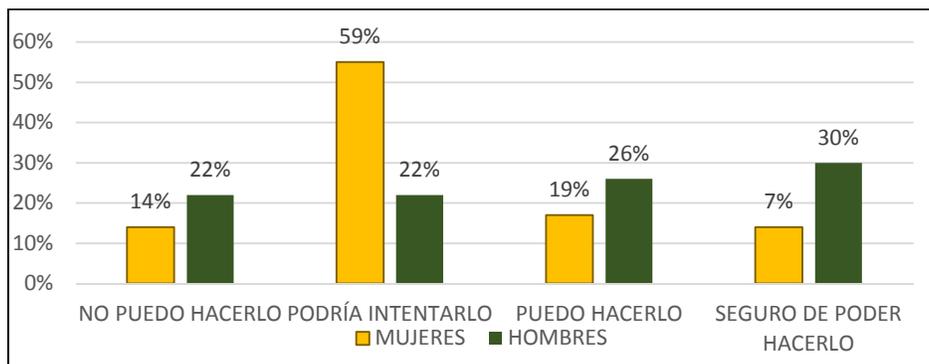
el peso corporal adecuado, el peso corporal ideal y el peso corporal saludable (Erik Ramírez López, Nohemí Liliana Negrete López y Alexandra Tijerina Sáenz , 2013).

A continuación se presentará la Distribución frecuencias mediante análisis de frecuencia de las respuestas obtenidas en los 43 reactivos.

Factor 1. Actividad Física Cotidiana

Factor 1. Actividad Física Cotidiana	No.
Afirmación: Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte	Reactivo: 4

GRÁFICA 5 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CAMINAR SIEMPRE QUE TE SEA POSIBLE EVITANDO CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Ante la afirmación *Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte*, 59% (25) de Mujeres consideran que “podrían intentarlo”, las siguientes opciones muestran equilibrio. De los hombres 30%(7) está “seguro de poder” caminar siempre que sea posible evitando medios de transporte, 26% (6) “pueden realizar” la actividad, 22% (5) “podrían intentarlo” y de igual manera 22% (5) no pueden hacerlo (Ver GRÁFICA 5).

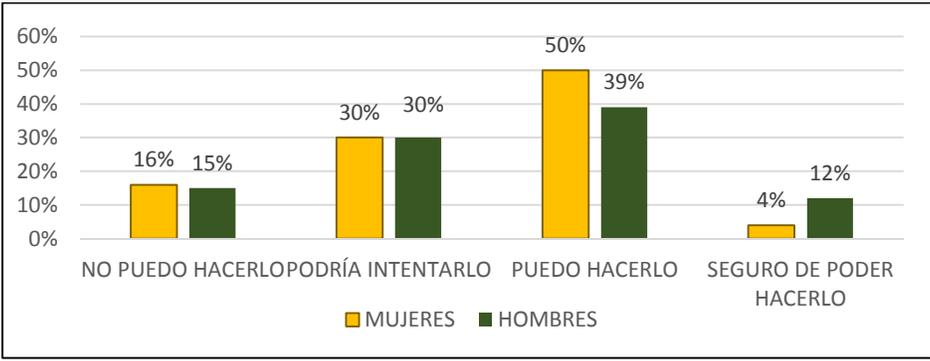
Comentario

Los hombres se consideran “seguros” de caminar siempre que sea posible evitando cualquier medio de transporte en mayor frecuencia que las mujeres, ellas consideran que podrían intentarlo en algún momento; resultados que se justifican con la mayor percepción de las mujeres ante la inseguridad, el uso de mayor número de estrategias de evitación y autoprotección, niveles de estrés más elevados y

mayor número de consecuencias físicas y psicológicas ante actos de acoso y hostigamiento sexual (Valadez y Ríos, 2014). Los hombres perciben en mayor medida estar seguros de caminar en espacios abiertos, lo que muestra las desigualdades entre los sexos, especialmente en la división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

Factor 1: Actividad Física Cotidiana	No.
Afirmación: Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público	Reactivo
	6

GRÁFICA 6 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: REALIZAR EJERCICIO O SALIR A CAMINAR EN UN PARQUE PÚBLICO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 6 se observa que 50% (21) de las Mujeres consideran que “pueden” *Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público*, 30% (12) “podría intentarlo” y sólo 4% (2) está “segura de poder hacerlo”. Los hombres 39% (9) considera que “puede” realizar ejercicio o salir a caminar y 12% (2) está “seguro de poder” y 30% (7) de los hombres considera que “podría intentarlo” (Ver GRÁFICA 6).

Comentario

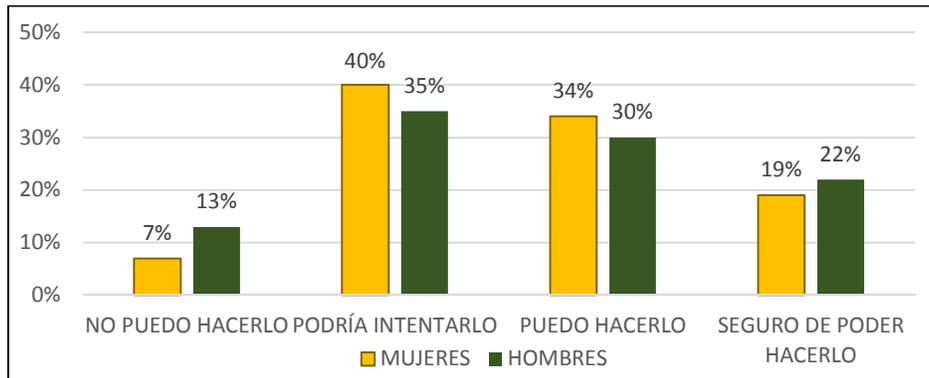
Se aprecia un mayor índice de repuestas de mujeres y hombres en “poder” realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público, sin una clara seguridad de ello, estas respuestas se pueden explicar en parte, por la pérdida de seguridad que ha provocado la disminución de actividades al aire libre, factor que puede reducir la motivación o actuar como barrera para esta conducta, ya sea por decisión de los padres por los propios niños (as) Aedo (2011). Además, el inadecuado diseño urbano suele constituirse como factor que desalienta el movimiento físico en el espacio público (Saforcada, *et al.*, 2010).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana

Afirmación: Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas

No.
Reactivo:
12

GRÁFICA 7 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: SUBIR Y BAJAR ESCALERAS EN LUGAR DE UTILIZAR LAS MECÁNICAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

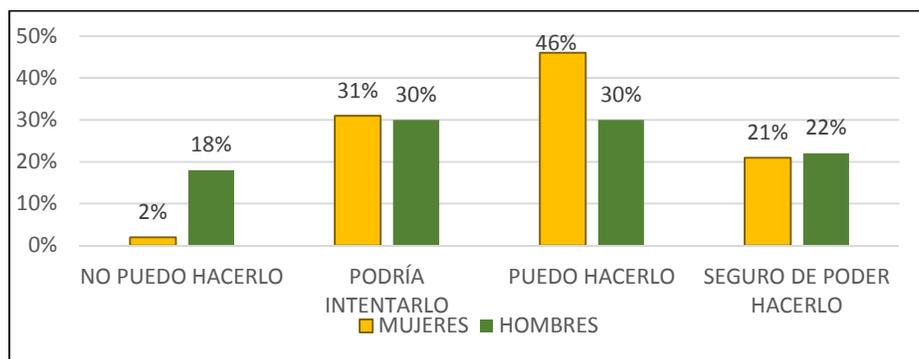
Ante la afirmación *Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar*, las mujeres respondieron que "podrían intentar" subir y bajar escaleras 40% (17), 34% (14) "puede hacerlo", 19% (8) "seguras de poder" hacerlo y 7% (3) no poder hacerlo. Los hombres 35% (8) "podrían intentarlo", 30% (7) "pueden hacerlo", 22% (5) "seguro de poder hacerlo" y 13% (3) "no poder hacerlo" (ver GRÁFICA 7).

Comentario

Los y las participantes en mayor proporción perciben que podrían intentar subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas, lo que muestra que no están completamente seguros para realizar la actividad, resultados que se relacionan a la actividad física de la vida diaria se vea disminuida considerablemente ante el avance en el ámbito de la tecnología y los transportes; y el sedentarismo del mundo desarrollado también se ha incrementado gracias a la automatización de los recursos (De Teresa y Velázquez, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013). Sin embargo puede que los y las preadolescentes escolares no hayan tenido la experiencia previa de subir y bajar escaleras mecánicas (Pajares y Schunk, 2001 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana	No.
Afirmación: Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras	Reactivo: 17

GRÁFICA 8 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: PONER MÁS ESFUERZO DE TU PARTE PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

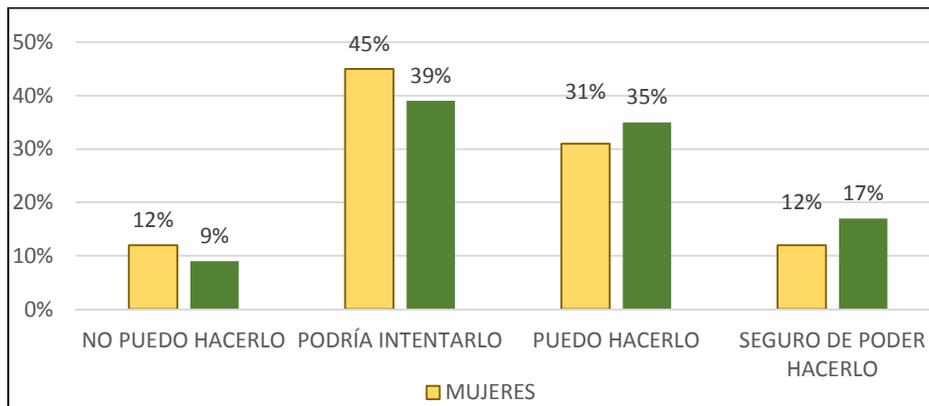
Para el reactivo *Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras*, la distribución frecuencias de respuesta fue muy similar tanto en Mujeres como en Hombres; 21% (9) y 22% (5) en cada caso consideran “seguros de poder hacerlo”, una minoría (2%) (1) de mujeres considera que “no pueden hacerlo”, mientras que 18% (4) de los Hombres consideran que “no pueden hacer” la actividad. En ambos grupos respondió de similar manera 31% (13) mujeres y 30% (7) de los hombres que podrían intentarlo, la frecuencia más alta fue la de las mujeres 46% (16) consideran que “pueden hacerlo” (ver GRÁFICA 8).

Comentario

Cuando se sugiere realizar un esfuerzo para subir y bajar escaleras, las mujeres perciben en mayor proporción poder realizar esta actividad y hay más hombres que consideran no poder realizar la actividad. Estos resultados muestran que las mujeres se perciben más autoeficaces para realizar actividades en espacios cerrados aun cuando se proponga ejercer mayor esfuerzo, se observa las desigualdades división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana (mujeres) Afirmación: Caminar rápido a pesar de que no te guste	No. Reactivo: 22
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 9 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CAMINAR RÁPIDO A PESAR DE QUE NO TE GUSTE



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

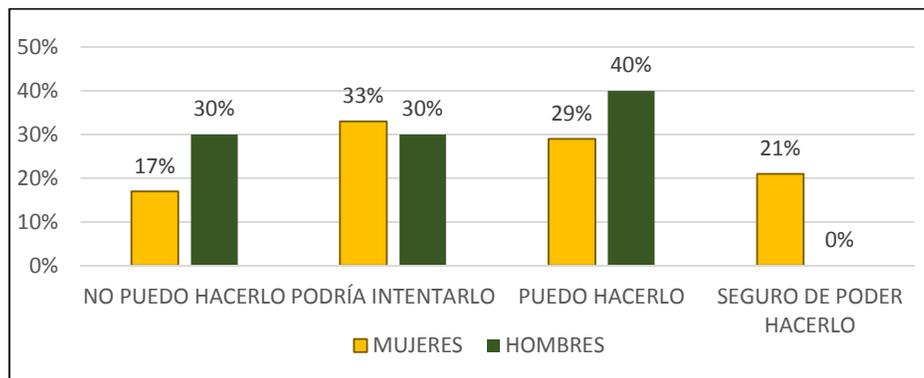
Se encontraron frecuencias similares, en la muestra formada por los Hombres, 9% (2) respondió que "no puede" *Caminar rápido a pesar de que no te guste*, 39% (9) "podrían intentarlo", 35% (8) siente que "puede hacerlo" y 17% (4) está "seguro de poder hacerlo". En las Mujeres 12% (5) consideran estar "seguras de poder" llevar a cabo dicha actividad, igual porcentaje se considera "no poder" realizar la actividad y 45% (19) "podrían intentarlo" (ver GRÁFICA 9).

Comentario

Ante la afirmación te sientes capaz de: caminar rápido a pesar de que no te guste, las mujeres en mayor medida perciben que podrían intentarlo, pero hay más hombres que consideran poder hacerlo y que están seguros de poder hacerlo. Resultados que muestran una reducción en la fuerza de la percepción de las mujeres ante realizar ejercicio en espacios públicos, lo que puede generar desigualdades para adoptar una conducta saludable como es caminar.

Factor 1: Actividad Física Cotidiana (hombres) Afirmación: Usar las escaleras y no elevador a pesar de estar cansado (a)	No. Reactivo 27
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

GRÁFICA 10 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: USAR LAS ESCALERAS Y NO ELEVADOR A PESAR DE ESTAR CANSADO (A)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

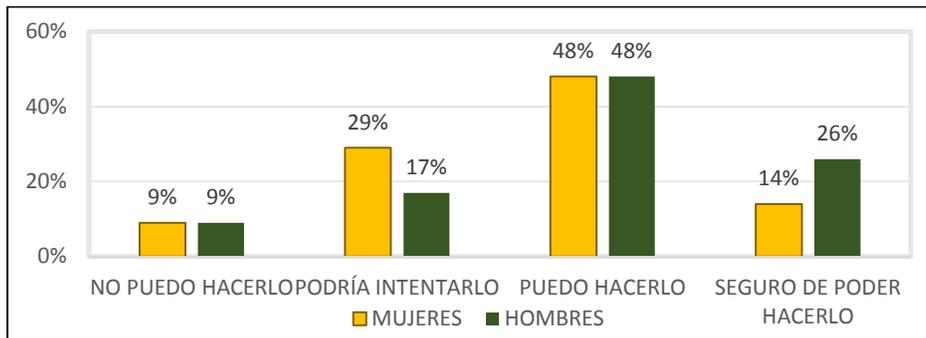
El porcentaje de respuesta obtenido por las Mujeres ante la afirmación *Usar las escaleras y no elevador a pesar de estar cansado* fue: 17% (7) que percibe que "no pueden" hacer la actividad, 33% (14) "podrían intentarlo", 29% (12) "puede hacerlo" y 21% (9) se sienten "seguras de realizarla". Ausencia de respuesta de Hombres en la opción "seguros de poder hacerlo", 40% (9) "puede hacerlo" (ver GRÁFICA 10).

Comentario

Las mujeres perciben en mayor frecuencia estar "seguras" de usar las escaleras y no elevador a pesar de estar cansadas, es decir que, el estado fisiológico de cansancio o fatiga, fuente de información de la autoeficacia percibida (Guzmán, 2012), no constituiría una barrera para realizar esta actividad para las mujeres. Los hombres en mayor medida consideran que pueden hacerlo, sin una clara seguridad de ello que los hombres. Probablemente subir escaleras no sea considerado como una actividad que requiera potencia, la velocidad y la resistencia donde los hombres tienden a involucrarse (Incarbone, 2003 como se citó en Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana (mujeres)	No.
Afirmación: Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar	Reactivo: 31

GRÁFICA 11 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: QUEDARTE UN POCO LEJOS DEL LUGAR A DONDE VAS CON LA FINALIDAD DE CAMINAR



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

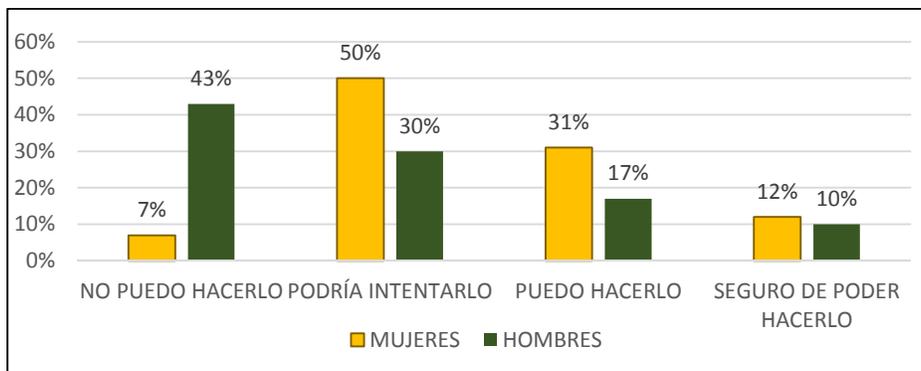
En la GRÁFICA 11 se representa la distribución frecuencias de la afirmación *Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar*, en el caso de los Mujeres se observa que 48% (20) considera que puede hacerlo, 14% (6) se siente segura de poder realizar esa actividad, 29% (12) podría intentarlo y 9% (4) no siente la confianza para hacerlo. Mientras que en Hombres 17% (4) asegura poder intentarlo, 48% (11) poder hacerlo, 9% (2) no puede hacerlo y 26% (6) está muy seguro de poder hacerlo.

Comentario

Se observa que los hombres consideran que pueden hacerlo y estar seguros de quedarse un poco lejos del lugar a donde van con la finalidad de caminar mientras que las mujeres consideran que podrían intentarlo. Resultados que se asocian probablemente con una mayor percepción de inseguridad en la vía pública por parte de las mujeres (Valadez y Ríos, 2014).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana (hombres)	No.
Afirmación: Ir con tus amigos (as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.	Reactivo: 41

GRÁFICA 12 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: IR CON TUS AMIGOS (AS) A CAMINAR, JUGAR BASQUETBOL O FUTBOL EN VEZ DE ESTAR EN LA COMPUTADORA CHATEANDO O JUGANDO VIDEO JUEGOS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

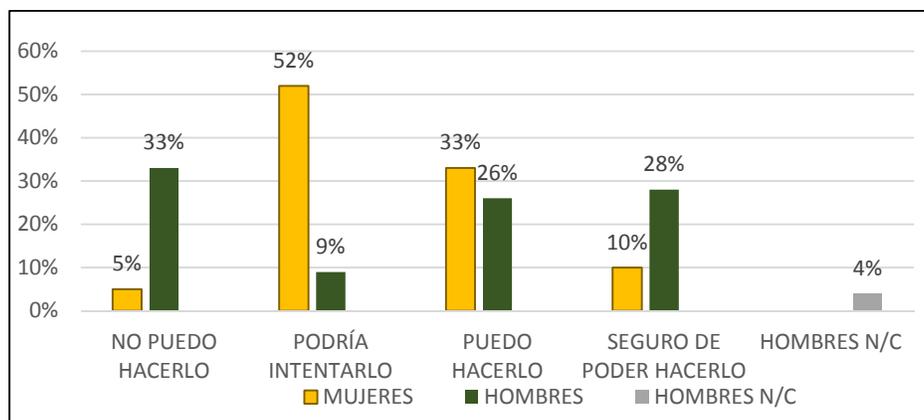
Ante la afirmación *Ir con tus amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos*, la mitad 50% (21) de las Mujeres considera que "podría hacer" esta actividad, 31% (13) "pueden hacerlo", 12% (4) se siente "segura de poder" llevar a cabo esta actividad. El mayor puntaje en los hombres se encuentra en la respuesta "no puedo hacerlo" 43% (10), 30% (7) "podrían intentarlo", 17% (4) "puede hacerlo" y 10% (2) "seguro de poder hacer" la actividad (ver GRÁFICA 12).

Comentario

En los hombres hay una marcada respuesta hacia no poder dejar de jugar video juegos o chatear para salir a jugar básquet bol, futbol y la mitad de las mujeres considera que podría intentarlo. Los resultados coinciden con lo reportado por la Asociación Mexicana de Internet, que señala un incremento en 2013 el número de cibernautas de entre 6 y 17 años de edad, donde las mujeres utilizan más las redes sociales y los hombres navegan más por el ciberespacio (AMIPCI como se citó en Gómez, Hernández, Covarrubias y Cuevas, 2014).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana (Hombres)	No.
Afirmación: Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra	Reactivo: 37

GRÁFICA 13 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: COMER VERDURAS FRENTE A PERSONAS QUE ESTÁN ALIMENTÁNDOSE CON COMIDA CHATARRA



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 13 se observa que 28% (6) de los Hombres se siente “seguro” de Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra, 33% (7) se percibe como incapaz de realizar dicha acción, 26% (6) respondió que “puede hacerlo”, 9% (2) dijo que “podría intentarlo” y 4% (1) no respondió. En el caso de las Mujeres escolares, 5% (2) considera que “no puede” llevar a cabo la actividad, 10% (4) están “seguras de poder hacerlo” y 52% (21) “podrían intentarlo”.

Comentario

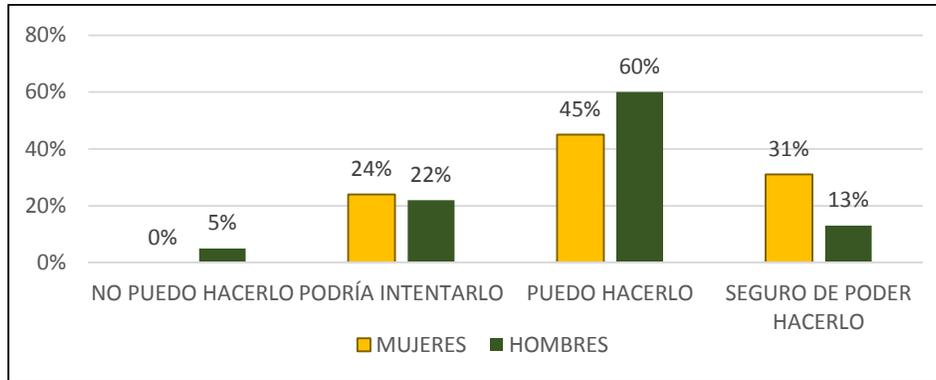
De acuerdo a lo establecido por Yerena (*et al.*, 2012) esta afirmación está contenida en el Factor 1 porque forma parte de la cotidianidad de los (as) encuestados(as). Las respuestas de los hombres no ofrecen una tendencia hacia alguna opción, sin embargo perciben en mayor medida que las mujeres no poder comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra, la mitad de las mujeres respondieron que podrían intentar realizar esta conducta en algún momento pero no indica una persistencia ante las dificultades. Estos resultados pueden relacionarse con el deseo de aprobación social por parte de los compañeros

como una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2004), por lo que frente a los compañeros (as) los hombres no hay una clara tendencia y las mujeres podrían intentar comer verduras.

Este reactivo fue eliminado en la versión de Zepeda (2014).

Factor 1. Actividad Física Cotidiana (mujeres) Afirmación: Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas	No. Reactivo: 43
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**GRÁFICA 14 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN:
TRANQUILIZARTE SI TE HAN REGAÑADO O HAS PELEADO CON TUS PAPÁS EN LUGAR
DE PONERTE A COMER GOLOSINAS**



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Ante la afirmación *Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas*, ausencia de respuestas en la opción "no puedo" hacerlo. Fue de los puntajes más altos 45% (19) consideran poder hacerlo, 24% (10) podrían intentarlo mientras que 31% (13) restante está segura de que puede hacerlo. Los Hombres siguen una tendencia muy similar, la mayoría 60% (14) "pueden" realizar la actividad, 5% (1) considera que "no puede", 13% (3) está "seguro" que puede hacerlo (ver GRÁFICA 14).

Comentario

En la preadolescencia, se inician los conflictos entre padres e hijos acerca de cuestiones de autonomía, apariencia física, su elección de amigos o su descuido de las tareas escolares y los quehaceres domésticos, diferentes puntos de vista tienen los padres y los adolescentes (Smetana, 1995; Yau y Smetana, 1996 como se citó *Ibidem*). Ante estas posibles causas de discusiones entre padres e hijos, en estos resultados se aprecia una marcada mayoría de respuestas en los hombres (60%) (14), que consideran pueden tranquilizarse ante una discusión, relacionado con el

modelo hegemónico de masculinidad que debe reprimir sus emociones, ser fuertes y duros (Instituto Nacional de Mujeres Ministerio de Salud, 2012).

Tabla 7 Distribución de frecuencias. Factor 1. Actividad Física Cotidiana

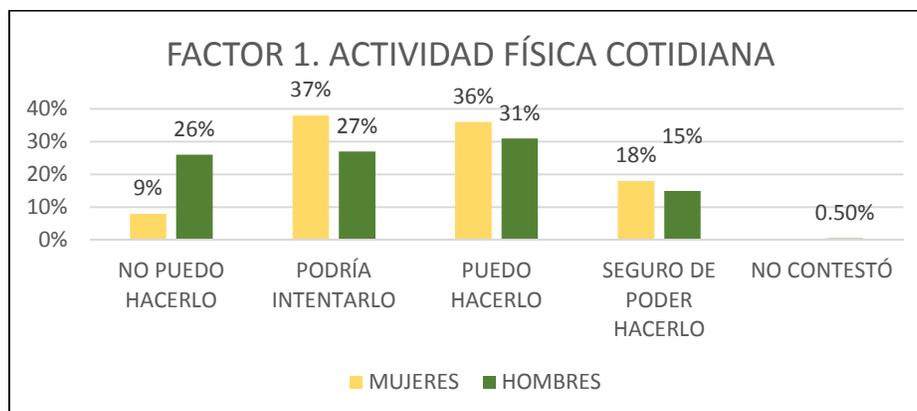
FACTOR 1. Actividad Física cotidiana	MUJERES						HOMBRES						TOTAL
	N P	PI	PH	SP H	TOTAL	No puedo	PI	P H	SPH	TOTAL			
	reactivo						reactivo						
6. Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte	6	25	8	3	42	6. Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte	5	5	6	7		23	
12. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas	3	17	14	8	42	8. Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público	4	7	10	3		23	
17. Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras	1	13	19	9	42	12. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas	3	8	7	5		23	
22. Caminar rápido a pesar de que no te guste.	5	19	13	5	42	17. Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.	4	7	7	5		23	
31. Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.	4	12	20	6	42	27. usar escaleras y no elevador a estar de estar cansado	7	7	9	0		23	
43. Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de	0	10	19	13	42	37. Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra	8	2	6	6	n/ C =1	23	

ponerte a comer golosinas.												
45. Utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que éstas	7	14	12	8	42	41. Ir con tus amigos a caminar jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos	10	7	4	2		23
						45. Utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que éstas.	7	7	9	0		23
SUMA	26	110	105	52	294	SUMA	48	50	57	28	1	18
PROMEDIO	(9 %)	(37 %)	(36 %)	(18 %)	100%	PROMEDIO	(26 %)	(27 %)	(31 %)	(15 %)	(0 .5 %)	4 10 0 %

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

FACTOR 1. ACTIVIDAD FÍSICA COTIDIANA

GRÁFICA 15 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR 1. ACTIVIDAD FÍSICA COTIDIANA HOMBRES/MUJERES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

El mayor porcentaje de 37% (110) se obtuvo en las Mujeres que consideran que podrían hacer *Actividad Física Cotidiana*, 36% (105) pueden hacerlo, 18% (52) seguras de poder realizar la actividad y un 9% (26) se consideran incapaz de llevar a cabo esta actividad. En la muestra de Hombres, 31% (56) considera que puede hacer la actividad, 27% (50) podría intentarlo, 26% (48) se considera incapaz y 15% (28) está seguro de poder llevar a cabo la actividad (ver GRÁFICA 15).

Comentario

En conclusión para el Factor 1 de *Actividad Física Cotidiana*

MUJERES. Las mujeres puntúan más altas en percibirse autoeficaces para realizar actividad física en espacios físicos reducidos y/o privados como son subir y bajar escaleras, aun cuando se sugiera realizar un mayor esfuerzo. Estos resultados pueden asociarse a los espacios y juegos (o actividades) asignados por los roles y estereotipos para las mujeres, con escaso movimiento, en espacios reducidos y/o privados, con contacto físico restringido, que no impliquen agresividad y predomina la colaboración antes que la competitividad. Las mujeres perciben no poder realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público (o en espacios públicos como en la calle, transporte), lo que se justificaría porque las mujeres suelen ser víctimas de la violencia y la delincuencia (INEGI, 2013), mayor percepción de inseguridad, uso

mayor de estrategias de evitación y autoprotección, así como niveles más elevados y consecuencias físicas y psicológicas ante actos de acoso y hostigamiento sexual en comparación con los hombres (Valdez y Ríos, 2014). Las investigaciones de revelan que alrededor del mundo 80% de las mujeres padecen al menos acoso ocasional en la calle; el 80% constantemente tienen que mantenerse alertas cuando caminan por las calles; el 50% tienen que cruzar la calle y buscar rutas alternas hasta sus destinos; el 45% sienten que no pueden ir solas a lugares públicos (Meza, 2013).

Para las mujeres, el cansancio o fatiga, no constituiría como una barrera para utilizar escaleras (Guzmán, 2012).

Para actividades como salir con amigas (os) a caminar, jugar básquet bol o fut bol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos, las mujeres podrían intentarlo, sin embargo se aprecia que aumenta la fortaleza para realizar la conducta cuando se incluyen otras personas como amigas o amigos lo que confirma una mayor autoeficacia cuando lo hacen en forma colectiva, fenómeno que no ocurre en los hombres (Rocha y Ramírez, 2011).

En conclusión en el factor 1 de actividad física cotidiana

HOMBRES. Los hombres consideran seguros de caminar siempre que sea posible evitando cualquier medio de transporte, se observa las desigualdades división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

En los hombres hay una marcada respuesta hacia no poder dejar de jugar en video juego o en chatear en la computadora para salir a jugar fut bol o basquetbol, resultados que coinciden con el aumento de los cibernautas de entre 6 y 17 años de edad (AMIPCI, como se citó en Gómez, Hernández, Covarrubias y Cuevas, 2014), fomentando un estilo de vida sedentario.

Para alimentarse con verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra, en los hombres no hay una tendencia hacia alguna opción, respuestas que se pueden relacionar con que el deseo de aprobación social por parte de los compañeros siendo una de las fuerzas más poderosas que afectan a los preadolescentes (Santrock, 2004).

AMBOS, para la actividad física cotidiana coinciden hombres y mujeres en no contar con una confianza plena para realizar actividad física en espacios públicos, lo que se justifica por la pérdida de seguridad que ha provocado la disminución de actividades al aire libre, considerándose como un factor que reduce o actúa como barrera para realizar esta conducta, ya sea por decisión de los padres o por los propios niños, siendo necesario evaluar las relaciones entre actividad física, las percepciones y creencias relacionadas con el vecindario, para entender mejor el contexto en que esta conducta ocurre e identificar las áreas de objetivo e intervención (Aedo, 2011).

Las y los participantes en mayor porción perciben que podrían intentar subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas, mostrando que no están completamente seguros para realizar esta actividad, estos resultados se relacionan con que el avance de la tecnología y los transportes han provocado que el ejercicio físico en las actividades de la vida diaria se vea disminuido considerablemente, y el sedentarismo del mundo desarrollado también se vea incrementado gracias a la automatización de los recursos (De Teresa y Velázquez, 2006 como se citó en Castro et al., 2013). Se aprecia un equilibrio entre hombres y mujeres al considerar poder quedarse un poco lejos de lugar a donde van con la finalidad de caminar, pero son los hombres los que confían con mayor fortaleza realizar esta actividad, probablemente se relaciona con lo expresado por Aedo (2011) en que los principales peligros que reporta los padres de familia son la inseguridad y el tráfico, lo que genera insatisfacción con su vecindario.

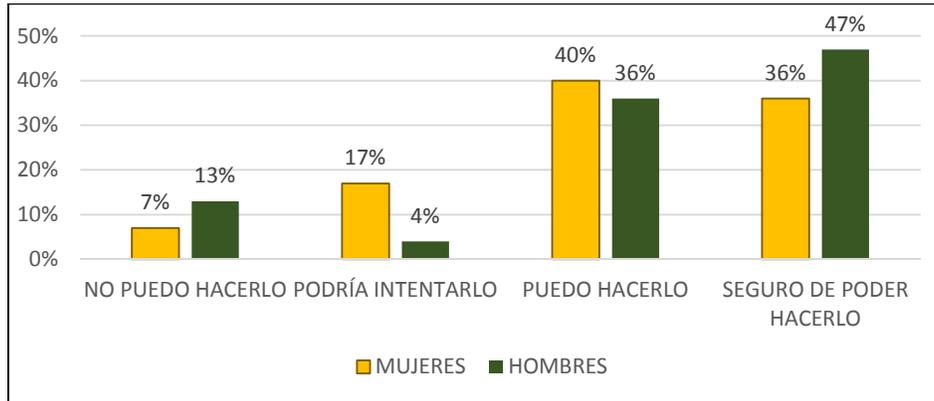
Hombres y mujeres disminuyen la fuerza de autoeficacia para dejar de comer alimentos chatarra, lo que se puede explicar por las características de los hábitos alimentarios de los adolescentes que son realizar comidas fuera de casa, consumir botanas, en especial dulces, entre otros. Estos hábitos se asocian con el sentido de independencia que recientemente van adquiriendo, la dificultad para aceptar los valores existentes, búsqueda de la propia identidad, deseos de aceptación, y la necesidad de conformarse al estilo de vida de sus compañeros y amigos (Sarría y Moreno, 2003 como se citó en Yerena, et al., 2012). Ambos consideran que pueden tranquilizarse ante estados de ansiedad aunque sin una clara seguridad de ello, por lo que podrían adoptar una conducta saludable que llevaría a tener un estilo de vida

saludable de adecuado control de las tensiones y emociones (Sanabria, González y Urrego, 2007 como se citó en Zepeda, 2014).

Factor 2: Actividad Física Programada

Factor 2: Actividad Física Programada (ambos)	No.
Afirmación: Realizar ejercicio diariamente	Reactivo:4

GRÁFICA 16 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: REALIZAR EJERCICIO DIARIAMENTE



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 16 se observa la distribución de frecuencias de los hombres 47% (10) estar seguros de *Realizar ejercicio diariamente*, 40% (17) de las mujeres "pueden hacerlo" y 36% (15) "seguras de poder hacerlo".

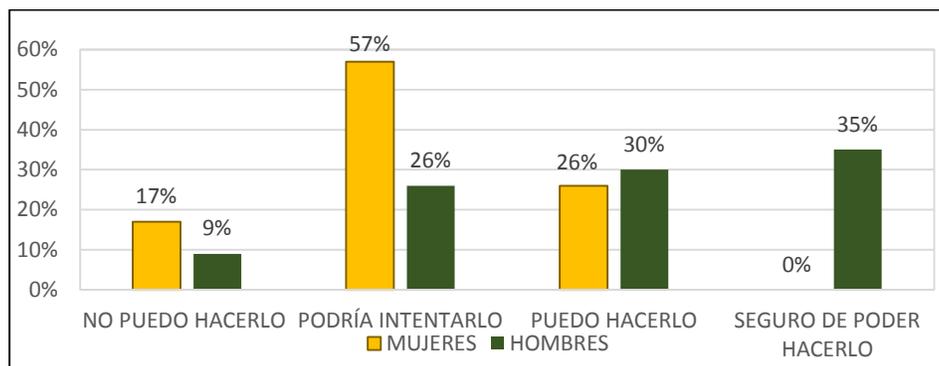
Comentario

Se puede apreciar que la mayor frecuencia de respuesta de los hombres se encuentra en la opción de "Seguro de poder" realizar ejercicio diariamente (47%) (10), que se puede relacionar con lo expresado por Astudillo-García y Rojas-Russell (2006 como se citó en Guzmán, 2012) los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres.

Prejuicios como: los niños son mejores que las niñas en las actividades físicas porque son más fuertes (Instituto Nacional de la Mujer, 2012), puede relacionarse con la percepción de los hombres para estar seguros de hacer ejercicio diariamente.

Factor 2: Actividad física programada (ambos)	No.
Afirmación: Realizar en casa, abdominales o pesas	Reactivo:
	19

GRÁFICA 17 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: REALIZAR EN CASA, ABDOMINALES O PESAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

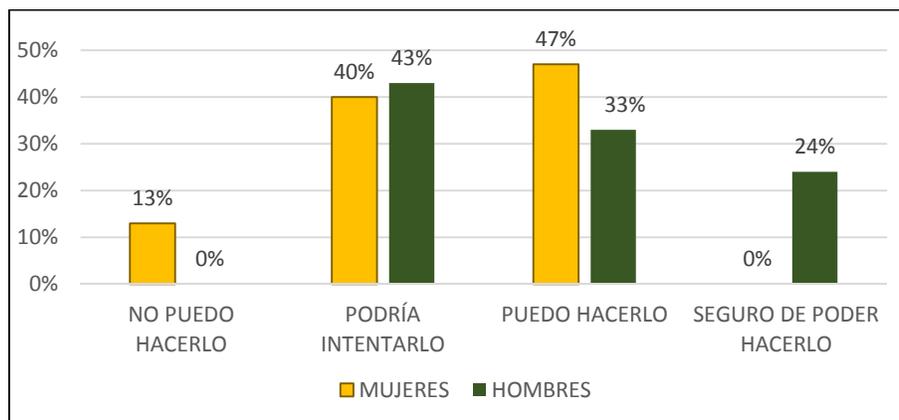
En el reactivo *Realizar en casa, abdominales o pesas*, hubo ausencia de respuesta en la opción “seguro de poder hacerlo” en las mujeres, 26% (11) “puede hacerlo”, 57% (24) considera que “podría intentarlo” y 17% (7) se considera incapaz de realizar la actividad. En los Hombres, 35% (8) consideran estar “seguros de poder” realizar abdominales o pesas en casa, 30% (7) “puede hacerlo”, y 26% (6) “podría intentarlo” y 9% (2) considera que “no puede hacerlo” (ver GRÁFICA 17).

Comentario

Los hombres en mayor intensidad que las mujeres se perciben seguros de poder realizar en casa abdominales o pesas que se relaciona con el trasfondo cultural donde los hombres tienden a involucrarse en actividades que demandan acciones motoras y en las que son necesarias la potencia, la velocidad y la resistencia (Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio Salud, 2012). Ninguna mujer contestó poder realizar abdominales o pesas, posiblemente por el prejuicio de que pesas no es deporte para mujeres, al llamar "hombrunas" o "masculinizadas" a las mujeres que logran destacar en el deporte y cuyos cuerpos se transforman por la acción misma de la fuerza muscular requerida (Instituto Nacional de la Mujer, S/F).

Factor 2. Actividad Física Programada (ambos)	No.
Afirmación: Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio	Reactivo: 10

GRÁFICA 18 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: AUMENTAR POCO A POCO EL TIEMPO DE TU RUTINA DE EJERCICIOS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

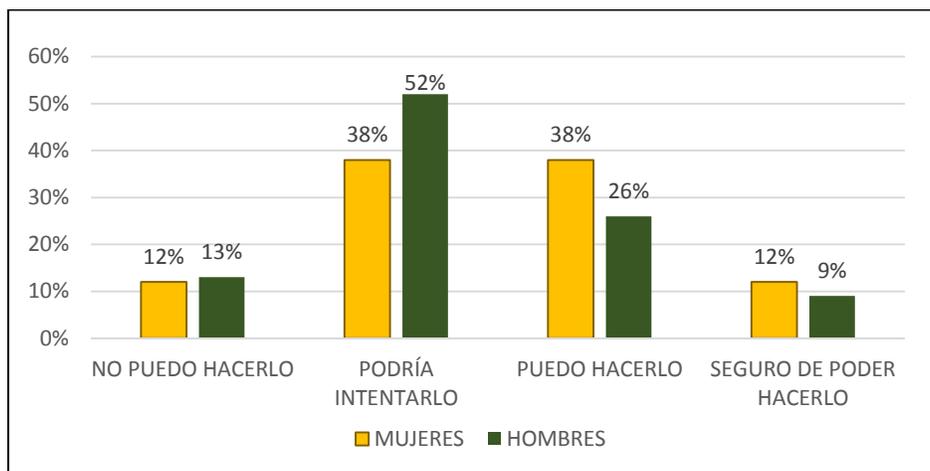
De los escolares encuestados 40% (17) de Mujeres y 43% (10) de Hombres considera que "podría intentar" *Aumentar poco a poco el tiempo de su rutina de ejercicios*, 47% (19) de Mujeres y 33% (7) de Hombres considera que "puede hacerlo", ausencia de respuestas en la opción "no poder hacerlo" de hombres y ausencia de respuestas en "seguro de poder hacerlo" de mujeres (Ver GRÁFICA 18).

Comentario

Se aprecia una marcada diferencia en las respuestas en la opción "Seguro de Poder Hacerlo" (24%) (5), de los hombres para aumentar poco a poco el tiempo de la rutina de ejercicios mientras que ninguna mujer se consideró segura de poder realizar la actividad. Estas respuestas se puede relacionar con lo expresado por Ávalos, Reynoso, Colunga, Oropeza y González (2014) en la que los hombres realizan actividades físicas durante el recreo y la práctica de una actividad deportiva extra clase, en cambio, las mujeres reportaron mayor frecuencia en actividades domésticas y mayor frecuencia de conductas sedentarias.

Factor 2. Actividad Física Programada (ambos)	No.
Afirmación: Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	Reactivo: 24

GRÁFICA 19 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: REALIZAR RUTINAS DE EJERCICIOS A PESAR DE NO TENER GANAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

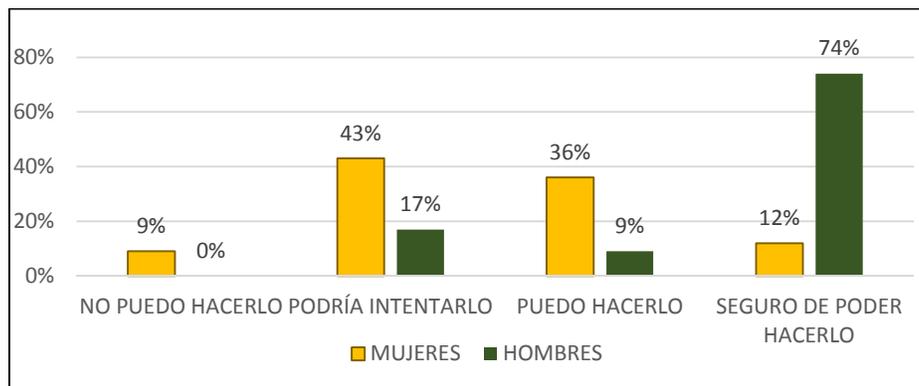
En la GRÁFICA 19 se observa que 12% (5) de Mujeres y 9% (2) de Hombres se sienten seguros de *Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengan ganas de hacerlas*, 38% (16) y 26% (6) respectivamente confían en que pueden hacerlo, 38% (16) de las Mujeres y 52% (12) de los Hombres coinciden en que podrían intentarlo y de manera similar en ambas muestras 12% (5) y 13% (3) cree que es incapaz de hacerlo.

Comentario

Se aprecia que los hombres en mayor frecuencia (52%) (12) podrían intentar realizar rutinas de ejercicio a pesar de no tener ganas a diferencia con las mujeres (38%) (16), estos resultados se pueden relacionar con Astudillo-García y Rojas-Russell (2006 como se citó en Guzmán, 2012) los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente ante factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes, ante otras cosas importantes que hacer o tengan algún padecimiento.

Factor 2. Actividad Física Programada (ambos)	No.
Afirmación: Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio.	Reactivo:
Rutinas de ejercicios	26

GRÁFICA 20 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: AUMENTAR POCO A POCO EL TIEMPO DE TU RUTINA DE EJERCICIO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

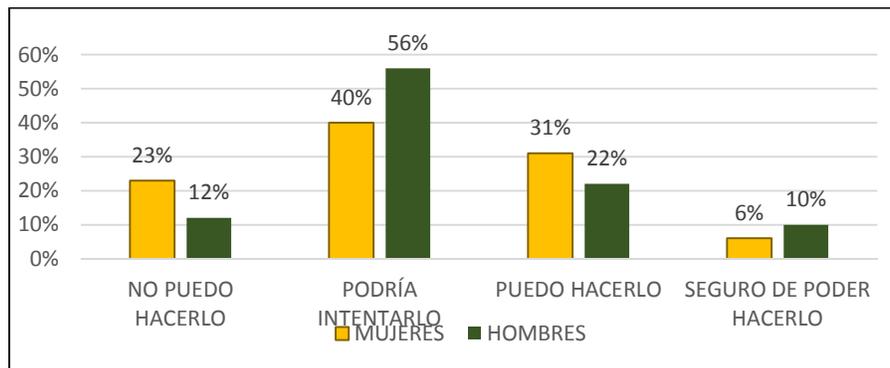
De los preadolescentes encuestados un alto porcentaje de Hombres 74% (17) consideran que no pueden *Aumentar poco a poco el tiempo de su rutina de ejercicio*, 9% (2) podrían intentarlo, un 17% (4) puede hacerlo y ningún niño se considera seguro de poder realizar dicha tarea. En las Mujeres 43% (18) podrían intentar la acción, 36% (15) puede hacerlo y un 12% (5) se considera segura de poder hacer la actividad. (Ver GRÁFICA 20).

Comentario

Los reactivos 10 y el 26 se refieren al aumento del tiempo de rutinas de ejercicios, en ambos se aprecia una marcada frecuencia de respuesta de los hombres en estar seguros de poder aumentar poco a poco rutinas de ejercicios, respuesta que podría relacionarse con que los juegos atribuidos a los hombres, suelen basarse más en la potencia, la velocidad, la resistencia y el contacto físico (Instituto Nacional de las Mujeres, 2012). Por lo que si el ejercicio requiere mayor exigencia, perseverancia, resistencia, potencia, velocidad y contacto físico, aún agresividad, se relaciona con una percepción más alta de los hombres en estar seguros de poder llevar a cabo la actividad de acuerdo con la expectativa de la mujer y el hombre deseables que asigna la sociedad, es decir, desde Género.

Factor 2. Actividad Física Programada (ambos)	No.
Afirmación: Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas	Reactivo:
	36

GRÁFICA 21 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: PONER MÁS ESFUERZO Y REALIZAR ABDOMINALES O PESAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

De los escolares encuestados, 12% (5) de Hombres consideran que no son capaces de *Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas*. 56% (13) de Hombres respondió que podrían intentarlo, 22% (5) confía en que puede hacerlo y ninguno se siente seguro de poder realizar la actividad y 10% (2). Mientras que 40% (17) de las Mujeres considera que podrían intentarlo, 31% (13) puede desempeñar la tarea, 23% (9) consideran que no pueden hacerlo y sólo 6% (3) se sienten seguras de dominar tal situación (ver GRÁFICA 21).

Comentario

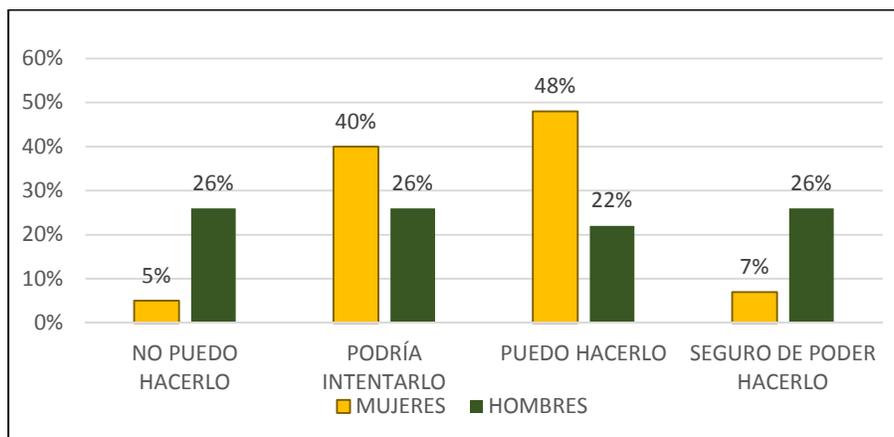
Se aprecia que las mujeres en mayor frecuencia (23%) que los hombres (12%) consideran que no pueden realizar este tipo de actividades, situación que se explica en parte por asociar a la mujer con delicadeza, obediencia, maternidad, subjetividad, pasividad, dependencia, ternura y apasionamiento; desde niña se le prepara para ser esposa y ama de casa, además del prejuicio de que pesas no es deporte para mujeres, al llamar "hombrunas" o "masculinizadas" a las mujeres que logran destacar en el deporte y cuyos cuerpos se transforman por la acción misma de la fuerza muscular requerida (Instituto Nacional de la Mujer, S/F). Realizar abdominales y pesas requiere una resistencia mayor, además de que existe entre

los púberes y adolescentes una mayor presencia del deseo de una figura atlética; quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con más músculo (Gómez-Peresmitré et. al, 2001; Ortega y López, 2002 en Yerena, *et al.* 2012).

Factor 2. Actividad Física Programada (ambos) Afirmación: Correr todos los días	No. Reactivo: 15
------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 22 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CORRER

TODOS LOS DÍAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En el reactivo *Correr todos los días*, las Mujeres respondieron de manera similar 48% (20) y 40% (17) como poder hacer y podría intentarlo. En los Hombres, no hubo una clara tendencia respuestas, seguro de poder hacerlo 26%(6), puedo hacerlo, 22% (5) podría intentarlo 26% (6) y no puedo hacerlo 26% (6). (Ver GRÁFICA 22).

Comentario

Se aprecia un desequilibrio en la percepción de autoeficacia entre hombres y mujeres hacia correr diariamente que constituye una actividad física programada, los hombres se perciben seguros de poder realizar esta actividad (26%) (6), en mayor medida que las mujeres (7%)(3), aspecto que puede justificarse por la percepción de la familia hacia la práctica deportiva de sus hijas, en la que permiten que sus hijas practiquen un deporte, pero no reconocen su esfuerzo, incluso, algunas familias minimizan su trabajo frente al de los hombres, por lo que es notoria una diferencia en apoyos y estímulos (Hernández, 1999b como se citó en Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte CONADE y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES S/F). Hombres mayor medida perciben estar seguro de correr en

espacios abiertos mostrando las desigualdades entre los sexos, especialmente en la división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS. FACTOR 2. ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA

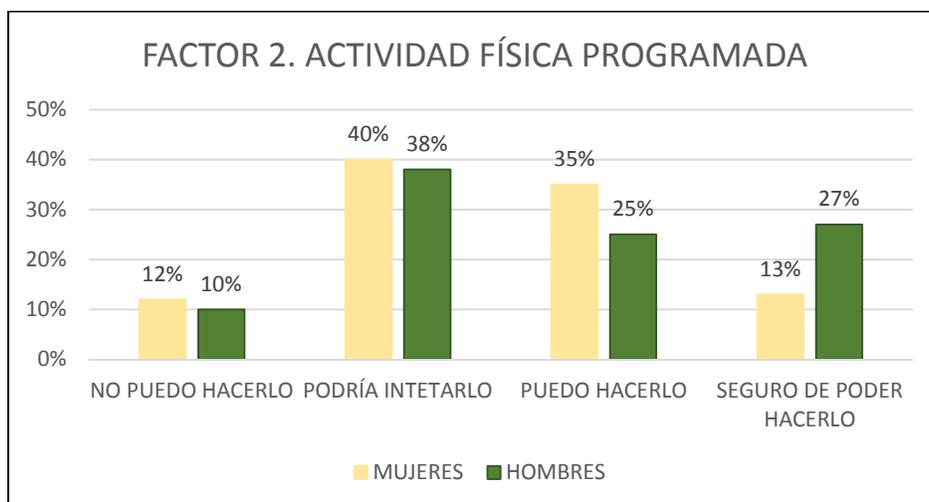
FACTOR 2. Actividad Física Programada	MUJERES	No puedo	Podría intentarlo	Puedo hacerlo	Seguro de poder	HOMBRES					
						No puedo	Podría intentarlo	Puedo hacerlo	Seguro de poder hacerlo		
reactivo						reactivo					
4. Realizar ejercicio diariamente	3	7	16	15	42	4. realizar ejercicio diariamente	1	2	8	12	23
10. Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio	0	18	14	10	42	10. aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio	0	10	7	6	23
15. Correr diariamente	2	17	20	3	42	15. Correr diariamente	6	6	5	6	23
19. Realizar en casa, abdominales o pesas	7	24	11	0	42	19. realizar en casa abdominales o pesas	2	13	6	2	23
24. Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	5	16	16	5	42	24. realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	3	12	6	2	23
26. Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio	4	18	15	5	42	26. aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicios	0	4	2	17	23
33. cumplir con tu rutina de ejercicios	10	9	13	10	42	33. cumplir con tu rutina de ejercicios	3	10	7	3	23
36. poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas	9	17	13	3	42	36. poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas	3	13	5	2	23

	SUM	40	136	117	43	33	SUMA	18	70	46	50	18
	A	(12	(40	(35%)	(13	6	PROMEDIO	(10	(38%)	(25	(27	4
	PRO	%)	%)		%)	10		%)		%)	%)	10
	MEDI					0						0
	O					%						%

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

FACTOR 2. ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA

GRÁFICA 23 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR 2: ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA HOMBRES/MUJERES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

La puntuación más alta estuvo en las Mujeres 40% (136) que podría intentar realizar *actividad física programada*, 35% (115) puede hacerlo, 13% (43) está segura de poder realizar la actividad. En los Hombres, 38% (70) podrían intentar realizar la actividad, 25% (46) puede hacerlo, 10% (18) se considera incapaz de llevar a cabo la actividad y 27% (50) está seguro de poder hacerlo (Ver GRÁFICA 23).

Comentario

En conclusión para los HOMBRES en la actividad física programada se aprecia en mayor frecuencia de respuestas en la opción de "seguros de poder" realizar ejercicio diariamente que se puede relacionar con lo expresado por Astudillo-García y Rojas-Russell (2006 como se citó en Guzmán, 2012) los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente ante factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes u otras cosas importantes que hacer o tengan algún padecimiento.

Los hombres se consideran más seguros de poder aumentar poco a poco el tiempo de la rutina de ejercicios. Se puede relacionar con lo expresado por Ávalos,

Reynoso, Colunga, Oropeza y González (2014) en el que los hombres realizan actividades físicas durante el recreo y la práctica de una actividad deportiva extra clase, también se relaciona por los juegos atribuidos a los hombres, suelen basarse más en la potencia, la velocidad, la resistencia y el contacto físico (Instituto Nacional de las Mujeres de Ministerio de Salud, 2012). Por lo que si el ejercicio requiere mayor exigencia, perseverancia, resistencia, potencia, velocidad y contacto físico, aún agresividad, se relaciona con una percepción más alta de los hombres en estar seguros de poder llevar a cabo la actividad de acuerdo con la expectativa de la mujer y el hombre deseables que asigna la sociedad, es decir, desde género.

Se aprecia que los hombres en mayor frecuencia podrían intentar realizar rutinas de ejercicio a pesar de no tener ganas a diferencia con las mujeres, estos resultados se pueden relacionar con Astudillo-García y Rojas-Russell (2006 como se citó en Guzmán, 2012) los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente en factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes, ante otras cosas importantes que hacer o tengan algún padecimiento. También, desde pequeños se destaca que el niño tiene poder físico, el cual se desarrolla cuando llega a adulto, de ahí que sus estereotipos sean agresividad, liderazgo, tenacidad, ambición, originalidad, método, competitividad, resistencia, independencia y objetividad. En tanto, que a la niña se le asocia con la delicadeza, obediencia, maternidad, subjetividad, pasividad, dependencia, ternura y apasionamiento; desde niña se le prepara para ser esposa y ama de casa, y se le da a entender que el fútbol o el karate no son para ella por ser deportes duros. Angélica Estrada (en López, 1990b como se citó en Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES S/F).

Las mujeres en el factor 2 Actividad Física Programada, se aprecia en mayor medida percibirse como no poder realizar este tipo de actividades, situación que explica en parte por la mujer se le asocia con la delicadeza, obediencia, maternidad, subjetividad, pasividad, dependencia, ternura y apasionamiento; desde niña se le prepara para ser esposa y ama de casa, y se le da a entender que el fútbol o el

karate no son para ella por ser deportes duros. Si bien en el país la participación de la mujer en el deporte cada vez es más aceptada, aún existen lugares y grupos sociales que no permiten el desarrollo de las mujeres en esta actividad, o sólo lo hacen en disciplinas consideradas como femeninas, tal es el caso del nado sincronizado, gimnasia artística, rítmica, o tenis; hay familias que permiten que sus hijas practiquen deporte, pero no reconocen su esfuerzo; incluso, algunos minimizan su trabajo frente al de los hijos hombres, por lo que es obvia una diferencia en apoyos y estímulos (Hernández, 1999b como se citó en CONADE y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES S/F) además realizar abdominales y pesas es considerado como una actividad propia de hombres porque se atribuye que las actividades de hombres suelen basarse en la potencia, la velocidad, la resistencia y el contacto físico. Realizar abdominales y pesas requiere una resistencia mayor, además de que existe entre los hombres púberes y adolescentes una mayor presencia del deseo de una figura atlética; quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con más músculo (Gómez-Peresmitré et. al, 2001; Ortega y López, 2002 en Yerena, *et al.* 2012), no hubo ninguna mujer segura de poder aumentar poco a poco la rutina de ejercicios.

En la pubertad, la diferencia de género aprendida hasta ese momento se hace plenamente consciente con la aparición de los cambios físicos y biológicos. Cuando llegan a la adolescencia, las niñas ya aprendieron patrones de comportamiento que las adhieren a lo femenino. De tal manera que transitan del juego infantil a las principales asignaciones y responsabilidades que se les demanda en la vida adulta. En este proceso es necesaria la participación no sólo de las niñas y mujeres, se requiere también la de los niños y hombres para eliminar la desigualdad de género en todas las esferas.

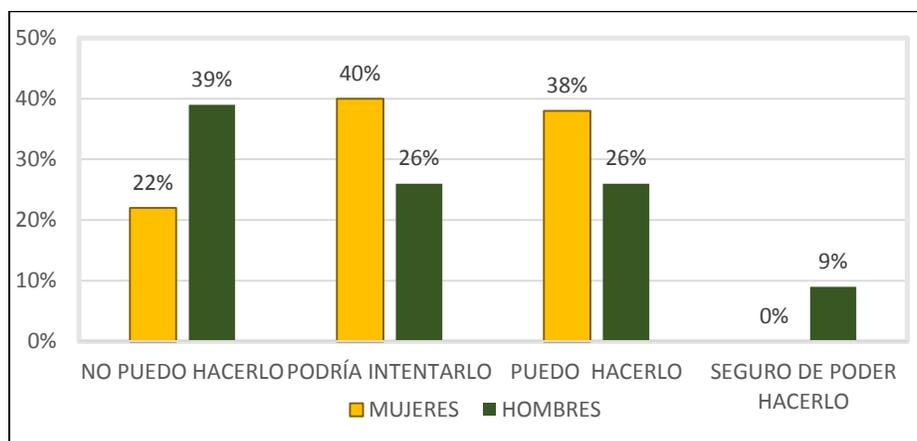
Ambos se perciben seguros/as y poder hacer ejercicio diariamente, pero se contraponen con los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012, se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años refieren no haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó uno o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para

este grupo de edad es el fútbol soccer. Esto es por un lado consideran que pueden hacer y seguros de poder hacer ejercicio diariamente, pero no han participado actividad física programada durante un año. En la actualidad, las familias suelen destinar gran parte de su tiempo de ocio a actividades de recreación pasiva como, por ejemplo ver televisión. Asimismo, con frecuencia, los paseos familiares involucran actividades que no implican desgaste calórico de importancia (cine, videojuego, *shopping*, paseo en auto etc.) (Saforcada *et. al.*, 2010).

Factor 3. Alimentación Saludable (ambos)

Factor 3. Alimentación Saludable	No.
Afirmación: Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa.	Reactivo: 18

GRÁFICA 24 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: EVITAR LA COMIDA CHATARRA CUANDO DESAYUNAS, COMES O CENAS FUERA DE CASA



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Para el reactivo *Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa*, la menor distribución de frecuencia la obtuvo la respuesta "seguro de poder hacerlo" tanto en Hombres 9% (2) como en Mujeres (ninguna). En el caso de las Mujeres 40% (17) cree que "podría intentarlo", 38% (16) confía en "poder hacerlo" y 22% (9) se siente incapaz de realizar la actividad. De los Hombres encuestados 26% (6) señaló "poder hacerlo" y "podría intentarlo" de similar manera, mientras que 39% (9) se considera incapaz de hacer la actividad (ver GRÁFICA 24).

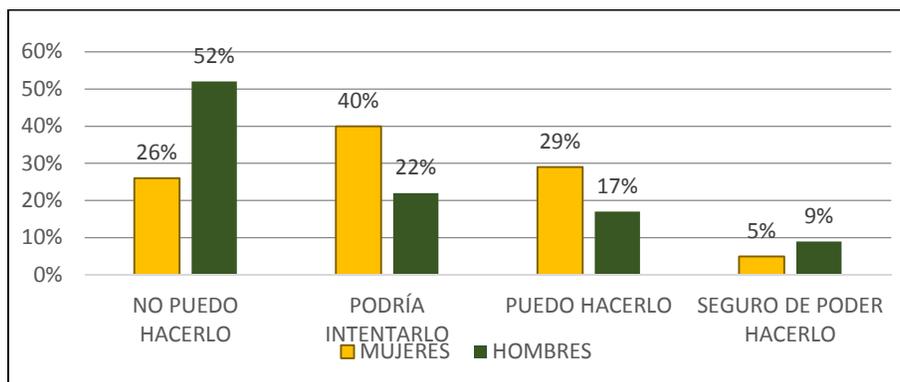
Comentario

Hay una tendencia de mujeres que podría intentar evitar la comida chatarra en el desayuno, comida o cena fuera de casa, mientras que los hombres en mayor medida consideran que no puede realizar la actividad. Lo que se relaciona con una mayor frecuencia de consumo de la llamada *fast food* o comida rápida, es un tipo de comida económica, la cual se encuentra basada en diferentes menús de fácil y rápida preparación e ingestión para poblaciones diversas, en especial para los adolescentes y trabajadores que no disponen de mucho tiempo para comer debido

a sus arduas jornadas laborales; por otro lado este tipo de comida resulta atractivo ya que usualmente sirven de manera rápida y se puede ingerir fácilmente, lo cual resulta adecuado para la población descrita (Molini (2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Se ha observado el incremento del consumo de comida rápida (French, Story, Neumark-Sztainer, Fulkerson & Hannan, 2001; Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira & Ludwig, 2004) y comidas realizadas fuera de casa, que contienen más grasa saturada y sodio, así como poca fibra, hierro y calcio (St-Onge, Keller & Heymsfield, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Factor 3. Alimentación saludable (ambos) Afirmación: Evitar los dulces aunque se te antojen.	No. Reactivo: 20
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 25 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: EVITAR LOS DULCES AUNQUE SE TE ANTOJEN



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En el reactivo relacionado con la capacidad para *Evitar los dulces aunque se te antojen*, 52% (12) de los Hombres consideran que "no pueden hacerlo", 22% (5) "podría intentarlo", 17%(4) "puede hacerlo" y 9% (2) se percibe "seguro de poder hacerlo". Estos puntajes son similares al de las Mujeres, de las cuales 5% (2) está muy "segura de poder" llevar a cabo la actividad, 29% (12) considera que "puede hacerlo", 40% (17) respondió que "podría intentarlo" y 26% (11) "no puede hacerlo" (ver GRÁFICA 25).

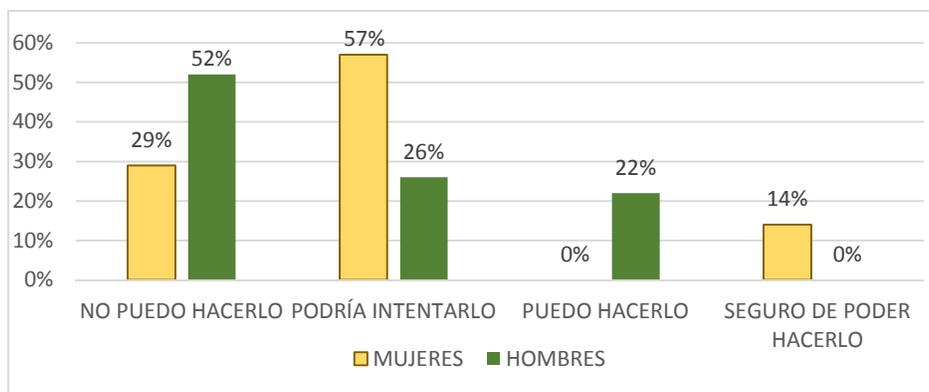
Comentario

Se aprecia una tendencia de las respuestas de hombres hacia no poder evitar los dulces aunque se antojen, además una pequeña frecuencia de respuestas de hombres (9%) (2) como de mujeres (5%) (2) consideran seguros de poder evitar comer dulces aunque se antojen, lo que se podría relación con lo expresado por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), que definen los hábitos alimentarios de los/las adolescentes se caracterizan por: Una tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno y con menos frecuencia la comida del mediodía. Realizar comidas fuera de casa. Consumir botanas, en especial dulces. Comer en restaurantes de comida rápida. Practicar gran variedad de dietas.

Además de la preferencia en aumento de consumir alimentos entre las comidas (lo que se conoce como colación o *snack*) ocasionan un mayor consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas (Cusatis & Shannon, 1996 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

Factor 3. Alimentación Saludable (ambos)	No.
Afirmación: Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)	Reactivo: 21

GRÁFICA 26 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: RECHAZAR INVITACIONES A COMER ALIMENTOS RICOS EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS (QUESADILLAS, TACOS, TAMALES, ETC.)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Hubo ausencia de los hombres en considerarse seguros de poder *Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos*, 52% (12) consideran no poder hacerlo, 57% (24) de Mujeres confía en que podría intentarlo y 29% (12) de las Mujeres cree que no puede hacerlo (ver GRÁFICA 26).

Comentario

Se aprecia en mayor frecuencia de respuestas tanto de mujeres como de hombres de no poder e intentar rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en carbohidratos y grasas como tamales, tacos, este resultado se puede relacionar con la base de la dieta mexicana que hoy en día se compone por alimentos altos en grasas y azúcares, los cuales, carecen de nutrimentos, estos alimentos suelen ser más baratos que los alimentos "sanos" que contribuyen a que no se lleve a cabo una buena alimentación (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Además, este estilo de vida implica comer fuera de casa, hacerlo de prisa y a deshora y tener un margen muy reducido para elegir los alimentos, el consumo fuera de casa de alimentos "rápidos" repercute de manera negativa en la salud, en especial cuando los alimentos se compran en expendios

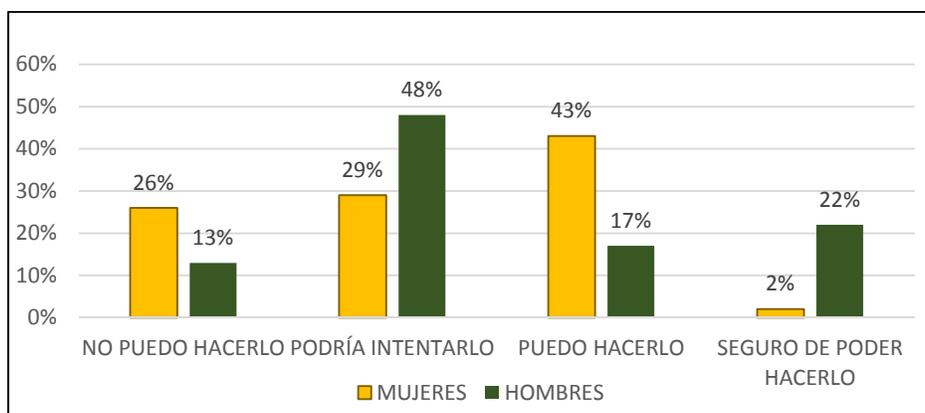
mecanizados ya que la mayoría de estos contienen más calorías que los preparados en casa (Sánchez-Castillo, *et al.*, 2002 como se citó en Castro *et al.*, 2012).

Sin embargo, los tacos, tostadas, sopes, quesadillas y burritos están recomendados como refrigerio escolar saludable, pero con algunas especificaciones como. utilizar ingredientes como tortilla de maíz, de preferencia sin freír y/o tostadas horneadas, se limita a dos en niños y adolescentes de primaria y secundaria, con un ingrediente principal como huevo revuelto, queso panela, pollo deshebrado, frijoles, nopales y con complementos como jitomate, lechuga aguacate, zanahoria, entre otros. Se consideran como aspectos importantes moderar el consumo de sal y azúcares en la preparación, preparar con la menor grasa posible el pescado, pollo y cortes de carne, preferible no freír alimentos (en caso de ser necesario se recomienda usar aceites vegetales bajos en grasas saturadas y libres de grasas trans), No reutilizar el aceite, porque se convierte en ácido graso que daña las venas y arterias (Lineamientos, 2010).

En Zepeda (2014) a través de laboratorios cognoscitivos, los escolares no entendieron la palabra “invitación” como un ofrecimiento de comida chatarra, sino como una invitación a un lugar o fiesta, por lo que se modificó a “Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece”.

Factor 3. Alimentación saludable (hombres)	No.
Factor 4: Estilo de alimentación (mujeres)	Reactivo:
Afirmación: Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso.	30

GRÁFICA 27 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: REALIZAR LAS 3 COMIDAS DIARIAS BAJAS EN GRASAS PARA CONTROLAR TU PESO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En reactivo *Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso* los puntajes más altos corresponden al 48% (11) de los Hombres que creen que “pueden intentar realizar” la actividad y 43% (18) de las Mujeres que “pueden” hacer la actividad. El 26% (11) de las Mujeres y 13% (3) Hombres, se consideran incapaces de realizar la actividad. (Ver GRÁFICA 27).

Comentario

Los hombres señalan un elevado índice de respuestas que podrían intentar realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas, sin una seguridad de ello. Justificado por las normas sociales que dan mayor permisividad en cantidad de comida a los hombres (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*).

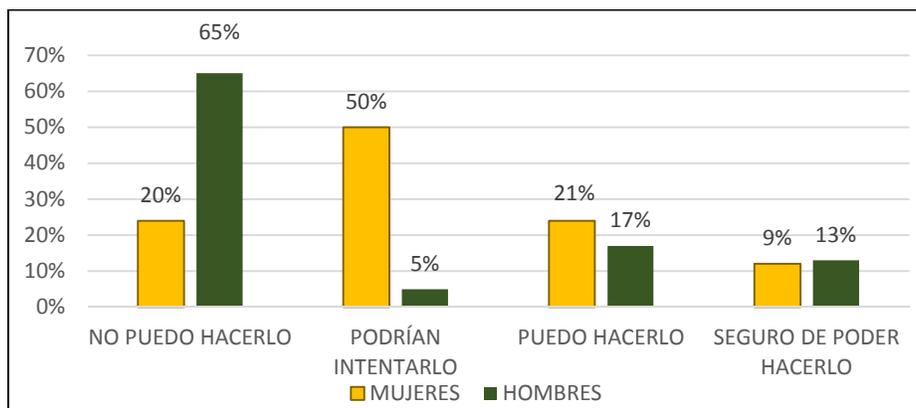
Las mujeres perciben que pueden realizar las tres comidas diarias bajas en calorías. Lo que se justifica por las normas sociales que tienden a limitar el consumo de alimentos en las mujeres, por la relación en la acumulación de grasa propia del cuerpo femenino que se opone al ideal de delgadez, deseable para ellas. Esta combinación de factores nutricionales y sociales, podrían favorecer en las mujeres,

el consumo de alimentos en menor cantidad en las horas de comida formal, incluso llegar a omitir alguna comida como el desayuno y la búsqueda de alimentos entre comidas para compensar los requerimientos dietéticos, algo que habría que agregarle la inclinación por elegir productos poco saludables, asociados al aumento de peso en la juventud (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*).

En Zepeda (2014) mediante laboratorios cognoscitivos y juicio de expertos se modificó el ítem, quedando como: "Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida", modificando el número de tiempos de comida recomendables y los 3 grupos para una alimentación correcta.

Factor 3. Alimentación saludable (ambos) Afirmación: Evitar comer alimentos chatarra (<i>hot dog, hamburguesa, pizza, etc.</i>).	No. Reactivo: 7
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

GRÁFICA 28 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: EVITAR COMER ALIMENTOS CHATARRA (HOT DOG, HAMBURGUESA, PIZZA, ETC.)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 28 se observa que 65% (15) de los Hombres perciben que “no pueden” evitar comer alimentos chatarra y un menor porcentaje 5% (1) podrían intentar *Evitar comer alimentos chatarra*. Mientras que las Mujeres 50% (21) “podrían intentar” evitar comer alimentos chatarra, 21% (9) “pueden hacerlo”, 20% (10) “no pueden hacerlo”.

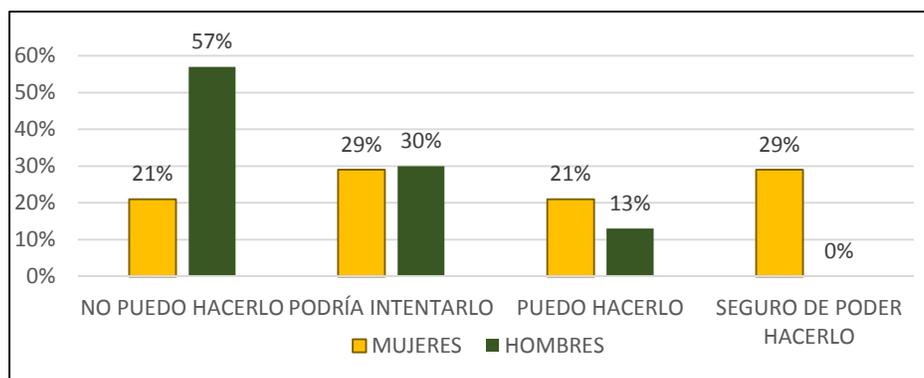
Comentario

Ante este reactivo se aprecia una respuesta mayoritaria de los hombres que no pueden evitar comer alimentos chatarra. Mientras que las mujeres podrían intentar evitarlas. Estos resultados se relacionan con que las niñas fueron más propensas a incorporar alimentos saludables en sus regímenes, mientras que los niños no. Tanto los niños como las niñas consumieron menos hamburguesas y perros calientes, pero también incrementaron su ingesta de refrescos y bebidas azucaradas de acuerdo con los reportes en la *Revista Panamericana de Salud Pública* de 400 niños en edad escolar en Argentina (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2013). En la versión de Zepeda (2014), el ítem se modificó a “Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)”

en el que se incluyen una variedad mayor de alimentos con bajo contenido nutricional y alto contenido en grasa y azúcar.

Factor 3. Alimentación saludable (ambos)	No.
Afirmación: Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.	Reactivo:
	34

GRÁFICA 29 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: DEJAR DE COMER ALIMENTOS CHATARRA ENTRE COMIDAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Las mujeres respondieron de manera equilibrada, 21% (9) “no pueden” *Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas*, 29% (12) confía en que “podría intentarlo”, 21% (9) “puede hacerlo” y 29% (12) “seguras de poder” realizar dicha tarea. El mayor porcentaje en los hombres fue de 57% (13) que se perciben incapaces de hacerlo, 30% (7) señaló que “podría intentarlo”, 13% (3) “puedo hacerlo” y ninguno contestó estar seguro de hacerlo (ver GRÁFICA 29).

Comentario

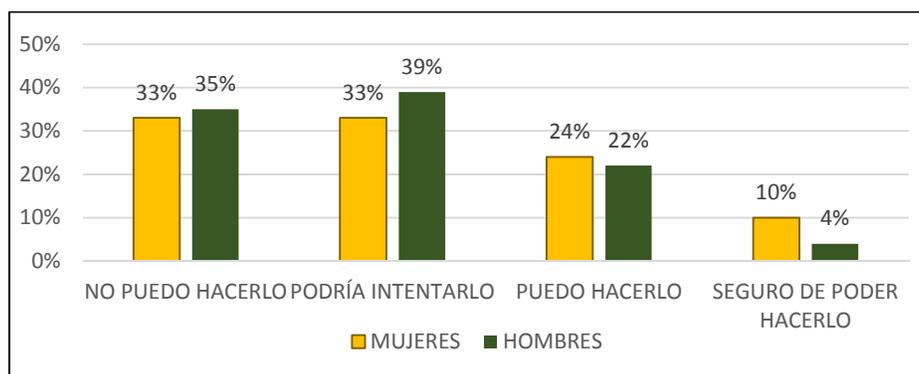
Se observa un elevado nivel de respuesta de los hombres que consideran no poder dejar de comer alimentos entre comidas, lo que se justifica con la mayor permisividad en cantidad de comida a los hombres (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*). Mientras que hay más mujeres que consideran estar seguras de poder hacerlo. Lo que se justifica por las normas sociales que tienden a limitar el consumo de alimentos en las mujeres, por la relación en la acumulación de grasa propia del cuerpo femenino que se opone al ideal de delgadez, deseable para ellas. Esta combinación de factores nutricionales y sociales, podrían favorecer en las mujeres,

el consumo de alimentos menor cantidad en las horas de comida formal, incluso llegar a omitir alguna comida como el desayuno y la búsqueda de alimentos entre comidas para compensar los requerimientos dietéticos, algo que habría que agregarle la inclinación por elegir productos poco saludables, asociados al aumento de peso en la juventud (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*).

En los últimos años el consumo de golosinas, botanas y refrescos ha incrementado debido al despliegue publicitario casi en cualquier lugar, aunado a que su consumo se ha empleado de manera errónea como premios o entretener a los niños. Llama la atención que el 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Factor 3. Alimentación saludable (ambos)	No.
Afirmación: Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado (a).	Reactivo: 11

GRÁFICA 30 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: DEJAR DE COMER CHOCOLATES U OTRAS GOLOSINAS CUANDO TE SIENTES PRESIONADO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Para la reactivo *Dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando te sientes presionado* la mayoría de los Hombres 39%(9) respondió que "no pueden hacerlo", 35% (8) "podrían intentarlo", 22% (5) "puede hacerlo" y 4% (1) se considera capaz. Para las mujeres, 33% (14) considera que "puede hacerlo" y que "puede intentarlo", sólo un 10% (4) está "segura de poder hacer" la actividad y 24% (10) considera que "no puede hacerlo" (ver GRÁFICA 30).

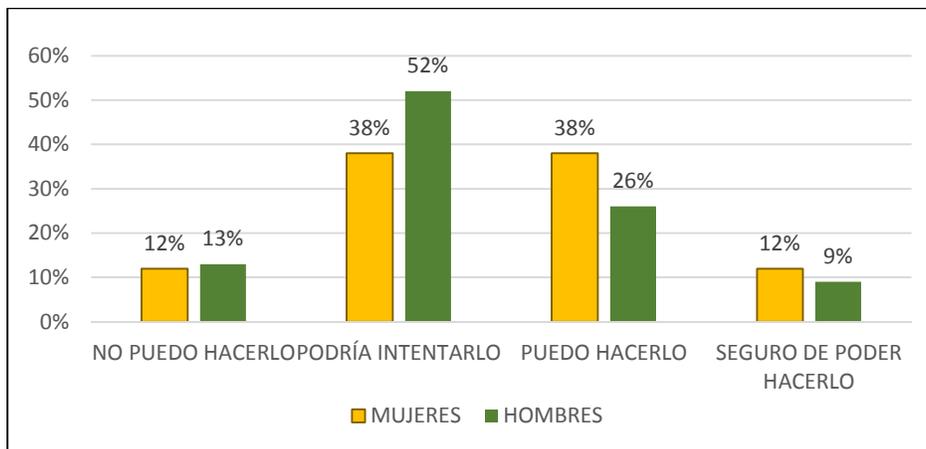
Comentario

Se observan frecuencias de respuestas similares ante el reactivo dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando te sientes presionado, hay relación con lo expresado por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012 los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por: consumir botanas y en especial dulces. Del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, 7.4% proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Zepeda (2014) modifica el reactivo a "soy capaz de evitar comer dulces cuando me siento nerviosa (o)", cambiando palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia

ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir.

Factor 3: Alimentación saludable (hombres). Factor 4: Estilo de alimentación (mujeres). Afirmación: Insistir en comprar alimentos bajos en calorías. Comprar alimentos saludables	No. Reactivo: 23
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

GRÁFICA 31 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: INSISTIR EN COMPRAR ALIMENTOS BAJOS EN CALORÍAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada “Bicentenario de la Independencia”
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

El 12% (5) de Mujeres y 13% (3) de Hombres se percibió como incapaz de *Insistir en comprar alimentos bajos en calorías*, 38% (16) de las Mujeres señaló que “podrían intentarlo”, 12%(5) “segura de poder hacerlo” y 38% (16) contestó que “puede hacerlo”. Mientras que 52% (12) de los Hombres “podrían intentarlo”, 9% (2) sienten confianza de realizar eficientemente la tarea (ver GRÁFICA 31).

Comentario

Se aprecia una baja frecuencia de respuestas ante la opción de seguros de poder insistir en comprar alimentos bajos en calorías, situación que se relaciona con que los preadolescentes aún están en el intermedio de la independencia económica, por lo que no están directamente responsables de comprar alimentos, pero al pedir que

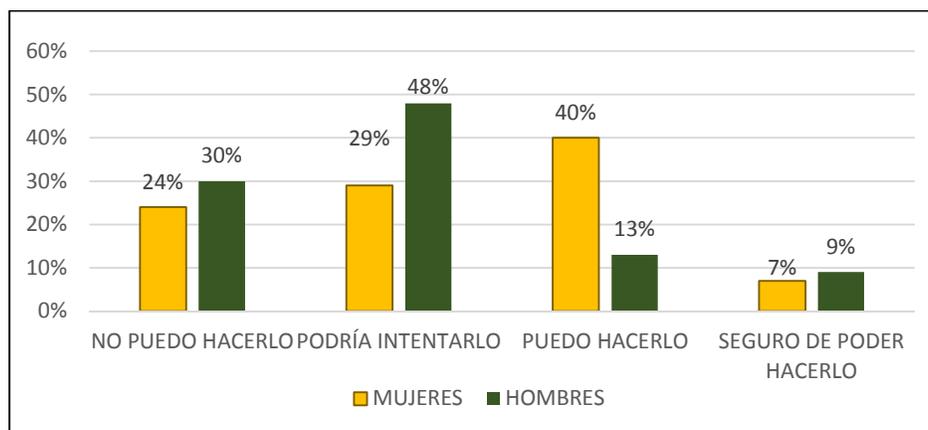
alguien más compre alimentos bajos en calorías no se perciben seguros de poder hacerlo.

Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares (2000) el mexicano destina casi el 30% de su ingreso a la alimentación y del cual el 10% se destina a refrescos, convirtiéndolo así en el segundo país consumidor de bebidas gaseosas en el mundo sólo después de Estados Unidos. Por lo que en los hogares mexicanos se gastan casi lo mismo para el consumo de leche (641 pesos trimestrales) que en bebidas alcohólicas y embotelladas (544 pesos trimestrales) (Fuentes, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010). Además, la distribución diferencial de la dieta en los distintos grupos sociales que está condicionada (en lo que a los factores económicos se refiere) por el nivel de ingresos de la familia, por un lado y el precio de los alimentos por el otro (Saforcada, *et al.*, 2012). Así tenemos que en los sectores de menor nivel socioeconómico tienden a ingerir alimentos de mayor densidad, valor calórico y contenido de grasas saturadas que son, a su vez, lo de más bajo precio y los que se producen mayor sensación de saciedad. Estos alimentos son, también los que más engordan y los que, por otra parte, tienen menor valor nutritivo.

Es decir, que los alimentos con mayor densidad y valor calórico y contenido de grasas saturadas, son los de más bajo precio y los que producen mayor sensación de saciedad, siendo que mujeres y hombres consideran que no pueden solicitar comprar alimentos bajos en calorías probablemente porque está condicionado por los ingresos de la familia. La madre de familia desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y de la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de los alimentos. No obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

Factor 3. Alimentación saludable (ambos) Afirmación: Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates	No. Reactivo: 25
------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 32 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: ELIMINAR DE TU DIETA LOS DULCES Y CHOCOLATES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Para la reactivo *Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates*, el mayor porcentaje de respuesta 48% (11) se obtuvo de las Hombres que consideran que “podrían intentarlo”, 24% (10) de Mujeres y 30% (7) de Hombres se considera incapaz de realizar esta tarea, 40% (17) de las Mujeres considera que puede hacerlo a diferencia de 13% (3) de los Hombres que considera la misma posibilidad y 7% (3) de Mujeres y 9% (2) de Hombres se consideran seguros de hacerlo (ver GRÁFICA 32).

Comentario

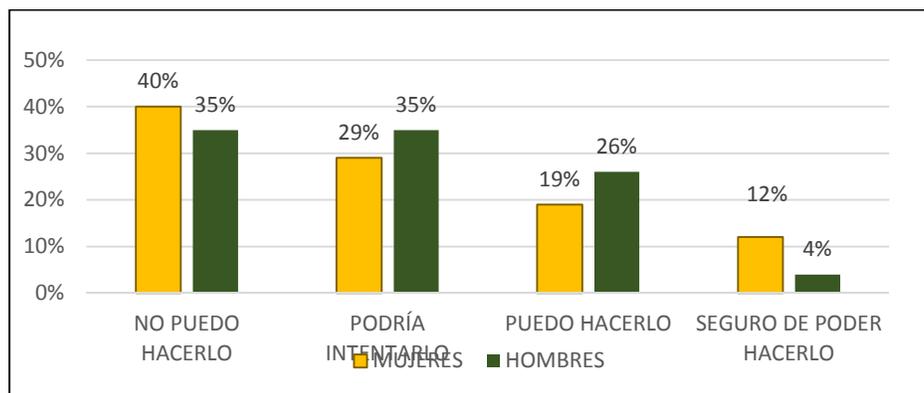
Se aprecia una clara diferencia entre las mujeres que pueden eliminar de su dieta dulces con respecto a los hombres. Lo anterior se relaciona al considerar que la restricción alimentaria parece una práctica común entre las jóvenes mujeres como lo señalan varios estudios (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op. cit.* como se citó en Álvarez, *et al.*, 2008). Lo cual podría explicar en parte porque realizan más colaciones. Los hombres en cambio suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían

tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres. La restricción alimentaria parece ser una práctica común entre las jóvenes mujeres. El término *dieta* se ha distorsionado pues se cree que una dieta es sinónimo de ingerir poco y “morir” de hambre, por lo que se debe aclarar que una dieta es el conjunto de alimentos y platillos que una persona consume al día.

En Zepeda (2014) se modificaron ítems que contenían palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir. Quedó de manera “soy capaz de disminuir de la dieta dulces, mediante el laboratorio cognoscitivo los escolares no comprendían la cantidad que tenían que disminuir, por lo que se quedó de manera final: “Soy capaz comer solamente un dulce al día”.

Factor: 3. Alimentación saludable (ambos)	No.
Afirmación: Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces	Reactivo:
	9

GRÁFICA 33 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: TENER FUERZA DE VOLUNTAD PARA DEJAR DE COMER DULCES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En reactivo *Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces* 40% (17) de las Mujeres considera que “no puede hacerlo”, 29% (12) “podría intentarlo”, 19% (8) “puede hacerlo” y 12% (5) está “segura de poder hacerlo”. En la muestra formada por los hombres, 4% (1) está “seguro de poder hacerlo”, 26% (6) “puede hacerlo”, 35%(8) “podría intentarlo” y 35% (8) considera que “no puede hacerlo” (ver GRÁFICA 33).

Comentario

Se aprecia una mayor frecuencia tanto de mujeres como de hombres de no poder e intentar tener fuerza de voluntad para eliminar de la dieta dulces y chocolates, lo que se podría explicar por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), que definen los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por:

- Una tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno y con menos frecuencia la comida del mediodía.
- Realizar comidas fuera de casa.
- Consumir botanas, en especial dulces.
- Comer en restaurantes de comida rápida.

e) Practicar gran variedad de dietas.

Es recomendable restringir el consumo de esas bebidas, sin erradicarlas, puesto que al eliminarlas se priva al niño de productos que consumen sus compañeros, ocasionando que se vuelvan importantes para él y que los deseará aún más, entonces, si se ingieren de manera ocasional y sin mayor importancia el niño tenderá a no consumirlos constantemente (Birch, 2000 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

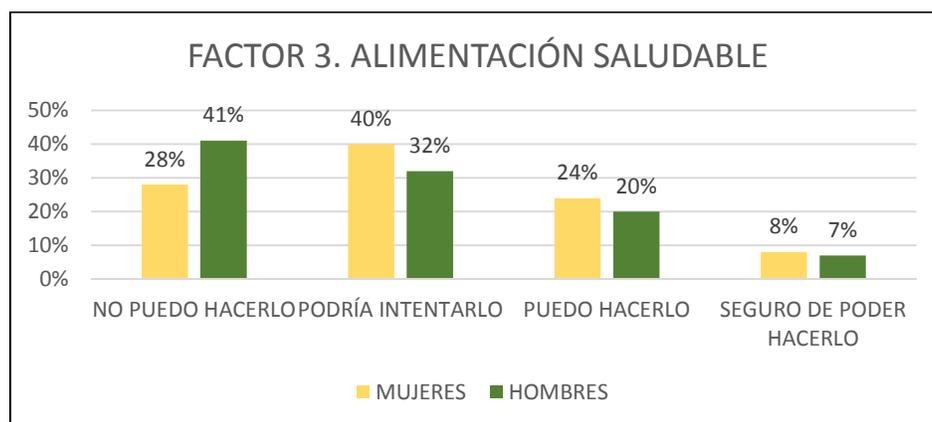
En la versión de Zepeda (2014), fueron modificados los ítems que contenían términos que resultaban complicados para los escolares, como por ejemplo “fuerza de voluntad, carbohidratos y calorías”, por lo que fueron eliminados quedando así: “Soy capaz de dejar de comer dulces”.

25. Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates	10	12	17	3	42	23. Insistir en comprar alimentos bajos en calorías	3	12	6	2	23
						25. Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates	7	11	3	2	23
						30. Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso	3	11	4	5	23
						34. Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas	13	7	3	0	23
SUMA	81	117	72	24	294	SUMA	98	76	46	16	236
PROMEDIO	(28%)	(40%)	(24%)	(8%)	100%	PROMEDIO	(41%)	(32%)	(20%)	(7%)	100%

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

FACTOR 3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

GRÁFICA 34 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR 3: ALIMENTACIÓN SALUDABLE HOMBRES/MUJERES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Se observa una clara tendencia de los Hombres 41% (98) se consideran no poder realizar actividades que permitan *Alimentación saludable*, 32% (76) podrían intentarlo, 20% (46) puede hacerlo y sólo 7% (16) está seguro de poder llevar a cabo la actividad. En las Mujeres la tendencia mayor 40% (117) considera que podría intentar llevar a cabo esta actividad, 28% (81) puede hacerlo, 24% (72) se considera incapaz de llevar a cabo actividades que permitan una alimentación saludable y 8% (24) está segura de poder hacerlo (Ver Gráfica 34).

Comentario

Conclusión del Factor 3 de Alimentación Saludable en las mujeres, se aprecia que las mujeres consideran que pueden eliminar de su dieta dulces en mayor medida que los hombres. Lo anterior se relaciona al considerar la restricción alimentaria parece una práctica común entre las jóvenes mujeres como lo señalan varios estudios (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.* como se citó en Álvarez, *et al.*, 2008). Lo cual podría explicar en parte porque realizan más colaciones. Las mujeres perciben que pueden realizar las tres comidas diarias bajas en calorías. Lo que se justifica por las normas sociales que tienden a limitar el consumo de alimentos en las mujeres, por la relación en la acumulación de grasa propia del cuerpo femenino que se opone al ideal de delgadez, deseable para ellas. Esta combinación de factores nutricionales y sociales, podrían favorecer en las mujeres, el consumo de alimentos menor cantidad en las horas de comida formal, incluso llegar a omitir alguna comida como el desayuno y la búsqueda de alimentos entre comidas para compensar los requerimientos dietéticos, algo que habría que agregarle la inclinación por elegir productos poco saludables, asociados al aumento de peso en la juventud (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*).

En conclusión del Factor 3 Alimentación Saludable de los hombres, se aprecia una marcada tendencia en los hombres hacia no poder evitar los dulces aunque se antojen, también en no poder dejar de comer alimentos entre comidas, lo que se justifica con la mayor permisividad en cantidad de comida para los hombres (Vázquez, R., *et al*, 2005, *Op cit.*). Además, los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que

se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.* como se citó en Álvarez, *et al.*, 2008).

Se encuentra un equilibrio en las respuestas de hombres y mujeres que consideran no poder evitar comer alimentos chatarra, lo que podría estar relacionado con Molini (2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013) la llamada *fast food* o comida rápida, es un tipo de comida económica, consumida cada vez con mayor frecuencia, la cual se encuentra basada en diferentes menús de fácil y rápida preparación e ingestión para poblaciones diversas, en especial para los adolescentes y trabajadores que no disponen de mucho tiempo para comer debido a sus arduas jornadas laborales; por otro lado este tipo de comida resulta atractivo ya que usualmente sirven de manera rápida y se puede ingerir fácilmente, lo cual resulta adecuado para la población descrita. El incremento del consumo de comida rápida (French, Story, Neumark-Sztainer, Fulkerson & Hannan, 2001; Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira & Ludwig, 2004) y comidas realizadas fuera de casa, que se ha investigado contienen más grasa saturada y sodio, así como poca fibra, hierro y calcio (St-Onge, Keller & Heymsfield, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). La preferencia en aumento de consumir alimentos entre las comidas (lo que se conoce como colación o *snack*) ocasionan un mayor consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas (Cusatis & Shannon, 1996 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

Se aprecia en mayor frecuencia de respuestas tanto de mujeres como de hombres no poder e intentar rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en carbohidratos y grasas como tamales, tacos, este resultado se puede relacionar con la base de la dieta mexicana hoy en día se compone por alimentos altos en grasas y azúcares, los cuales, carecen de nutrimentos, estos alimentos suelen ser más baratos que los alimentos “sanos” que contribuyen a que se lleve a cabo una buena alimentación. (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Además, este estilo de vida implica comer fuera de casa, hacerlo de prisa y a deshora y tener un margen muy reducido para elegir los alimentos, de tal forma que

suelen ser ricos en grasa y azúcares. Así el consumo fuera de casa de alimentos “rápidos” repercute de manera negativa en la salud, en especial cuando los alimentos se compran en expendios mecanizados ya que la mayoría de estos contienen más calorías que los preparados en casa (Sánchez-Castillo, *et al.*, 2002 como se citó en Castro *et al.*, 2012).

En los últimos años el consumo de golosinas, botanas y refrescos se ha incrementado debido al despliegue publicitario casi en cualquier lugar, aunado a que su consumo se ha empleado de manera errónea como premios o entretener a los niños. Llama la atención que el 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Se observan frecuencias de respuestas similares ante el reactivo dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando te sientes presionado, hay relación con lo expresado por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yarena, *et al.*, 2012 los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por: consumir botanas y en especial dulces. 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Se aprecia una baja frecuencia de respuestas ante la opción de seguros de poder insistir en comprar alimentos bajos en calorías, situación que se relaciona con que los preadolescentes aún están en el intermedio de la independencia económica, por lo que no están directamente responsables de comprar alimentos, pero al pedir a alguien más comprar alimentos bajos en calorías no se perciben seguros de poder hacerlo.

Respuestas que relacionan en con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares (2000) el mexicano destina casi el 30% de su ingreso a la alimentación y del cual el 10% se destina a refrescos, convirtiéndolo así en el segundo país consumidor de bebidas gaseosas en el mundo sólo después de

Estados Unidos. Por lo que en los hogares mexicanos se gastan casi lo mismo para el consumo de leche (641 pesos trimestrales) que en bebidas alcohólicas y embotelladas (544 pesos trimestrales) (Fuentes, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010).

Además, la distribución diferencial de la dieta en los distintos grupos sociales que está condicionada (en lo que a los factores económicos se refiere) por el nivel de ingresos de la familia, por un lado y el precio de los alimentos por el otro (Saforcada, *et al.*, 2012). Así tenemos que en los sectores de menor nivel socioeconómico tienden a ingerir alimentos de mayor densidad, valor calórico y contenido de grasas saturadas que son, a su vez, los de más bajo precio y los que producen mayor sensación de saciedad. Estos alimentos son, también los que más engordan y los que, por otra parte, tienen menor valor nutritivo.

Es decir, que los alimentos con mayor densidad y valor calórico y contenido de grasas saturadas, son los de más bajo precio y los que producen mayor sensación de saciedad, siendo que mujeres y hombres consideran que no pueden solicitar comprar alimentos bajos en calorías probablemente porque está condicionado por los ingresos de la familia.

La madre desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y de la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de los alimentos. No obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

El término *dieta* se ha distorsionado pues se cree que una dieta es sinónimo de ingerir poco y “morir” de hambre, por lo que se debe aclarar que una dieta es el conjunto de alimentos y platillos que una persona consume al día. En la pubertad puede aparecer tendencia al sobrepeso tanto en los niños como en niñas lo que puede motivar que se inicien restricciones alimentarias, y en consecuencia una disminución de peso durante el periodo de crecimiento acelerado lineal asociado con la pubertad (Casanueva, Roselló-Soberón y Unikel, 2008; Muzzo, 2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Se aprecia una mayor frecuencia tanto de mujeres como de hombres a no poder y por intentar tener fuerza de voluntad para eliminar de la dieta dulces y chocolates, lo que se podría explicar por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), que definen los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por:

- a) Una tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno y con menos frecuencia la comida del mediodía.
- b) Realizar comidas fuera de casa.
- c) Consumir botanas, en especial dulces.
- d) Comer en restaurantes de comida rápida.
- e) Practicar gran variedad de dietas.

El 7.4% del consumo total de energía de los hombres entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Es recomendable restringir el consumo de esas bebidas, sin erradicarlas, puesto que al eliminarlas se priva al niño de productos que consumen sus compañeros, ocasionando que se vuelvan importantes para él y que los deseará aún más, entonces, si se ingieren de manera ocasional y sin mayor importancia el niño tenderá a no consumirlos constantemente (Birch, 2000 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

En Zepeda (2014) se modificaron ítems que contenían palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir. Quedó de manera “soy capaz de disminuir de la dieta dulces, mediante el laboratorio cognoscitivo los escolares no comprendían la cantidad que tenían que disminuir, por lo que se quedó de manera final: “Soy capaz comer solamente un dulce al día”. Los escolares no entendieron la palabra “invitación” como un ofrecimiento de comida chatarra, sino como una invitación a un lugar o fiesta, por lo que se modificó a “Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece”, : Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso se modificó a “Soy capaz de incluir verduras y

frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida”, modificando el número de tiempos de comida recomendables y los 3 grupos para una alimentación correcta. Evitar comer alimentos chatarra (*hot dog, hamburguesa, pizza, etc.*) se modificó a “Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)” en el que se incluyen una variedad mayor de alimentos con bajo contenido nutricional y alto contenido en grasa y azúcar. “Dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir. En la versión de Zepeda (2014), fueron modificados los ítems que contenían términos que resultaban complicados para los escolares, como por ejemplo “fuerza de voluntad, carbohidratos y calorías”, por lo que fueron eliminados quedando así: “Soy capaz de dejar de comer dulces”.

Factor 4. Estilo de Alimentación (exclusivo mujeres)

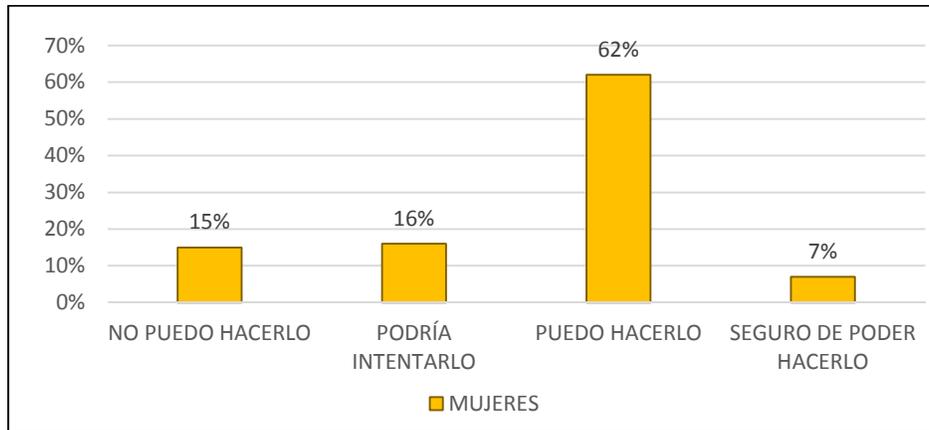
Factor 4. Estilo de alimentación

No.

Afirmación: No comer entre comidas con propósito de controlar tu peso

Reactivo:
14

GRÁFICA 35 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: NO COMER ENTRE COMIDAS CON PROPÓSITO DE CONTROLAR TU PESO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

La GRÁFICA 35 muestra la distribución de frecuencias de respuestas para la afirmación *No comer entre comidas con propósito de bajar de peso*. Se observa que 62% (26) consideran que "pueden hacerlo", la distribución de frecuencias más baja está dada por la respuesta "seguro de poder hacerlo" con 7% (3).

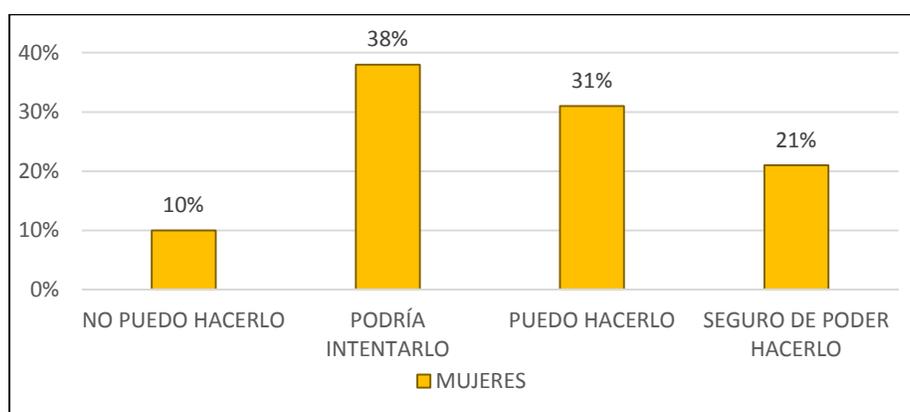
Comentario

Se aprecia una marcada tendencia mayoritaria de las mujeres a considerar no comer entre comidas con el propósito de controlar el peso, que se relaciona con el deseo de modificar las dimensiones corporales y controlar el peso lleva a muchos jóvenes y niños a consumir dietas desequilibradas, por ejemplo, pueden restringir la cantidad de alimentos que consumen, eliminar algunos de los tiempos de comida (desayuno, comida o cena), o bien privarse de alimentos considerados con "engordadores" en el transcurso del día (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001; Ortega y López, 2002 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012). El reactivo final adaptado en Zepeda (2014) quedó: "soy capaz de hacer 3 comidas principales (desayuno comida

y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios)”, integrando todos los 5 tiempos de comida necesarios para una alimentación saludable.

Factor 4. Estilo de alimentación	No.
Afirmación: Cenar alimentos bajos en calorías	Reactivo:
	13

GRÁFICA 36 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CENAR ALIMENTOS BAJOS EN CALORÍAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

La distribución frecuencias de la reactivo *Cenar alimentos bajos en calorías* fue la siguiente: 21% (9) está segura de poder hacerlo, 31% (13) puede hacerlo, 38% (16) considera que podría intentarlo y sólo 10% (4) considera que no puede hacerlo (ver GRÁFICA 36).

Comentario

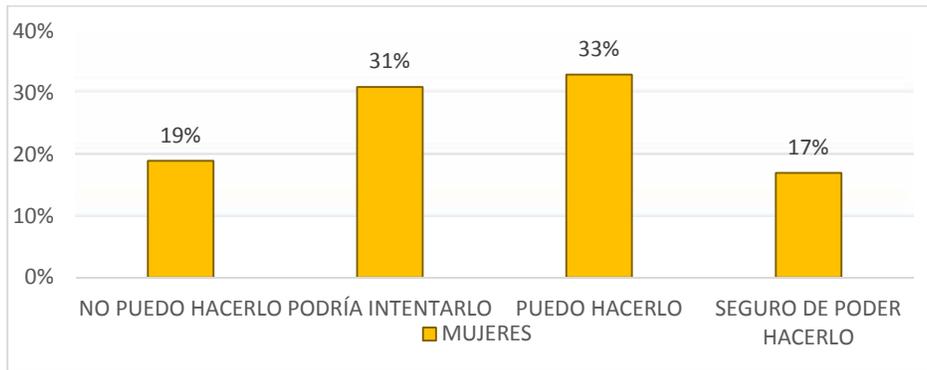
La cena debe aportar 15% de la energía total recomendada (Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional, 2014), las mujeres consideran en podrían intentar cenar alimentos bajos en calorías, que implica no exceder el aporte de energía recomendada, lo que puede dificultar una alimentación correcta. Sin embargo habría que especificar los alimentos “bajos en calorías”.

Por otra parte, la cantidad de padres y madres que trabajan fuera del hogar es mayor que hace algunas décadas, los niños muchas veces se alimentan sin supervisión adulta o según el criterio de otros cuidadores. Asimismo, las horas que destinan tradicionalmente “las mujeres” hoy al trabajo fuera de casa han quitado el tiempo que antes dedicaban a la cocina casera, tradición que se está perdiendo, el tiempo para la mesa familiar se está perdiendo debido a la aceleración y las exigencias de la vida moderna, perdiendo una oportunidad de acrecentar los vínculos interpersonales. La actitud que los padres asumen frente al consumo de golosinas, *snacks* dulces y salados y gaseosas entre comidas es otro factor importante en los hábitos alimentarios de los niños (Mozobancyk, 2012).

Este reactivo se eliminó en Zepeda (2014) por considerar que los ítems contenían afirmaciones sobre alimentación que no se consideraron saludables para los niños, como “cenar alimentos bajos en calorías, realizar tres comidas diarias bajas en grasas con el fin de controlar el peso o dejar de cenar si te sientes presionado”. En lugar de estos se elaboraron ítems, promoviendo realizar todas las comidas de forma saludable e incluyendo dos colaciones.

Factor 4. Estilo de alimentación Afirmación: Evitar comer fuera de los horarios de comida.	No. Reactivo: 35
-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 37 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: EVITAR COMER FUERA DE LOS HORARIOS DE COMIDA



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

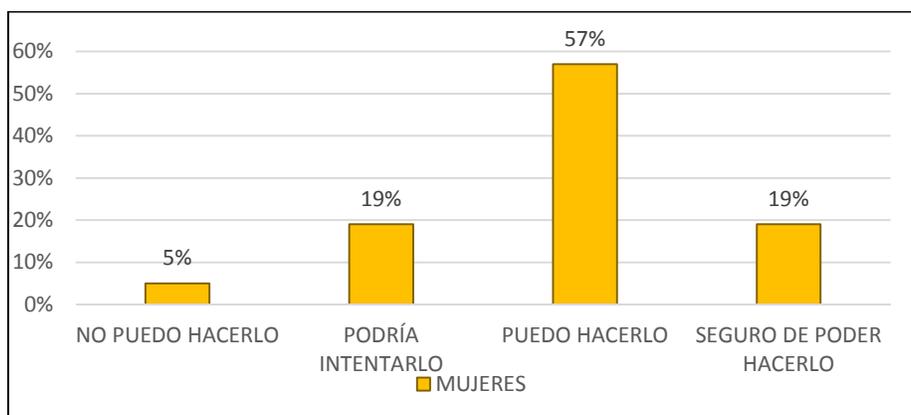
En la GRÁFICA 37 se observa el porcentaje de respuesta para la reactivo *Evitar comer fuera de los horarios de comida*, las respuestas indican una tendencia hacia poder realizar la actividad 33% (14).

Comentario

Las mujeres en mayor medida consideran que pueden realizar esta actividad, sin embargo es necesario especificar las 3 comidas principales (desayuno comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios) recomendadas para una alimentación saludable (Zepeda, 2014). Este reactivo se eliminó en Zepeda (2014) por considerar que los ítems contenían afirmaciones sobre alimentación que no se consideraron saludables para los niños.

Factor 4. Estilo de alimentación (exclusivo mujeres) Afirmación: Salir a caminar si te sientes ansioso (a) y tienes deseos de estar comiendo.	No. Reactivo: 44
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

GRÁFICA 38 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: SALIR A CAMINAR SI TE SIENTES ANSIOSA Y TIENES DESEOS DE ESTAR COMIENDO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

La mayoría de las Mujeres 57% (24) respondió que puede *salir a caminar si se siente ansiosa y tiene deseos de estar comiendo*, 5% (2) se cree incapaz de realizar esta acción y 19% (8) se siente muy segura de llevarla a cabo (ver GRÁFICA 38).

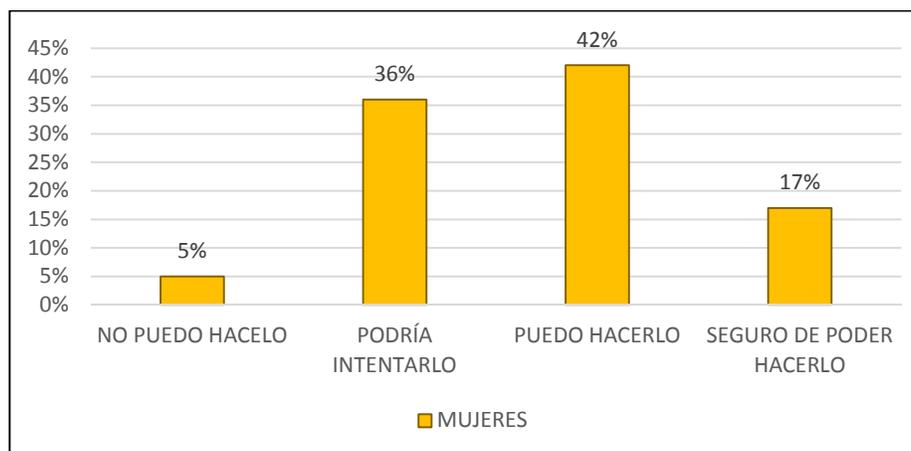
Comentario

Hay una tendencia de las mujeres para percibirse poder salir a caminar cuando se sienten ansiosas y tienen deseos de estar comiendo, lo que podría relacionarse con encontrar una manera de reducir la ansiedad de una manera saludable contrario a reducir la ansiedad comiendo, que implica una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto es posible que si persiste la ansiedad el niño(a) aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleve a la obesidad y la obesidad a la ansiedad (Días et al., 2007 como se citó en Zepeda, 2014).

Este reactivo en Zepeda (2014) fue adaptado mediante laboratorio cognoscitivo y juicio de expertos quedando: "soy capaz de salir a caminar si me siento ansioso (a) y tengo deseos de comer".

Factor 4. Estilo de alimentación	No.
Afirmación: Comer poco cuando estas con tus amigos (as).	Reactivo:
Alimentación en situaciones sociales.	16

GRÁFICA 39 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: COMER POCO CUANDO ESTÁS CON TUS AMIGOS (AS)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Para el reactivo *Comer poco cuando estas con tus amigos(as)*, 17% (7) de las Mujeres respondió "segura de poder hacerlo", 42% (18) "puede hacerlo", 36% (15) "podría intentarlo", y porcentaje restante 5% (2) considera que "no puede hacerlo" (ver GRÁFICA 39).

Comentario

Se observa que las mujeres perciben que pueden comer poco cuando están con sus amigos, es decir que ante situaciones sociales las mujeres se restringen de consumir alimentos, lo que coincide con Barker, M., S. Robinson, C. Wilman and D. J. P. Barker 2000 (como se citó en Vázquez, Mancilla, Ruiz, Álvarez, 2008) que asegura que las mujeres utilizan la alimentación como una forma de reunión social, se preocupan por la cantidad de alimento que puede arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con éxito. El deseo de aprobación social por parte de los compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013).

TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS. FACTOR 4. ESTILO DE ALIMENTACIÓN MUJERES

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez

FACTOR 4. Estilo de alimentación (exclusivo mujeres)	No pued o	Podría intenta rlo	Puedo hacerl o	Segur o de poder	Total Mujer es	
Reactivo						
13. Cenar alimentos bajos en calorías	4	16	13	9	42	
14. No comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso	6	7	26	3	42	
16. Comer poco cuando estas con tus amigas (os)	2	15	18	7	42	
23. Insistir en comprar alimentos bajos en calorías	5	16	16	5	42	
30. Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso	11	12	18	1	42	
35. Evitar comer fuera de los horarios de comida	8	13	14	7	42	
44. Salir a caminar si te sientes ansiosa y tienes deseos de estar comiendo	2	8	24	8	42	
	SUMA	38	87	129	40	294
	PROMEDIO	13%	30%	44%	13%	100%

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez

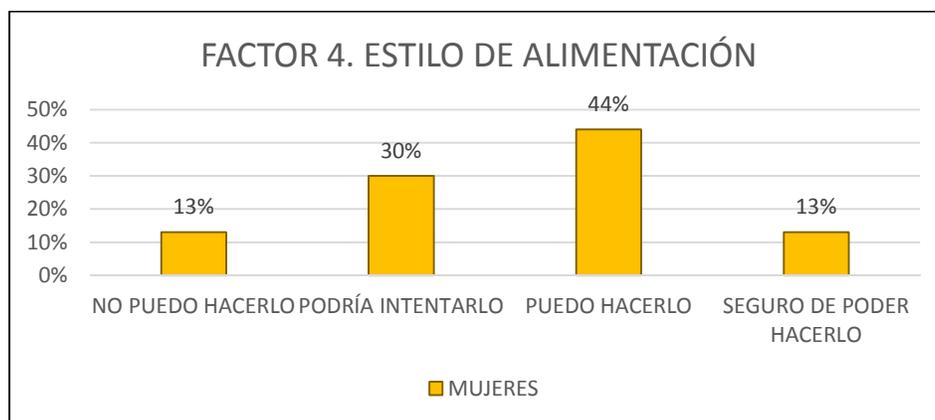
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;

Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"

Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

FACTOR 4. ESTILO DE ALIMENTACIÓN (EXCLUSIVO MUJERES)

GRÁFICA 40 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR 4. ESTILO DE ALIMENTACIÓN (EXCLUSIVO MUJERES)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

El mayor puntaje 43% (126) se observó en las Mujeres que consideran poder realizar actividades que involucran conductas relacionadas con la dieta restringida y ejercicio: 30% (90) podrían intentarlo, 15% (43) se considera incapaz y 12% (35) está segura de poder hacerlo (Ver Gráfica 40).

Comentario

Conclusiones Factor 4, Estilo de Alimentación mujeres se observan conductas características de un estilo de alimentación que van desde la disminución de calorías y grasas, restricción de la ingesta, hasta el control de los deseos de comer.

Se aprecia una marcada tendencia mayoritaria de las mujeres a considerar que pueden no comer entre comidas con el propósito de controlar el peso, sin una clara seguridad de ello. Resultado que se contradice con Vázquez, et al., 2008, al señalar que las mujeres comen significativamente más entre comidas y generalmente consumen dulces y golosinas.

Días, *et al.*, 2007 (como se citó en Zepeda, 2014) afirma que los niños pueden encontrar la manera de reducir la ansiedad comiendo, la cual para ellos es una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto es posible que si

persiste la ansiedad el niño aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleve a la obesidad y la obesidad a la ansiedad.

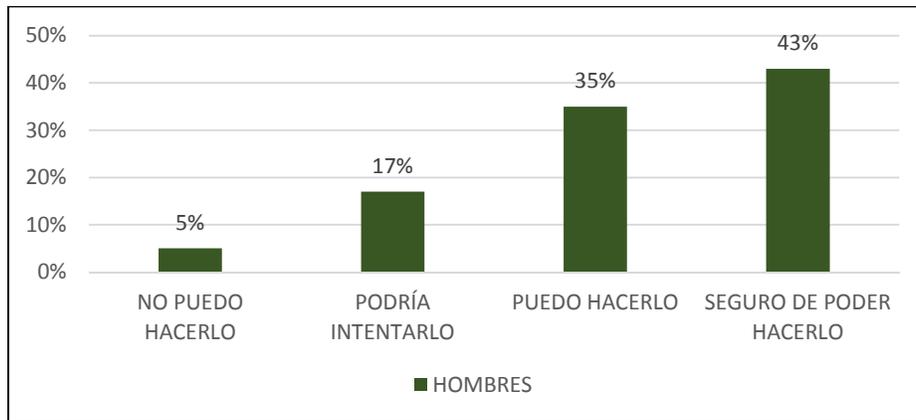
Se observa que hay más mujeres que pueden comer poco cuando están con sus amigos, es decir que ante situaciones sociales, las mujeres se restringen de consumir alimentos, lo que coincide con Barker, M., S. Robinson, C. Wilman and D. J. P. Barker 2000 (como se citó en Vázquez, Mancilla, Ruiz, Álvarez, 2008) que asegura que las mujeres utilizan la alimentación como una forma de reunión social, se preocupan por la cantidad de alimento que puede arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con éxito.

El deseo de aprobación social por parte de los compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013).

Factor 4. Alimentación e internalidad (exclusivo hombres)

Factor 4: Alimentación e internalidad	No.
Afirmación: No comer a cada rato aunque te sientas nervioso	Reactivo:
	29

GRÁFICA 41 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: NO COMER A CADA RATO AUNQUE TE SIENTAS NERVIOSO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

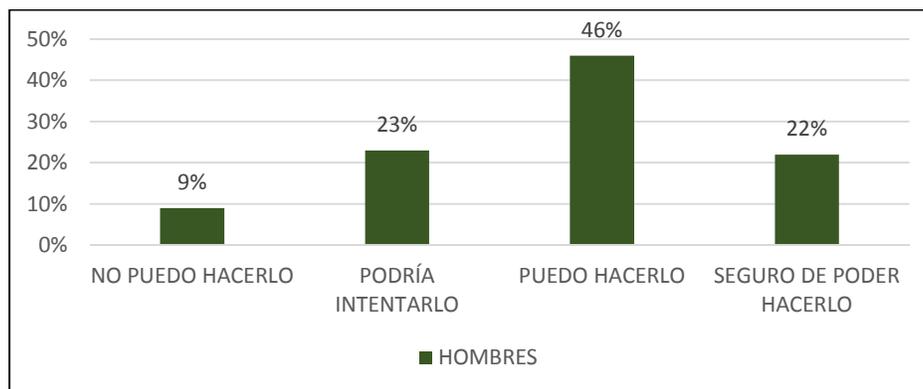
Los resultados muestran que 43% (10) de los Hombres se consideran seguros que pueden no comer a cada rato cuando se sientan nerviosos, 35% (8) podrían intentarlo, 5% (1) no puede hacerlo (ver GRÁFICA 41).

Comentario

Los hombres se perciben seguros de limitar la comida cuando estén nerviosos. Resultado que se justifica porque los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

Factor 4. Alimentación e internalidad (hombres)	No.
Afirmación Dejar de cenar si te sientes presionado (a)	Reactivo:
	32

GRÁFICA 42 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: DEJAR DE CENAR SI TE SIENTES PRESIONADO



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En el reactivo *Dejar de cenar si te sientes presionado* Los Hombres 46% (11) pueden realizar la tarea, 23% (5) consideran que podrían hacerlo, 22% (5) están seguros de poder hacerlo y 9% (2) se consideran incapaces de realizar esta actividad (ver GRÁFICA 42).

Comentario

Los hombres coinciden en que pueden dejar de cenar si se sienten presionados.

Las madres y padres de niños obesos presionan más a sus hijos para comer, que las madres y padres de niños con un peso normal (Brann y Skinner, 2005 como se citó en Guzmán, 2012), por lo que poder suspender la cena cuando los padres y madres de familia presionen puede ser considerada una conducta que favorezca la salud.

Es importante observar que el deseo de modificar las dimensiones corporales y controlar el peso lleva a muchos jóvenes y niños a consumir dietas desequilibradas, por ejemplo, pueden restringir la cantidad de alimentos que consumen, eliminar algunos de los tiempos de comida (desayuno, comida o cena), o bien privarse de alimentos considerados con "engordadores" en el transcurso del día (Gómez-

Peresmitré *et al.*, 2001; Ortega y López, 2002 como se citó en Yarena, *et al.*, 2012) provocando conductas alimentarias de riesgo.

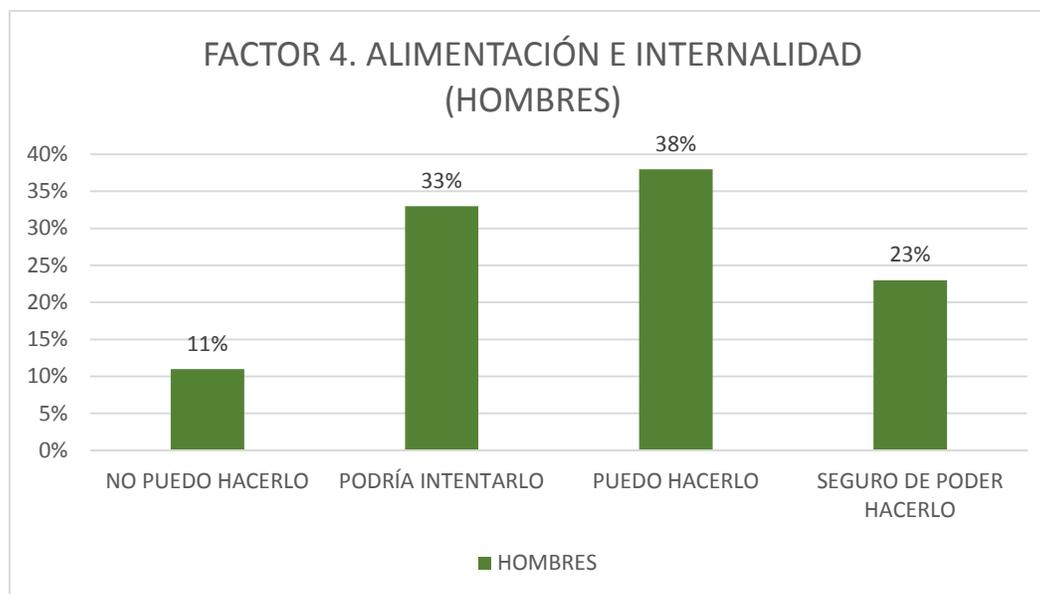
Se eliminaron reactivos en Zepeda (2014) por considerar que los ítems contenían afirmaciones sobre alimentación que no se consideraron saludables para los niños, como “cenar alimentos bajos en calorías, realizar tres comidas diarias bajas en grasas con el fin de controlar el peso o dejar de cenar si te sientes presionado”. En lugar de estos se elaboraron ítems, promoviendo realizar todas las comidas de forma saludable e incluyendo dos colaciones.

**TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS. FACTOR 4. ESTILO DE ALIMENTACIÓN
HOMBRES**

FACTOR 4. Estilo de alimentación e internalidad (hombres) reactivo		No puedo	Podría intentar lo	Puedo hacerlo	Segur o de poder	
14. No comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso		3	5	9	6	23
16. Comer poco cuando estas con tus amigos		4	12	7	0	23
29. No comer a cada rato aunque te sientas nervioso		1	4	8	10	23
32. Dejar de cenar si te sientes presionado		2	5	11	5	23
SUMA		10	28	35	21	92
PROMEDIO		11%	33%	38%	23%	100%

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

**GRÁFICA 43 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR 4. ALIMENTACIÓN E
INTERNALIDAD (EXCLUSIVO HOMBRES)**



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Las puntuaciones se distribuyeron de la siguiente manera: 38% (35) puede hacerlo, 23% (21) seguro de poder hacerlo, 33% (28) podría intentarlo y 11% (10) no puedo hacerlo (Ver GRÁFICA 43).

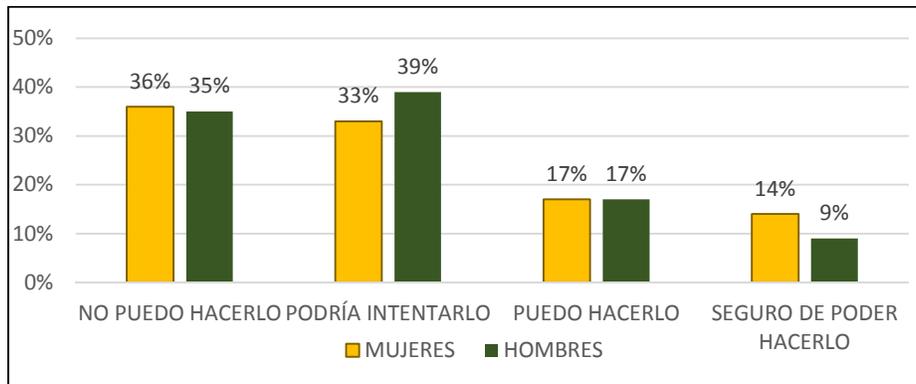
Comentario

Hay una tendencia de los hombres para percibirse que pueden realizar actividades que se agrupan en el Factor Alimentación e internalidad, relacionado con ciertas conductas alimentarias características de un estilo diferencial de alimentación en situaciones sociales o bajo la influencia de estados emocionales negativos por ejemplo: no comer entre comidas con el propósito de controlar el peso, comer poco cuando están con los amigos, no comer a cada rato cuando se sienten nerviosos y dejar de cenar si se sienten presionados, lo que marca un estilo de alimentación en el que se controlan los estados emociones y se deja de comer, lo que se relaciona con que los niños pueden controlar su conducta alimentaria aún con emociones como estrés, tristeza o aburrimiento (Yerena, *et al.*, 2012). Además, porque los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

Reactivos que no entraron a la estructura factorial
Afirmación: Comer despacio si te sientes nervioso (a).

No.
Reactivo:
5

GRÁFICA 44 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: COMER DESPACIO SI TE SIENTES ANSIOSO(A)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Ante el reactivo *Comer despacio si te sientes nervioso (a)*. Las respuestas de las Mujeres se centraron en poder hacer y puedo hacer con 36% (15) y 33%(7) respectivamente, los Hombres 39% (9) respondieron no poder realizar la actividad, 35%(8) poder hacerlo, 17% (4) puedo hacerlo, sólo 9% (2) está seguro de poder comer despacio cuando se sienten nerviosos (as). (Ver GRÁFICA 44).

Comentario

Ambos grupos respondieron con una tendencia hacia percibirse como incapaces y poder intentar comer despacio si se sienten nerviosos (as), lo que demuestra que en esta etapa, el área emocional, los cambios hormonales físicos y psíquicos en el preadolescente traen como consecuencia, profundas perturbaciones en el desarrollo emocional (Moraleda, 1995 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

Ante esta exaltación de emociones, la industria de la alimentación ha asociado el comer o beber con estados anímicos de gratificación, seguridad y sentimientos positivos. Por lo que las personas comen aunque no haya apetito al surgir los

estados de depresión, frustración, enojo, tensión, entre otras. Esta relación de la comida y el “bienestar” que genera cuando se consume alimento se encuentra estrechamente relacionado con la obesidad (Vizcarra, 2010).

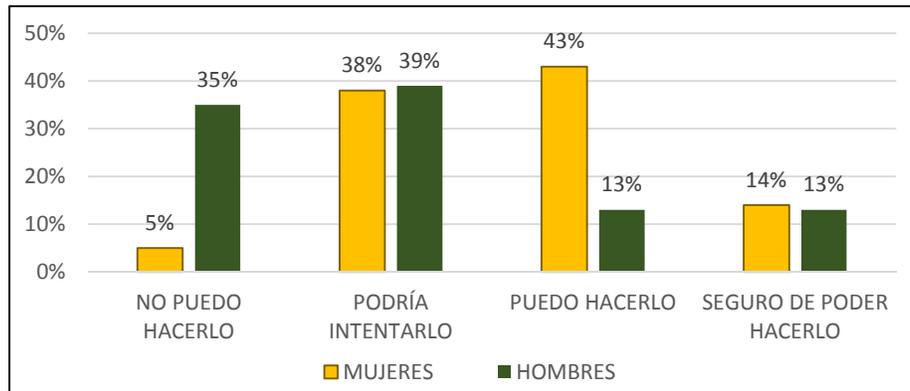
Afirmación: Evitar ver la televisión o leer mientras comes

No.

Reactivo:

3

GRÁFICA 45 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: EVITAR VER LA TELEVISIÓN O LEER MIENTRAS COMES



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 45, se observa la distribución de frecuencias de la respuesta hacia la capacidad de los participantes para *evitar ver la televisión o leer mientras comes*, la mayor frecuencia fue la de las mujeres al considerarse poder hacerlo con 43% (18), después 38% (16). Podrían intentarlo, 5% (2) no cree poder realizar la tarea y 14% (6) está segura de poder hacerlo. La respuesta con mayor frecuencia de los Hombres fue de 39% (9) que consideran poder intentar realizar la actividad, 35% (8) considera que no puede hacerlo, 13% (3) puede hacerlo y 13% (3) están seguros de poder hacer la actividad.

Comentario

Bartina, (*et al.*, 2004 como se citó en Zepeda, 2014) consideran una de las principales medidas preventivas que debe indicarse son: Recomendar no comer mientras se ve la TV. Ante esta conducta de salud un amplio porcentaje de mujeres considera que puede hacerlo mientras que los hombres no pueden evitarlo.

Resultado que se puede relacionar con una prevalencia mayor en obesidad en hombres que en mujeres escolares, ya que el nivel de tiempo de ver televisión está relacionado con mayor obesidad. Se ha señalado al exceso de tiempo frente a una

pantalla (televisión, videojuegos y computadoras) como factor importante responsable de la falta de actividad física que conduce a la obesidad y del incremento en el consumo de alimentos con alta densidad energética. (Plazas y Johnson, 2008 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Al respecto, Hernández, Gortmakers y Coldietz (1999) estudiaron a 7,112 niños mexicanos entre 9 y 16 años y observaron una clara asociación entre la obesidad, menor actividad física y el tiempo empleado en ver la televisión, aquellos que veían más tiempo la televisión presentaban mayor riesgo de presentar obesidad.

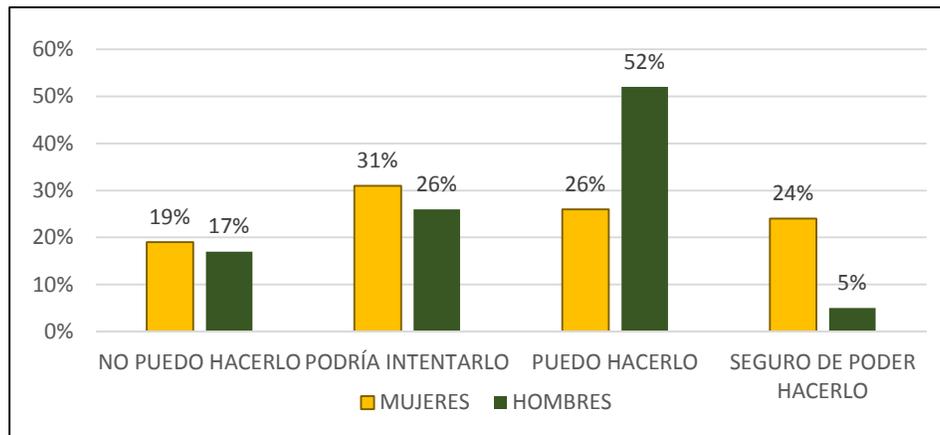
Afirmación: Comprar un yogurt en vez de una pizza

No.

Reactivo:

28

GRÁFICA 46 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: COMPRAR UN YOGURT EN VEZ DE PIZZA



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

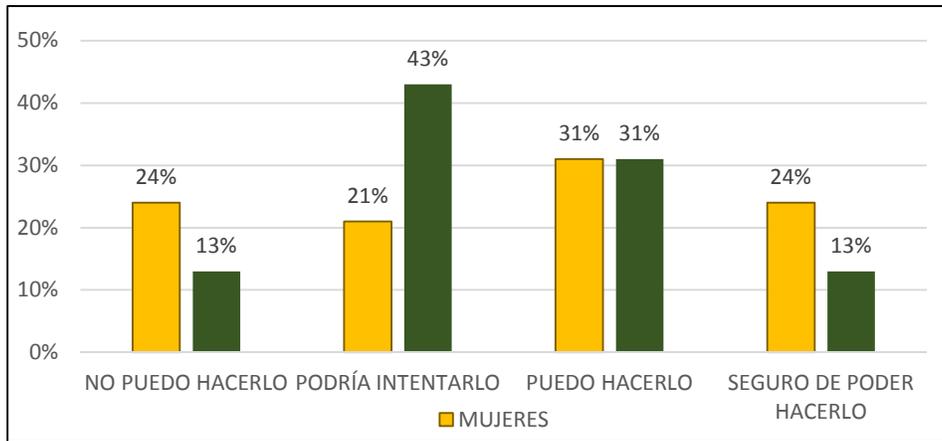
De las Mujeres que participaron, 19% (8) consideran que *No puede comprar un yogurt en vez de pizza*, 31% (13) podrían intentarlo, 26% (11) pueden hacerlo y 24% (10) están seguras de poder comprar un yogurt en vez de pizza. Mientras que 52% (12) de los Hombres pueden hacerlo, 26% (6) podrían intentarlo, 17% (4) no pueden hacerlo y 5% (1) está seguro de poder realizar la tarea (ver GRÁFICA 46).

Comentario

La asociación entre el consumo de lácteos y la prevalencia de exceso de peso está influenciada por el sexo, edad y la región. En las mujeres en comparación con los hombres el consumo de lácteos se asoció positivamente con la prevalencia de peso. Se recomienda disminuir el consumo de grasas animales, aumentar el consumo de leche, frutas y verduras, así como alimentos de alto contenido en fibra, también se recomienda reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas (Nelson, 1984 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Afirmación: Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más. Cumplimiento de rutina No.
 Reactivo: 33

GRÁFICA 47 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CUMPLIR CON TU RUTINA DE EJERCICIOS A PESAR DE QUE SIENTAS QUE NO PUEDES MÁS



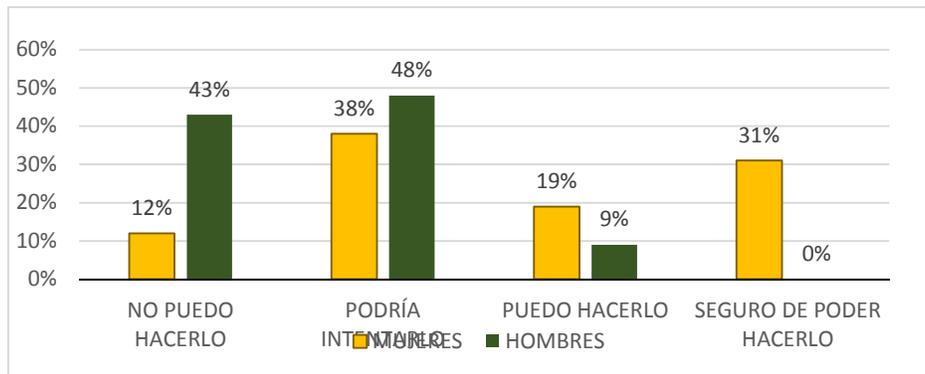
Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 47 se observa la distribución frecuencias del reactivo *Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más*, se obtuvieron puntajes similares en la respuesta de poder hacer la actividad con 31% (13) y 30% (7) Mujeres y Hombres respectivamente. El puntaje más alto fue de los Hombres 43% (10) que consideran podrían intentar realizar la actividad, En las Mujeres escolares 31% (13) sienten que pueden hacerlo y 24% (10) se sienten seguras de poder hacerlo de igual manera un 24% (10) considera que no puede hacerlo. En el caso de los Hombres se obtuvieron frecuencias similares en la respuesta seguro de poder hacerlo y no puedo hacerlo con 13% (3).

Afirmación: Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerzas para seguir

No.
Reactivo:
38

GRÁFICA 48 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: CAMINAR RÁPIDO A PESAR DE QUE NO TE GUSTE



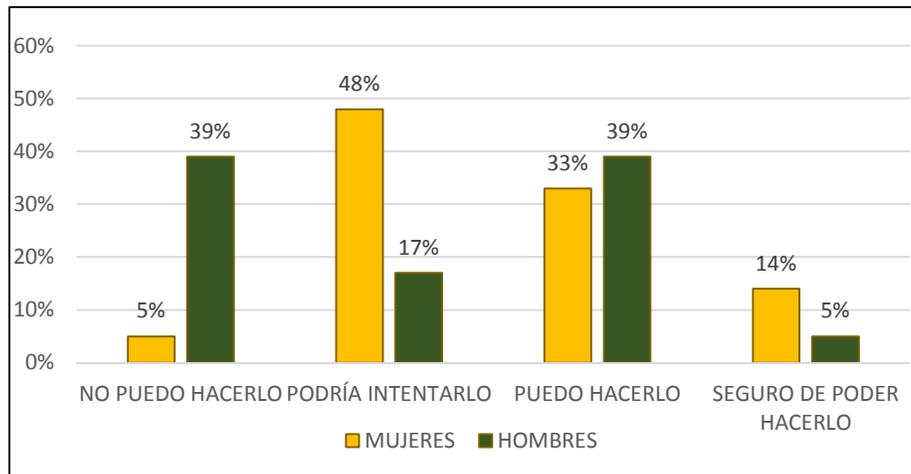
Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

De los preadolescentes participantes en esta investigación 48% (11) de los Hombres considera que podría intentar *Camina rápido a pesar de que sienta que no tienes fuerza para seguir*, un 43% (10) se considera incapaz de poder realizar esta actividad, solo 9% (2) considera que puede hacerlo y ninguno de ellos se siente seguro de poder hacerlo. En las Mujeres, 38% (16) considera que podría intentarlo, 31% (13) está segura de poder realizar la actividad, 19% (8) poder hacerlo y sólo un 12% (5) se considera incapaz de poder llevar a cabo esta actividad (ver GRÁFICA 48)

Afirmación: Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr

No.
Reactivo:
39

GRÁFICA 49 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: PONER TU MÁXIMO ESFUERZO PARA CUMPLIR EL TIEMPO ESTABLECIDO PARA CORRER



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 49 se observa el porcentaje de la respuesta reactivo *poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr*, el mayor puntaje lo obtuvieron las Mujeres 48% (20) que consideran que podrían intentar realizar esta actividad, 33% (14) pueden hacerlo 14% (6) está segura de poder hacerlo y un 5% (2) se considera incapaz de poder llevarlo a cabo. En los Hombres se obtuvieron puntajes similares en las respuesta no pudo hacerlo y puedo hacerlo con 39% (9), 17% (4) consideran que pueden intentar llevar a cabo esta actividad y sólo un 5% (1) se siente muy seguro de poder llevar a cabo la actividad.

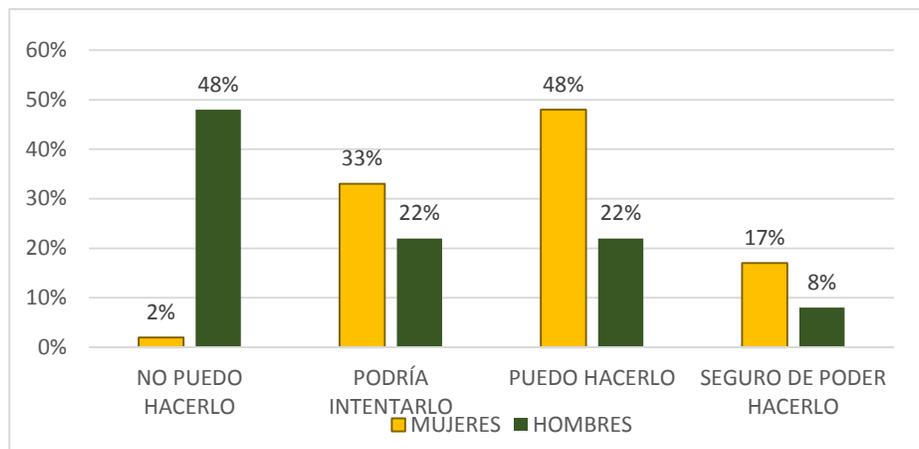
Afirmación: Dejar de tomar refresco y tomar agua.

No.

Reactivo:

40

GRÁFICA 50 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: DEJAR DE TOMAR REFRESCO Y TOMAR AGUA



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de México. Mayo 2014

Para la reactivo *dejar de tomar refresco y tomar agua* el mayor puntaje lo obtuvieron los Hombres 48% (11) que se considera incapaz de poder llevar a cabo la actividad, un 22% (5) podrían intentarlo, un 22%(5) puede hacerlo y sólo 8% (2) considera estar seguro de poder hacerlo. En las Mujeres el mayor puntaje 48% (20) se ubica en poder hacerlo, 33% (14) podrían intentarlo, 17% (7) está segura de poder llevar a cabo esta actividad y sólo un 2% (1) no puede hacerlo (ver GRÁFICA 50).

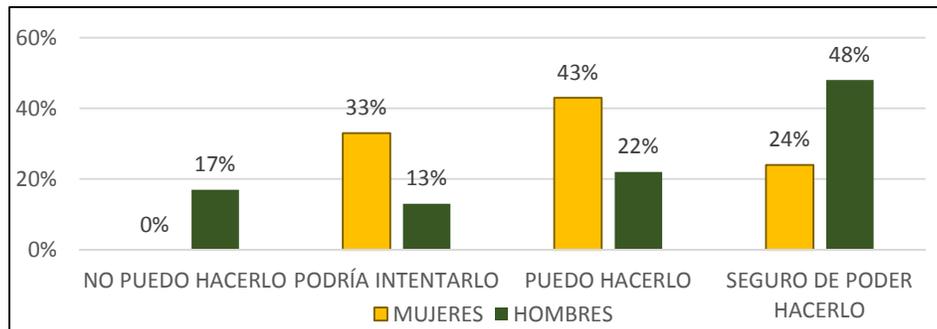
Comentario

El 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Afirmación: Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido
(a)

No.
Reactivo:
42

GRÁFICA 51 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: HACER EJERCICIO A PESAR DE QUE TE SIENTAS TRISTE O ABURRIDO(A)



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

En la GRÁFICA 51 se observa la distribución frecuencias de respuesta hacia la capacidad de los participantes para Hacer *ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido (a)*, es notorio que la mayoría de los Hombres escolares 48% (11) se sienten capaces de *poder hacerlo*, 22% (5) considera que puede hacerlo, 13% (3) podrían intentarlo y un 17% (4) considera incapaz de poder hacer la actividad. En las Mujeres el mayor puntaje 43% (18) considera que puede hacerlo, 33% (14) puede intentarlo, 24% (10) está segura de poder llevar a cabo esta actividad y ninguna se consideró incapaz para realizar esta actividad.

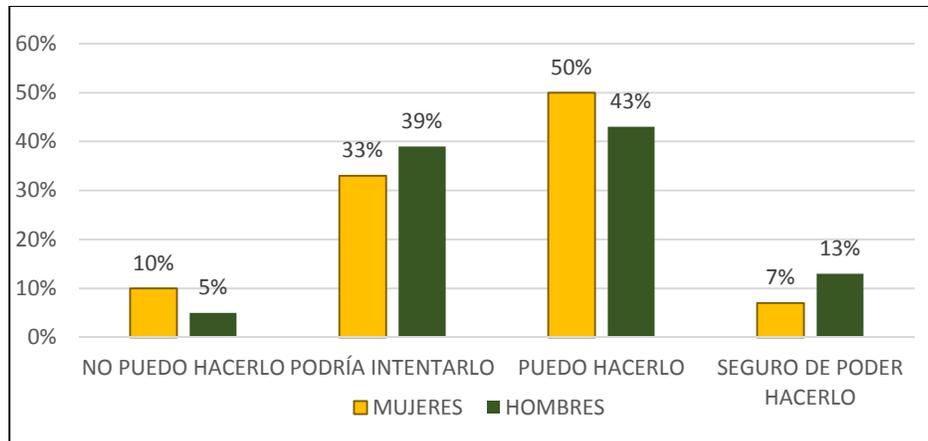
Comentario

Los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente en factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes, con otras cosas importantes que hacer i tengan algún padecimiento físico (Astudillo y Rojas-Russel, 2006 como se citó en Guzmán, 2012).

Afirmación: Utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás. No utilizar elevador

No.
Reactivo:
45

GRÁFICA 52 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ANTE LA AFIRMACIÓN: UTILIZAR LAS ESCALERAS Y NO ELEVADOR AUNQUE SE ENCUENTRE DETENIDO EN EL PISO EN QUE ESTAS



Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Para la última reactivo del Inventario de eficacia percibida 10% (4) de Mujeres y 5% (1) de los Hombres sienten que no son capaces de *utilizar las escaleras y no elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que están*. La mayor distribución de frecuencia se obtuvo de 50% (21) de Mujeres y 43% (10) Hombres escolares que respondieron poder desempeñar eficientemente la actividad. A su vez 33% (14) y 39% (9) en cada caso podrían intentarlo (ver GRÁFICA 52).

Evaluación de la Magnitud de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso
 Los resultados arrojados en el análisis de frecuencias mostraron la máxima puntuación fue de 138 y la mínima de 43 de la muestra.

TABLA 12 PUNTO DE CORTE PARA DETERMINAR EL NIVEL DE AUTOEFICACIA MEDIANTE CUARTILES

Nivel	Cuartil	Intervalo	Punto de corte	Intervalo
Nivel bajo	1	0.25	89	43-89
Nivel medio	2	De 0.25 a 0.75	111	89-117
Nivel alto	3	0.75	117.5	117-138

Elaboró: Tania Libertad Gutiérrez Juárez
 Institución: Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMex;
 Fuente: Directa, Escuela Primaria Urbanizada "Bicentenario de la Independencia"
 Lugar/ fecha: Zinacantepec, Estado de Estado de México. Mayo 2014

Comentario

Se observa la magnitud de la autoeficacia percibida para el control de peso en esta muestra, donde los individuos que obtuvieron un puntaje de entre 43 a 89 se ubican en un Nivel Bajo de Autoeficacia, los individuos que obtuvieron un puntaje total en el instrumento de 89 a 117 se ubicarán en un Nivel medio de autoeficacia percibida y por último los individuos que hayan obtenido u puntaje de 117 a 138 se ubicarán en un Nivel de Autoeficacia Alto.

El Nivel Bajo de autoeficacia hace referencia a un reducido número de tareas que el individuo considera poder realizar para conseguir el control de peso. El Nivel Medio de Autoeficacia hace referencia a un número de tarea donde la dificultad Las expectativas de eficacia crecen cuando uno percibe que es capaz de realizar mayor número de tareas del mismo tipo pero de dificultad creciente.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las mujeres y los hombres de la muestra respondieron de manera mayoritaria realizar a veces ejercicio, que se justifica con lo reportado por la Comisión Nacional del Deporte (CONADE, 2001) al indicar que los niños y jóvenes de México no realizan actividades físicas suficientes para alcanzar los niveles mínimos de desarrollo físico.

Los y las participantes de la investigación respondieron de manera similar en realizar algo para controlar el peso corporal, característica que no fue predominante en las mujeres por lo que no concuerda con lo identificado por Papalia, *et al.*, 2005, al indicar que la preocupación por el peso corporal en mayor frecuencia se presenta en las mujeres.

La evaluación de la Fuerza que mide el grado de certeza en ejecutar con éxito cada una de las tareas, de Autoeficacia Percibida para el control de Peso en el Factor 1. Estuvo dado por la escala de cuatro puntos donde 1 equivale a no puedo hacerlo, 2 podría intentarlo y 3 puedo hacerlo y 4 seguro de poder hacerlo. La evaluación de la Fuerza de la autoeficacia percibida para cada grupo, estuvo dada por las frecuencias de respuestas. La Generalidad de la Autoeficacia Percibida para el Control de Peso, donde las personas pueden juzgarse eficaces en varias actividades o solo en algunas; se utilizó el análisis de frecuencias por cada Factor, obteniendo que:

Para el Factor 1 de *Actividad Física Cotidiana*

○ MUJERES

Las mujeres puntúan más altas en percibirse autoeficaces para realizar actividad física en espacios físicos reducidos y/o privados como son en subir y bajar escaleras, aun cuando se sugiera realizar un mayor esfuerzo. Estos resultados pueden asociarse a los espacios y juegos (o actividades) asignados por los roles y estereotipos para las mujeres, con escaso movimiento, en espacios reducidos y/o privados, con contacto físico restringido, que no impliquen agresividad y predomina la colaboración antes que la competitividad. Para las mujeres, el

cansancio o fatiga, no constituiría como una barrera para utilizar escaleras (Guzmán, 2012).

Las mujeres perciben no poder realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público (o en espacios públicos como en la calle, transporte), lo que se justificaría porque las mujeres suelen ser víctimas de la violencia y la delincuencia (INEGI, 2013), mayor percepción de inseguridad, uso mayor de estrategias de evitación y autoprotección, así como niveles más elevados y consecuencias físicas y psicológicas ante actos de acoso y hostigamiento sexual en comparación con los hombres (Valdez y Ríos, 2014). Las investigaciones de revelan que alrededor del mundo 80% de las mujeres padecen al menos acoso ocasional en la calle; el 80% constantemente tienen que mantenerse alertas cuando caminan por las calles; el 50% tienen que cruzar la calle y buscar rutas alternas hasta sus destinos; el 45% sienten que no pueden ir solas a lugares públicos (Meza, 2013).

Para actividades como salir con amigas a caminar, jugar básquet bol o fut bol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos, las mujeres podrían intentarlo, sin embargo se aprecia que aumenta la fortaleza para realizar la conducta cuando se incluyen otras personas como amigas o amigos lo que confirma una mayor autoeficacia cuando lo hacen en forma colectiva, fenómeno que no ocurre en los hombres (Rocha y Ramírez, 2011), se observan las desigualdades división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

o HOMBRES

Los hombres consideran seguros de caminar siempre que sea posible evitando cualquier medio de transporte, se observa las desigualdades división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f).

En los hombres hay una marcada respuesta hacia no poder dejar de jugar en video juego o en chatear en la computadora para salir a jugar fut bol o basquetbol, resultados que coinciden con el aumento de los cibernautas de entre 6 y 17 años de edad (AMIPCI, como se citó en Gómez, Hernández, Covarrubias y Cuevas, 2014), fomentando un estilo de vida sedentario.

o AMBOS

Para la actividad física cotidiana coinciden hombres y mujeres en no contar con una confianza plena para realizar actividad física en espacio públicos, lo que se justifica por la pérdida de seguridad que ha provocado la disminución de actividades al aire libre, considerándose como un factor que reduce o actúa como barrera para realizar esta conducta, ya sea por decisión de los padres o por los propios niños, siendo necesario evaluar las relaciones entre actividad física, las percepciones y creencias relacionadas con el vecindario, para entender mejor el contexto en que esta conducta ocurre e identificar las áreas de objetivo e intervención (Aedo, 2011).

Las y los participantes en mayor porción perciben que podrían intentar subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas, mostrando que no están completamente seguros para realizar esta actividad, estos resultados se relacionan con que el avance de la tecnología y los trasportes han provocado que el ejercicio físico en las actividades de la vida diaria se vea disminuido considerablemente, y el sedentarismo del mundo desarrollado también se vea incrementado gracias a la automatización de los recursos (De Teresa y Velázquez, 2006 como se citó en Castro et al., 2013).

Se aprecia un equilibrio entre hombres y mujeres al considerar poder quedarse un poco lejos de lugar a donde van con la finalidad de caminar, pero son los hombres los que confían con mayor fortaleza realizar esta actividad, probablemente se relaciona con lo expresado por Aedo (2011) en que los principales peligros que reporta los padres de familia son la inseguridad y el tráfico, lo que genera insatisfacción con su vecindario.

Hombres y mujeres disminuyen la fuerza de autoeficacia para dejar de comer alimentos chatarra, lo que se puede explicar por las características de los hábitos alimentarios de los adolescentes que son realizar comidas fuera de casa, consumir botanas, en especial dulces, entre otros. Estos hábitos se asocian con el sentido de independencia que recientemente van adquiriendo, la dificultad para aceptar los valores existentes, búsqueda de la propia identidad, deseos de aceptación, y la

necesidad de conformarse al estilo de vida de sus compañeros y amigos (Sarría y Moreno, 2003 como se citó en Yerena, et al., 2012).

Ambos consideran que pueden tranquilizarse ante estados de ansiedad aunque sin una clara seguridad de ello, por lo que podrían adoptar una conducta saludable que llevaría a tener un estilo de vida saludable de adecuado control de las tensiones y emociones (Sanabria, González y Urrego, 2007 como se citó en Zepeda, 2014).

Para el Factor 2 de *Actividad Física Programada*

- MUJERES

Se aprecia en mayor medida percibirse como no poder realizar este tipo de actividades, situación que explica en parte por la mujer se le asocia con la delicadeza, obediencia, maternidad, subjetividad, pasividad, dependencia, ternura y apasionamiento; desde niña se le prepara para ser esposa y ama de casa, y se le da a entender que el fútbol o el karate no son para ella por ser deportes duros. Si bien en el país la participación de la mujer en el deporte cada vez es más aceptada, aún existen lugares y grupos sociales que no permiten el desarrollo de las mujeres en esta actividad, o sólo lo hacen en disciplinas consideradas como femeninas, tal es el caso del nado sincronizado, gimnasia artística, rítmica, o tenis; hay familias que permiten que sus hijas practiquen deporte, pero no reconocen su esfuerzo; incluso, algunos minimizan su trabajo frente al de los hijos hombres, por lo que es obvia una diferencia en apoyos y estímulos (Hernández, 1999b como se citó en CONADE y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES S/F) por lo que realizar abdominales y pesas sea considerado como una actividad propia de hombres porque se atribuye que los actividades de hombres suelen basarse en la potencia, la velocidad, la resistencia y el contacto físico.

- HOMBRES

Se aprecia en mayor frecuencia de respuestas en la opción de “seguros de poder” realizar ejercicio diariamente que se puede relacionar con lo expresado por Astudillo-García y Rojas-Russell (2006 como se citó en Guzmán, 2012) los hombres se perciben con mayor autoeficacia para la realización de ejercicio que las mujeres, especialmente ante factores emocionales, esto indica que se vislumbran con mayor

confianza para realizar ejercicio aun estando tristes u otras cosas importantes que hacer o tengan algún padecimiento.

Los hombres se consideran más seguros de poder aumentar poco a poco el tiempo de la rutina de ejercicios. Se puede relacionar con lo expresado por Ávalos, Reynoso, Colunga, Oropeza y González (2014) en el que los hombres realizan actividades físicas durante el recreo y la práctica de una actividad deportiva extra clase, en cambio, las mujeres reportaron mayor frecuencia en actividades domésticas y mayor frecuencia de conductas sedentarias. Así mismo estas frecuencias de Respuestas de los hombres se asemejan con las reportadas por Yerena (*et al.*, 2012), es decir que mientras los hombres realizan actividades deportivas extra clase en mayor frecuencia, se perciben en mayor medida seguros de poder realizarla en comparación de las mujeres, que realizan en mayor frecuencia actividades domésticas y conductas sedentarias, por lo que no hubo ninguna mujer segura de poder realizar esta actividad.

Se aprecia una marcada frecuencia de respuesta de los hombres en estar seguros de poder aumentar poco a poco rutinas de ejercicios, respuesta que se relaciona por los juegos atribuidos a los hombres, suelen basarse más en la potencia, la velocidad, la resistencia y el contacto físico (Instituto Nacional de las Mujeres de Ministerio de Salud, 2012). Por lo que si el ejercicio requiere mayor exigencia, perseverancia, resistencia, potencia, velocidad y contacto físico, aún agresividad, se relaciona con una percepción más alta de los hombres en estar seguros de poder llevar a cabo la actividad de acuerdo con la expectativa de la mujer y el hombre deseables que asigna la sociedad, es decir, desde género. Existe entre los hombres púberes y adolescentes una mayor presencia del deseo de una figura atlética; quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con más músculo (Gómez-Peresmitré *et. al.*, 2001; Ortega y López, 2002 en Yerena, *et al.* 2012).

También, desde pequeños se destaca que el niño tiene poder físico, el cual se desarrolla cuando llega a adulto, de ahí que sus estereotipos sean agresividad, liderazgo, tenacidad, ambición, originalidad, método, competitividad, resistencia, independencia y objetividad. En tanto, que a la niña se le asocia con la delicadeza,

obediencia, maternidad, subjetividad, pasividad, dependencia, ternura y apasionamiento; desde niña se le prepara para ser esposa y ama de casa, y se le da a entender que el fútbol o el karate no son para ella por ser deportes duros. Angélica Estrada (en López, 1990b como se citó en Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES S/F).

- o AMBOS

Se perciben seguros/as y poder hacer ejercicio diariamente, pero se contraponen con los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012, se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años refieren no haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, esto es por un lado consideran que pueden hacer y seguros de poder hacer ejercicio diariamente, pero no ha participado actividad física programada durante un año.

Las prácticas de actividad física en casa, suelen ser incorporados como hábitos familiares. En la actualidad, las familias suelen destinar gran parte de su tiempo de ocio a actividades de recreación pasiva como, por ejemplo ver televisión. Asimismo, con frecuencia, los paseos familiares involucran actividades que no implican desgaste calórico de importancia (cine, videojuego, *shopping*, paseo en auto etc.) (Saforcada *et. al.*, 2010).

En la pubertad, la diferencia de género aprendida hasta ese momento se hace plenamente consciente con la aparición de los cambios físicos y biológicos. Cuando llegan a la adolescencia, las niñas ya aprendieron patrones de comportamiento que las adhieren a lo femenino. De tal manera que transitan del juego infantil a las principales asignaciones y responsabilidades que se les demanda en la vida adulta. En este proceso es necesaria la participación no sólo de las niñas y mujeres, se requiere también la de los niños y hombres para eliminar la desigualdad de género en todas las esferas.

Para el Factor 3 de *Alimentación saludable*

- MUJERES

Se aprecia que las mujeres consideran que pueden eliminar de su dieta dulces en mayor medida que los hombres.

Lo anterior se relaciona al considerar la restricción alimentaria parece una práctica común entre las jóvenes mujeres como lo señalan varios estudios (Wesslén, A., *et al, Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al, Op cit.* como se citó en Álvarez, *et al.*, 2008). Lo cual podría explicar en parte porque realizan más colaciones. Los hombres en cambio suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres. La restricción alimentaria parece ser una práctica común entre las jóvenes mujeres. El término *dieta* se ha distorsionado pues se cree que una dieta es sinónimo de ingerir poco y “morir” de hambre, por lo que se debe aclarar que una dieta es el conjunto de alimentos y platillos que una persona consume al día.

Las mujeres perciben que pueden realizar las tres comidas diarias bajas en calorías. Lo que se justifica por las normas sociales que tienden a limitar el consumo de alimentos en las mujeres, por la relación en la acumulación de grasa propia del cuerpo femenino que se opone al ideal de delgadez, deseable para ellas. Esta combinación de factores nutricionales y sociales, podrían favorecer en las mujeres, el consumo de alimentos menor cantidad en las horas de comida formal, incluso llegar a omitir alguna comida como el desayuno y la búsqueda de alimentos entre comidas para compensar los requerimientos dietéticos, algo que habría que agregarle la inclinación por elegir productos poco saludables, asociados al aumento de peso en la juventud (Vázquez, R., *et al, 2005, Op cit.*).

Las mujeres podrían iniciar conductas saludables como realizar tres comidas diarias, eliminar dulces de su dieta, pero no poder realizar las tres comidas diarias bajas en calorías. Lo anterior se relaciona con lo expresado por Álvarez, *et al.*, 2008, al considerar la restricción alimentaria parece una práctica común entre las jóvenes

mujeres como lo señalan varios estudios (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.* como se citó en Álvarez, *et al.*, 2008). Lo cual podría explicar en parte porque realizan más colaciones. Los hombres en cambio suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres.

○ HOMBRES

Se aprecia una marcada tendencia en los hombres hacia no poder evitar los dulces aunque se antojen, y una pequeña tendencia se considera seguros de poder evitar los dulces, lo que podría estar relacionado con lo expresado por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), que define los hábitos alimentarios de los/las adolescentes que se caracterizan por: tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno, realizar comidas fuera de casa, consumir botanas, en especial dulces, comer en restaurantes de comida rápida, y practicar gran variedad de dietas.

○ AMBOS

Se encuentra un equilibrio en las respuestas de hombres y mujeres que consideran no poder evitar comer alimentos chatarra, lo que podría estar relacionado con Molini (2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013) la llamada *fast food* o comida rápida, es un tipo de comida económica, consumida cada vez con mayor frecuencia, la cual se encuentra basada en diferentes menús de fácil y rápida preparación e ingestión para poblaciones diversas, en especial para los/las adolescentes y trabajadores que no disponen de mucho tiempo para comer debido a sus arduas jornadas laborales; por otro lado este tipo de comida resulta atractivo ya que usualmente sirven de manera rápida y se puede ingerir fácilmente, lo cual resulta adecuado para la población descrita. El incremento del consumo de comida rápida (French, Story, Neumark-Sztainer, Fulkerson & Hannan, 2001; Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira & Ludwig, 2004) y comidas realizadas fuera de casa, que se ha investigado

contienen más grasa saturada y sodio, así como poca fibra, hierro y calcio (St-Onge, Keller & Heymsfield, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

La preferencia en aumento de consumir alimentos entre las comidas (lo que se conoce como colación o *snack*) ocasionan un mayor consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas (Cusatis & Shannon, 1996 como se citó en Castro, Luna y Paredes, 2013).

Se aprecia en mayor frecuencia de respuestas tanto de mujeres como de hombres no poder y poder intentar rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en carbohidratos y grasas como tamales, tacos, este resultado se puede relacionar con la base de la dieta mexicana hoy en día se compone por alimentos altos en grasas y azúcares, los cuales, carecen de nutrimentos, estos alimentos suelen ser más baratos que los alimentos “sanos” que contribuyen a que se lleve a cabo una buena alimentación (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Además, este estilo de vida implica comer fuera de casa, hacerlo de prisa y a deshora y tener un margen muy reducido para elegir los alimentos, de tal forma que suelen ser ricos en grasa y azúcares. Así el consumo fuera de casa de alimentos “rápidos” repercute de manera negativa en la salud, en especial cuando los alimentos se compran en expendios mecanizados ya que la mayoría de estos contienen más calorías que los preparados en casa (Sánchez-Castillo, *et al.*, 2002 como se citó en Castro *et al.*, 2012).

En la pubertad puede aparecer tendencia al sobrepeso tanto en los niños como en las niñas lo que puede motivar que se inicien restricciones alimentarias, y en consecuencia una disminución de peso durante el periodo de crecimiento acelerado lineal asociado con la pubertad (Casanueva, Roselló-Soberón y Unikel, 2008; Muzzo, 2007 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

En los últimos años el consumo de golosinas, botanas y refrescos se ha incrementado debido al despliegue publicitario casi en cualquier lugar, aunado a que su consumo se ha empleado de manera errónea como premios o entretener a los niños. Llama la atención que el 7.4% del consumo total de energía de los niños

entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Se observan frecuencias de respuestas similares ante el reactivo dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando te sientes presionado, hay relación con lo expresado por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012 los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por: consumir botanas y en especial dulces. 7.4% del consumo total de energía de los niños entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

Se aprecia una baja frecuencia de respuestas ante la opción de seguros de poder insistir en comprar alimentos bajos en calorías, situación que se relaciona con que los preadolescentes aún están en el intermedio de la independencia económica, por lo que no están directamente responsables de comprar alimentos, pero al pedir a alguien más comprar alimentos bajos en calorías no se perciben seguros de poder hacerlo.

Respuestas que relacionan en con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares (2000) el mexicano destina casi el 30% de su ingreso a la alimentación y del cual el 10% se destina a refrescos, convirtiéndolo así en el segundo país consumidor de bebidas gaseosas en el mundo sólo después de Estados Unidos. Por lo que en los hogares mexicanos se gastan casi lo mismo para el consumo de leche (641 pesos trimestrales) que en bebidas alcohólicas y embotelladas (544 pesos trimestrales) (Fuentes, 2008 como se citó en Vizcarra, 2010).

Además, la distribución diferencial de la dieta en los distintos grupos sociales que está condicionada (en lo que a los factores económicos se refiere) por el nivel de ingresos de la familia, por un lado y el precio de los alimentos por el otro (Saforcada, *et al.*, 2012). Así tenemos que en los sectores de menor nivel socioeconómico tienden a ingerir alimentos de mayor densidad, valor calórico y contenido de grasas

saturadas que son, a su vez, lo de más bajo precio y los que se producen mayor sensación de saciedad. Estos alimentos son, también los que más engordan y los que, por otra parte, tienen menor valor nutritivo.

Es decir, que los alimentos con mayor densidad y valor calórico y contenido de grasas saturadas, son los de más bajo precio y los que producen mayor sensación de saciedad, siendo que mujeres y hombres consideran que no pueden solicitar comprar alimentos bajos en calorías probablemente porque está condicionado por los ingresos de la familia. La madre desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y de la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de los alimentos. No obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar (Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010).

Otro aspecto que se puede relacionar con no percibirse capaces de solicitar la compra de alimentos bajos en calorías puede ser el nivel socioeconómico y la escolaridad materna, se encarga de los alimentos en el hogar, encontrando una correlación positiva entre la obesidad el nivel socioeconómico así como la escolaridad de la madre de familia (Hernández y colaboradores (2003 como se citó en Vizcarra, 2010).

Se aprecia una mayor frecuencia tanto de mujeres como de hombres a no poder y por intentar tener fuerza de voluntad para eliminar de la dieta dulces y chocolates, lo que se podría explicar por Sarría y Moreno (2003 como se citó en Yerena, *et al.*, 2012), que definen los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por:

- a) Una tendencia aumentada a saltarse comidas, en especial el desayuno y con menos frecuencia la comida del mediodía.
- b) Realizar comidas fuera de casa.
- c) Consumir botanas, en especial dulces.
- d) Comer en restaurantes de comida rápida.
- e) Practicar gran variedad de dietas.

El 7.4% del consumo total de energía de los hombres entre los cinco y los once años de edad, proviene de la ingestión de refrescos, bebidas azucaradas, azúcar, chocolate y polvo para preparar bebidas (Rivera-Dommarco, 2003 como se citó en Castro, *et al.*, 2013). Es recomendable restringir el consumo de esas bebidas, sin erradicarlas, puesto que al eliminarlas se priva al niño de productos que consumen sus compañeros, ocasionando que se vuelvan importantes para él y que los deseará aún más, entonces, si se ingieren de manera ocasional y sin mayor importancia el niño tenderá a no consumirlos constantemente (Birch, 2000 como se citó en Castro, *et al.*, 2013).

En Zepeda (2014) se modificaron ítems que contenían palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir. Quedó de manera “soy capaz de disminuir de la dieta dulces, mediante el laboratorio cognoscitivo los escolares no comprendían la cantidad que tenían que disminuir, por lo que se quedó de manera final: “Soy capaz comer solamente un dulce al día”. En la versión de Zepeda (2014), el ítem “Evitar comer alimentos chatarra (*hot dog, hamburguesa, pizza, etc.*)” se modificó a “Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)” en el que se incluyen una variedad mayor de alimentos con bajo contenido nutricional y alto contenido en grasa y azúcar. Zepeda (2014) modificaron el reactivo a “soy capaz de evitar comer dulces cuando me siento nerviosa (o)”, cambiando palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como evitar o disminuir.

En la versión de Zepeda (2014), fueron modificados los ítems que contenían términos que resultaban complicados para los escolares, como por ejemplo “fuerza de voluntad, carbohidratos y calorías”, por lo que fueron eliminados quedando así: “Soy capaz de dejar de comer dulces”.

En Zepeda (2014) a través de laboratorios cognoscitivos, los escolares no entendieron la palabra “invitación” como un ofrecimiento de comida chatarra, sino como una invitación a un lugar o fiesta, por lo que se modificó a “Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece”. Se modificó el ítem, quedando como: “Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida”, modificando el número de tiempos de comida recomendables y los 3 grupos para una alimentación correcta.

Para el Factor 4, Estilo de Alimentación

- MUJERES, se observan conductas características de un estilo de alimentación que van desde la disminución de calorías y grasas, restricción de la ingesta, hasta el control de los deseos de comer.

Se aprecia una marcada tendencia mayoritaria de las mujeres a considerar que pueden dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar el peso, sin una clara seguridad de ello. Resultado que se contradice con Vázquez, *et al.*, 2008, al señalar que las mujeres comen significativamente más entre comidas y generalmente consumen dulces y golosinas.

Se observa que hay más mujeres que pueden comer poco cuando están con sus amigos, es decir que ante situaciones sociales, las mujeres se restringen de consumir alimentos, lo que coincide con Barker, M., S. Robinson, C. Wilman and D. J. P. Barker 2000 (como se citó en Vázquez, Mancilla, Ruiz, Álvarez, 2008) que asegura que las mujeres utilizan la alimentación como una forma de reunión social, se preocupan por la cantidad de alimento que puede arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con éxito. Afirmando que el deseo de aprobación social por parte de los compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al preadolescente (Santrock, 2006 como se citó en Castro *et al.*, 2013).

Factor 4. Alimentación e internalidad

- HOMBRES, relacionado con ciertas conductas alimentarias características de un estilo diferencial de alimentación en situaciones sociales o bajo la influencia de estados emocionales negativos por ejemplo: no comer entre comidas con el

propósito de controlar el peso, comer poco cuando están con los amigos, no comer a cada rato cuando se sienten nerviosos y dejar de cenar si se sienten presionados, lo que marca un estilo de alimentación en el que se controlan los estados emociones y se deja de comer, lo que se relaciona con que los hombres pueden controlar su conducta alimentaria aún con emociones como estrés, tristeza o aburrimiento (Yerena, *et al.*, 2012). Además, porque los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El objetivo general de la presente investigación fue obtener una caracterización de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso en preadolescentes escolares.

Participaron 65 preadolescentes en total, 42 fueron mujeres y 23 hombres en un rango de edad de 9 a 12 años. Participaron más hombres de cuarto grado y más mujeres de quinto grado, la menor participación se obtuvo de hombres de sexto grado.

El instrumento que se utilizó fue Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AP-CP) (Román, *et al.*, 2007, Validado por Guzmán, 2010) adaptado para población preadolescente por Yarena, Vázquez y Gutiérrez, 2012, consta de 45 reactivos en total. Las dos primeras son preguntas que exploran si los participantes hacen ejercicio y realizan actividad para controlar el peso, ambas cuentan con opciones de respuesta, SI, NO y A VECES. Los reactivos siguientes, son afirmaciones relacionadas con el nivel de confianza que los participantes sienten para realizar eficientemente diferentes actividades encaminadas al control y/o mantenimiento del peso saludable. Las aseveraciones responden a la afirmación “Te sientes capaz de...”, (por ejemplo): realizar ejercicio diariamente, evitar consumir alimentos chatarra, correr todos los días, comer poco cuando estás con su amigos, etc.

La autoeficacia percibida constituye una herramienta de la Psicología de la Salud, en tanto que se le adjudica un efecto protector de la salud, un efecto predictor de la enfermedad y un efecto terapéutico. Varias revisiones sobre la utilidad del concepto en el ámbito de la Psicología de la Salud han contribuido a este resultado, tanto en promoción de la salud como en prevención de la enfermedad (O’Leary, 1992; Schwarzer, 1992; Villamarín, 1990, 1994; Rosales Nieto, 2004 como se citó en Alvarado y Garrido, 2003).

Se observa que existen diferencias con respecto al Género en la percepción que la persona tiene de su capacidad para adoptar una conducta saludable, o bien, dejar de realizar conductas desfavorables (Schwarzer y Fuchs, 1999) para mantener un peso corporal adecuado a su estatura y edad (Saldaña, 1994 como se citó en

Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007) específicamente el seguimiento de conductas alimentarias saludables y la realización de actividad física (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007). Se presentan diferentes percepciones de autoeficacia que pueden determinar el proceso salud-enfermedad tanto para hombres como para mujeres, que contribuyen en la comprensión de los problemas sanitarios de la mujer y del hombre, visualizándose con mayor desigualdad para las mujeres debido a los factores socioculturales como la identidad de género y el proceso de socialización (Pajares y Valiante, 2001 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011), los estereotipos de género, las expectativas de los padres, la validación por parte de sus pares y las creencias relacionadas con que las mujeres son menos competentes que los hombres para muchas tareas (Bandura, 1997; Betz & Hackett, 1981; Bonnot & Croizet, 2007; Eccles, 1989 como se citó en Rocha y Ramírez, 2011).

Se confirma lo planteado por Bandura (1997) señala que mientras que los niños tienden a “inflar” su sentido de competencia, las niñas menosprecian sus capacidades, lo anterior debido a que ambos aprenden a valorar sus capacidades con base en lo que sus familias les enseñan, y esto generalmente se encuentra sesgado por los estereotipos de género.

Las Mujeres se perciben más autoeficaces en Actividad Física Cotidiana. Estos resultados pueden asociarse a los espacios y juegos (o actividades) asignados por los roles y estereotipos para las mujeres, con escaso movimiento, en espacios reducidos y/o privados, con contacto físico restringido, que no impliquen agresividad y predomina la colaboración antes que la competitividad. Las mujeres perciben no poder realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público (o en espacios públicos como en la calle, transporte), lo que se justificaría porque las mujeres suelen ser víctimas de la violencia y la delincuencia (INEGI, 2013), mayor percepción de inseguridad, uso mayor de estrategias de evitación y autoprotección, así como niveles más elevados y consecuencias físicas y psicológicas ante actos de acoso y hostigamiento sexual en comparación con los hombres (Valdez y Ríos, 2014). Los hombres se consideran más seguros de poder aumentar poco a poco el tiempo de la rutina de ejercicios. En el que los hombres realizan actividades físicas

durante el recreo y la práctica de una actividad deportiva extra clase (Ávalos, Reynoso, Colunga, Oropeza y González, 2014).

Los hombres se perciben más autoeficaces hacia la Actividad Física Programada, aún ante estados fisiológicos como cansancio, tristeza u otras actividades. Se observan las desigualdades en la división ámbito privado=femenino y ámbito público=masculino (Lamas, s/f). Se relaciona con una percepción más alta de los hombres en estar seguros de poder llevar a cabo la actividad de acuerdo con la expectativa de la mujer y el hombre deseables que asigna la sociedad, es decir, desde género, (Instituto Nacional de las Mujeres de Ministerio de Salud, 2012).

Con respecto a la adopción de conductas que favorecen la alimentación saludable, a los hombres se les complica percibirse como autoeficaces para controlar la ingesta de alimentos no saludables como son dulces, golosinas, comida con alto contenido calórico, grasas y carbohidratos, encontrando concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012).

Las mujeres en gran medida se perciben capaces, de poder rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en carbohidratos y grasas como tamales, tacos, este resultados se puede relacionar en parte por lo reportado por Barker, Robinson, Wildaman y Barker, 2000 como se citó en Vázquez, Mancilla, Ruiz, Álvarez, 2008) al señalar que las mujeres restringen el consumo de alimentos ante situaciones sociales, además las mujeres utilizan la alimentación como una forma de reunión social y se preocupan por la cantidad de alimento que puede arruinar su apariencia corporal y cuidando de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con éxito.

Con respecto al estilo de alimentación, que es un factor exclusivo de mujeres, está dirigido a evaluar la eficacia en la conducta alimentarias que caracterizan un estilo diferencial de alimentación, en este factor se observa conductas que van desde la disminución de calorías y grasa, la restricción de la ingesta, hasta el control de los deseos de comer a través de la actividad física, en concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) En el caso de las participantes en esta

investigación su estilo de alimentación se caracteriza por involucrar conductas relacionadas con la dieta restringida.

Con respecto a la alimentación e internalidad, factor exclusivo de hombres, también hubo concordancia con lo reportado por Yerena, Vázquez y Gutiérrez (2012) donde los niños se perciben capaces de controlar su conducta alimentaria ante estados emocionales como ansiedad, presión o ante situaciones sociales como alimentarse con amigos. (Yerena, *et al.*, 2012). Además, los hombres suelen tener patrones de alimentación de mayor ingestión, comen más rápido, terminan toda la comida que se les sirve, pueden comer de otros platos y/o repetir porción, con lo cual podrían tener mayor saciedad y no ser tan susceptibles a las colaciones como las mujeres (Wesslén, A., *et al*, *Op. cit.* y Lameiras, F. M., *et al*, *Op cit.*, como se citó en Álvarez *et al.*, 2008).

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

Con el fin de profundizar acerca de temas como la alimentación y actividad física se sugiere lo siguiente:

1. Realizar un diagnóstico integral que incluya la aplicación de una batería de instrumentos apropiados para escolares, padres, madres de familia y maestros.
2. Identificar variables como conductas alimentarias de riesgo, percepción de la imagen corporal, factores socioculturales como las prácticas de crianza, entre otros.
3. Realizar comparaciones con poblaciones de características diferentes como puede ser con sobrepeso y obesidad y normo peso.
4. Realizar un trabajo multidisciplinario donde se incluya la intervención de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros de educación física, nutriólogos, entre otros profesionales asociados con la salud.
5. Retomar investigaciones recientes en las que a través de laboratorios cognoscitivos y el método de jueceo se adecuen los instrumentos a la población objetivo, reduciendo los términos ambiguos como “fuerza de voluntad”, “carbohidratos” o “calorías”, “te sientes capaz”. Así como modificar reactivos que contienen palabras que puedan asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” donde se sustituyan por “evitar” y “disminuir”, así como modificar reactivos de actividad física que no resultan aptos o improcedentes para los/las participantes, como por ejemplo “hacer pesas”, “hacer abdominales” o “rutinas establecidas de ejercicios” como se han realizado en investigaciones recientes como el de Viridiana Zepeda (2014).
6. Instrumentar programas de prevención de la obesidad para desarrollar, mantener e incrementar la percepción de autoeficacia para el control de peso en escolares, padres y maestros y disminuir este problema de salud pública que aqueja a los mexicanos.

7. Resaltar la importancia de la alimentación correcta y la actividad física como los recursos para mantener el peso saludable adecuado a la edad y al sexo de los participantes. Retribuir la participación de los escolares mediante el aporte de información que aborde la alimentación correcta, disminución del sedentarismo y un estilo de vida saludable. Es prioritario promover no sólo el incremento de actividad física moderada y vigorosa, incluyendo actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado).
8. Incorporar en el instrumento algunas actividades cotidianas que pueden contribuir a mantener un peso corporal adecuado como: andar en bicicleta, bailar, saltar la cuerda, patinar, escalar, entre otras.
9. Se considera importante la necesidad de mejorar la educación nutricional para evitar el seguimiento de pautas equivocadas de alimentación que puedan perjudicar el estado nutricional y la salud de la población, establecer estilos de vida sanos en la infancia es una de las mejores estrategias para alejarlos de los riesgos. La identificación de factores de riesgo durante la preadolescencia es de vital importancia para el desarrollo de medidas preventivas que fomenten la salud.
10. Es necesario el diseño de intervenciones destinadas a la prevención de enfermedades, cuya finalidad es dotar a los niños de fortalezas y modificar sus actitudes para enfrentar los riesgos de las etapas posteriores buscando alternativas saludables y reafirmando los factores protectores.
11. Buscar a través de talleres y/o cursos las mismas oportunidades para las mujeres para desarrollarse en todas las facetas del ámbito deportivo, pues en la realidad han encontrado obstáculos y barreras erigidas por los estereotipos culturales.
12. Integrar la perspectiva de género en el marco de los derechos humanos como eje fundamental para la calidad de los servicios de salud.
13. Transversalizar la perspectiva de Género en los programas prevención de obesidad y en las acciones de promoción de la salud.

14. Fortalecer la capacitación del personal profesional de salud en el tema de enfoque de género como elemento para favorecer la calidad en salud.
15. El trabajo del psicólogo será participar en la creación e implementación de las políticas públicas, como son en las políticas ambientales, de planificación urbana y de transporte reconociendo que contribuyen significativamente a la adopción de estilos de vida físicamente más activos para la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

- Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del sistema educativo nacional. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014
- Aedo A, Ávila H. Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. (2009). *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 26(4). Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a06.pdf>
- Alvarado, J. y Garrido, A. (2003). *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y sociológicas*. Mc Graw Hill. España.
- Arroyo, García, S. (2005). Impacto de la publicidad de alimentos chatarra en los niños de 6 a 11 años. Diseño de un sistema para una organización Tesis Facultad de Contaduría. Recuperado de: <http://132.248.9.195/pdtestdf/0341322/Index.html>
- Astudillo García, Claudia. (2005). Asociación entre la autoeficacia percibida y la disposición al cambio para la realización de ejercicio físico en una muestra de estudiantes universitarios: un estudio trasversal. TESIUNAM. Tesis Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2005/51921/0350547/Index.html>
- Avilés, Karina. (2011). SEP: estima que barrer, lavar y limpiar es parte de la vigorización del sistema cardiovascular. La activación física en las escuelas no requiere de lugares específicos. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/12/sociedad/037n1soc>
- Balaguer, I., Escartí, A. y Villamarín, F. (1995). Autoeficacia en el deporte y en la actividad física: estado actual de la investigación. *Rev. De Psicol. Gral. y Aplicaciones* 48 (1). España. . Recuperado 21 Agosto 2014 de: file:///C:/Users/hcdav_000/Downloads/09e4150c5e9258926c000000.pdf
- Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "Promoción de los Estilos de Vida Saludables" En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 21 agosto 2014 de:

file:///C:/Users/hcdav_000/Downloads/Psicologia%20Estilos%20de%20vida%20saludables.pdf

Bourges, Rodríguez H. (1988). Glosario Términos para la Orientación Alimentaria. UNAM Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/glosario.htm#P>

Bunge, E. (2008). Entrevista con Albert Bandura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII (2) 183-188. Recuperado 20 agosto 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780014>

Byrne, B. (1998). Psicología social. Prentice Hall. Madrid.

Carrasco Ortiz, M. Á. & del Barrio Gándara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2) 323-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714221>

Castro Romero, A.; Luna Morales, K. y paredes Valero O. (2013). Estudio piloto de un programa de prevención universal denominado: peso sano en cuerpo sano en preadolescentes. Tesis Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México. Recuperado 22 agosto 2014 de: <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0699812/Index.html>

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Costa Rica. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/investigacion/datosestrategicosa.htm>

Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. (2008). Recuperado de: <http://activate.gob.mx/Documentos/Manual%20Activacion%20Fisica%20Escolar.pdf>

Cornejo, B. J., Llanas, R. J. & Alcázar, C. C. (2008). Acciones, programas, proyectos y políticas para disminuir el sedentarismo y promover el ejercicio en niños. *Hospital Infantil México* 65, 616-625. Recuperado 22 agosto 2014 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086q.pdf>

Craig, G. & Baucam, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México; Prentice Hall

Cristi-Montero, Carlos, & Rodríguez, R, Fernando. (2014). Paradoja "activo físicamente pero sedentario, sedentario pero activo físicamente". Nuevos

- antecedentes, implicaciones en la salud y recomendaciones. *Revista médica de Chile*, 142(1), 72-78. Recuperado en 29 de enero de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
- Dávila, I. (2010). Con Sobrepeso 26% de niños mexiquenses. La Jornada. Recuperado de 21 Enero 2014 de: <http://www.jornada.unam.mx/2010/10/14/estados/039n4est>
- De Jesús, Romo Mayra y Valdez Díaz Miriam. (2009). Diferencias en la Autoeficacia para el Control de peso en un grupo de escolares entre 9 y 12 años de edad. Tesis UNAM. Recuperado 21 diciembre 2014 de: <http://132.248.9.195/ptd2009/junio/0643927/Index.html>
- De la redacción. (2008). Afecta el cerebro uso excesivo de videojuegos, alertan médicos. Causa además tendinitis, advierten expertos del IMSS. Periódico La Jornada México. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/01/07/index.php?section=sociedad&article=035n2soc>
- Enciso, A. (2013). México ocupa segundo sitio en obesidad, aclara Mercedes Juan. La Jornada. Recuperado 21 enero 2014 en <http://www.jornada.unam.mx/2013/07/16/sociedad/036n1soc>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2012). Resultados de Nutrición de la ENSANUT. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública recuperado 21 diciembre 2014 de: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
- Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis), (2010) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-México. (2011). Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-NNyA-Accss.pdf>
- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. (2013). Secretaría de Salud. Primera edición, septiembre. México. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_p ortada.pdf

- Fernández Cabrera, T., Medina Anzano, S., Herrera Sánchez, I. M., Rueda Méndez, S. & Fernández Del Olmo, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4) 405-417. Recuperado 12 agosto 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17019926009>
- Fernández, Thaís; Medina Anzano S., Herrera Sánchez, M.; Rueda Méndez, S., Ordoñez García, José y Cantero Sánchez, F. (2012). Guía de uso de la escala de autoeficacia para la Actividad Física. Consejería de Salud y Bienestar Social. España. Recuperado 12 agosto 2014 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documento_s/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/guia_autoeficacia_AF.pdf
- Flores León, A, González-Celis, A. y Valencia A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños mexicanos Sanos. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1: 23-30, enero-junio de 2010. Recuperado 15 agosto 2014 de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/araceli-flores-leon.pdf>
- Flórez Alarcón Luis. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención. Manual Moderno*. Colombia.
- Gálvez, Mariscal A. (2011). Comida tradicional, método eficaz contra la obesidad; UNAM. Periódico La Jornada. México. Recuperado 22 agosto 2014 de: <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/16/sociedad/034n2soc>
- García-Pacheco, Á. F. & Hernández-Pozo, M. d. R. (2011). Programas de intervención para mejorar los niveles de actividad física en niños de nivel educativo básico e intermedio: una revisión sistemática. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2) 25-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802003>
- Gómez Peresmitré G. (1997). Alteraciones de la Imagen corporal en una muestra de mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología* 14 (1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, Alvarado, G. Moreno, L., Saloma, G. y Pineda, G. (2001). Trastornos en la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de

- edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología* 18 (3), 313-324.
- Gómez Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Ponencia de los 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México*. División de Investigación y de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología. México UNAM. Recuperado 22 agosto 2014 de: www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aap/congresos/.../18.doc
- Gómez Peresmitré, González de Cossío, M., Sois Torres, C., Cuevas-Renaud, C., Unikel Santoncini, C., Saucedo Molina, T. & Rodríguez de Elías, R. (2006). Obesidad en población universitaria: Prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2) 135-147. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649001>
- Gómez Peresmitré, Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S., y Unikel, S. (2000). Trastornos de la Alimentación: Factores de Riesgo Asociados con Imagen Corporal y con Conducta Alimentaria en muestras de Género Masculino. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 4-15.
- Gómez Peresmitré, Saucedo, M. y Unikel S. (2001). La Psicología Social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación. *En Calleja, N y Gómez-Peresmitré, G. Psicología Social: investigación y aplicaciones en México*. México; Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, Herrera J., Hernández, Reyes, S., Covarrubias Terán, M. Cuevas, Jiménez A. (2014). Cyberbullying: una nueva cara de la violencia en las redes sociales. Primer congreso internacional de transformación educativa. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México. Recuperado de: <http://www.transformacion-educativa.com/congreso/ponencias/114-ciberbullying-cara.html>
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista mexicana de psicología*, 1(16), 153-166.

- González de León, D.; Bertran, M.; Abeba Salinas, A.; Torre, P.; Mora, F. y Pérez-Gil, S. (2009). La epidemia de la obesidad en las mujeres. Género y Salud, Gobierno Federal. México. Recuperado de: http://correo.xoc.uam.mx/oam/biblioteca/miriam/epid_obes_muj.pdf
- Gracia, M., Marcó, María., Nava, C. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema* 19 (4), 646-653. Recuperado 25 agosto 2014 de: <http://www.psicothema.com/pdf/3770.pdf>
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guzmán Saldaña, Rebeca María Elena; del Castillo Arreola, Arturo y García Meraz, Melissa. (2010). Obesidad Un enfoque multidisciplinario. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf
- Guzmán, Saldaña, R. M. E. (2012). Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad. Tesis Maestría. UNAM México.
- Guzmán, Saldaña, R. M. E., Gómez Peresmitré, G., García Meraz, M. & del Castillo Arreola, A. (2011). Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 19(2) 78-88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440009>
- Hernández Alcántara, A.; Aréchiga Viramontes, C. y Prado Martínez, C. (2009). Alteración de la imagen corporal en gimnastas. *Archivos de medicina del deporte*. México. Recuperado de: http://femede.es/documentos/Original_Alteracion_84_130.pdf
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (1991). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México.

- Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Guía didáctica la educación física desde un enfoque de género. Montevideo Uruguay. Recuperado de: <http://es.calameo.com/read/003753009b839c22eb31a>
- Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES (2007). Glosario de género. México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública de México Centro de Investigación en Salud Poblacional Centro de Investigación en Nutrición y Salud, (2008). Sobrepeso y obesidad con perspectiva de género. Recuperado de: <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cuadernos/c3.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2010). Bases Técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado 21 diciembre 2014 en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/M%C3%A9xico_politicas%20y%20estrategias_obesidad_2010_R EDICEAN.pdf
- Jáuregui Ulloa, E.E.1, López Taylor, J.R.1, Macías Serrano, A.N.1, Porras Rangel, S. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol. 3 núm. 2 Pp. 25-47 nov-2011 / apr-2012. Recuperado de: www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/download/29917/pd
- Kaufer-Horwitz, Martha, & Toussaint, Georgina. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 502-518. Recuperado en 15 de febrero de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009&lng=es&tlng=es.
- Latorre, P.; José M y Medina B. (1992). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. *Lumen*. Argentina.
- Libertad, M. A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3).

- Llanes, J. y Castro, M. (2002). Como proteger a los preadolescentes de una vida de riesgos: hábitos de prevención para padres y maestros. Pax. México.
- Lugli, Zoraide, Arzolar M. y Vivas E. (2009). Construcción y validación del Inventario de Autorregulación del Peso: validación preliminar. *Psicología y Salud*, Vol. 19, Núm. 2: 281-287, julio-diciembre de 2009. Recuperado de: www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Zoraide-Lugli.pdf
- Mark, D. Murray, M. Evans, B. Willing, C. Woodall C. y Spykes, C. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica. Manual Moderno.* México.
- Merino, B. y González, E. (2008). *Actividad física y salud en la infancia y adolescencia.* Guía para todas las personas que participan en su educación. España; Ministerio de Educación y Ciencia. Recuperado 21 agosto 2014 de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>
- Myers, David (2005). *Psicología social.* Mc Graw Hill. Octava edición. México.
- Meza de Luna, M. E. (2013). El acoso en lugares públicos. Experiencias y percepciones de adolescentes mexicanos. *En claves del Pensamiento*, VII. (14) 177-185. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141128984008>
- Moreno, Esparza Hortensia. (2011). Orden discursivo y tecnologías de género en el boxeo. Concurso de Tesis en Género. Sor Juana Inés de la Cruz 2010. Instituto Nacional de las Mujeres. México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101198.pdf
- Moreno-Altamirano, Alejandra; López-Moreno, Sergio; Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública Méx*; Vol. 42(4):337-348 Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000641>
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3. (2010) Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y Obesidad. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- Norma Oficial Mexicana NOM-43-SSA2-2012. (2012). Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para

- brindar orientación. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Ogden, Jane. (2005). Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Ediciones Morata, Madrid.
- Olaiz, Fabián, Silva, M. y Pérez Edgardo. (2001). (Traducción). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Albert Bandura). Universidad de Stanford. . Recuperado 12 agosto 2014 de. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de>
- Olivari Medina Cecilia y Urra Medina Eugenia. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería XII (1):9-15 Chile. Recuperado 11 agosto 2014 de:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) Recuperado de: <http://www.fao.org/home/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Actividad física. Recuperado de:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Recuperado de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2007). En que consiste el enfoque de salud pública basado en el género. Recuperado de:
<http://www.who.int/features/qa/56/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *BMI Classification*. Documento recuperado 21 agosto 2014 de
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado 25 agosto 2014 de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS. Recuperado 30 agosto 2014 de: http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=definicion+preadolescencia&searchword=definicion+preadolescencia&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro_es&proxystylesheet=amro_es&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype&ai=41037#gsc.tab=0&gsc.q=definicion%20preadolescencia&gsc.page=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Niñas y niños responden de manera diferente en una intervención en las escuelas sobre alimentación saludable en Argentina. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9094%3Agirls-boys-respond-differently-school-healthy-diet-intervention-argentina&Itemid=1926&lang=es
- Padua, J. (1982). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México. Fondo de Cultura Económica.
- Papalia, Olds, S., Feldman, R., Bari, S., & Sierra, G. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Pérez Gil-Romo, Sara Elena y Díez-Urdanivia Coria, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud Pública Méx. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002095>
- Pick, S; Aguilar, A; Rodríguez G; Vargas, E. y Reyes J. (1992). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes*. Planeta. México.
- Plata Zanatta, L. (2013). Resiliencia, Autoestima y Autoeficacia como predictoras del rendimiento escolar en Educación Básica. Tesis. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Programa de acción específico 2007-2012. (s/f). Promoción de la Salud: una nueva cultura Primera edición. Secretaría de Salud, México, D.F. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf

Programa Nacional de Actividad Física. (2008). Recuperado de: <http://activate.gob.mx/Documentos/Manual%20Activacion%20Fisica%20Escolar.pdf>

Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2014). Gobierno Federal. Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?Codigo=5343087&fecha=30/04/2014

Ramírez, López E.; Negrete López, Liliana y Tijerina Sáenz, Alexandra. (2012). El peso corporal saludable: definición y cálculo en diferentes grupos de edad. Volumen 13 No. 4. *Salus cum propositum vitae*. México.

Real Academia Española, 2001 recuperado de: <http://www.rae.es/>

Reymond, R.B. (1986). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona, España: Herder.

Reynaga-Estrada, P. (2000). Morales Acosta, J.J.2, Cabrera González, J.L.3, (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos.

Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. México: UNAM

Rocha Sánchez, Tania Esmeralda, & Ramírez De Garay, Rosa María. (2011). Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: Elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. *Acta de investigación psicológica*, 1(3), 454-472. Recuperado en 20 de abril de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300007&lng=es&tlng=es

Rocha Sánchez, Tania Esmeralda. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 250-259. Recuperado en 20 de abril de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200006&lng=pt&tlng=es

- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. & Zoraide, L. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1) 45-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613874004>
- Rudiño, E. (2012). Abelardo Ávila: Chatarra vs frijoles, niños y campesinos los más afectados. Periódico La Jornada. Recuperado: <http://www.jornada.unam.mx/2012/10/20/cam-chatarra.html>
- Saforcada, Lellis y Mozobancyk. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Nuevos aporte desde la perspectiva del factor humano. Paidós. México.
- Sanjuán, P., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513. Recuperado 22 Agosto 2014 de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=615>
- Santrock, J. (2007). *Psicología del desarrollo*. El ciclo vital. McGraw-Hill. España, Madrid
- Saucedo-Molina, T. y Gómez- Peresmitré G. (2005). Modelo Predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría* 32 (2) 67-74.
- Saucedo-Molina, T., y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Modelo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 31 (2), 69-71
- Saucedo-Molina, Teresita de Jesús, & Unikel-Santoncini, Claudia. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 37(1), 60-69. Recuperado en 04 de febrero de 2015, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000100006&lng=es&tlng=
- Serra Puyal, J., Zaragoza Casterad, J. & Generelo Lanaspá, E. (2014). Influencias de “otros significativos” para la práctica de actividad física en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 14(56) 735-753. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54232971010>

- Shamah Levy; Teresa. (2011). Estrategia de orientación en alimentación y actividad física en escolares del Estado de México: Nutrición en movimiento. México. Recuperado de: <http://www.nutricionenmovimiento.org.mx/dif/>
- Simón Barquera Cervera, Juan Rivera Dommarco, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Carlos Santos-Burgoa Zarnecki, Elba Durán Vidaurri, Lucero Rodríguez Cabrera y Mauricio Hernández Ávila (2010). Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Primera edición, febrero 2010 D.R. © Secretaría de Salud. Recuperado de: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/3/images/guia_dir.pdf
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código ético del psicólogo. México. Recuperado de: <http://www.psicologosdemexico.com.mx/archivos/CODIGO%20ETICO.pdf>
- Urzúa, M. A., Avendaño, H. F. Díaz, C, C. S. y Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. Revista Chilena de Nutrición 37 (3) 282-292. Recuperado 25 agosto, 2014 de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n3/art03.pdf>.
- Valadez Ramírez, Alfonso y Ríos Rivera Laura Abril. (2014). Percepciones de acoso y hostigamiento sexual contra las mujeres: un estudio exploratorio. Junio. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Recuperado Febrero, 2015 de: file:///C:/Users/hcdav_000/Downloads/47111-127118-1-PB.pdf
- Vasconcellos y Vasconcellos C. (2007). Un análisis de las dos revoluciones cognitivas. *Psicol. estud.* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 385-391. ISSN 1413-7372. Recuperado de 11 agosto 2014 de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200020>.
- Vázquez Arévalo R., Ruiz Martínez A., Mancilla Díaz J. y Álvarez Rayón G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. Revista Salud Pública y Nutrición. Recuperado Febrero 2015 de: http://www.respyn.uanl.mx/ix/3/articulos/Finalhabitos_alimentarios-b.htm

- Vielma, E. & Salas, M. L. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3(9) 30-37. Recuperado 11 Agosto 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35630907>
- Villamarín, Francisco. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología Universidad de Barcelona*. España. Recuperado 11 Agosto 2014 de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61115/88849>
- Vizcarra, Zamora Ivonne. (2010). Factores psicológicos, Psicosociales y socioculturales e el desarrollo de Sobrepeso y Obesidad como problema de salud Pública en México. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado 21 agosto 2014 de: <http://32.248.9.195/ptb2010/mayo/0657500/Index.html>
- Worchels, Coope, Goethals, G. y Olson, J. (2002). *Psicología social*. Thomson Editores. México.
- Yerena, Flores D, Vázquez, L y Gutiérrez, A. (2012). Adaptación del Inventario de Eficacia Percibida para el Control de Peso, validación del Cuestionario de Actividad física en Preadolescentes escolares. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado 14 agosto 2014 de: <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0691615/Index.html>
- Zepeda Lambarry, Viridiana. (2014). Autoeficacia percibida y conductas saludables en niños de primaria. Tesis Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. TESIUNAM. Recuperado 30 agosto 2014 de: <http://132.248.9.195/ptd2014/julio/307539533/Index.html>

APÉNDICE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Nombre: _____ Edad: _____ Género: Masculino /Femenino

Grado escolar: _____ Grupo: _____

1. ¿Haces ejercicio? (Sí) (No) (A veces)
2. ¿Haces algo para controlar tu peso? (Sí) (No) (A Veces)

<p>A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que tienes sobre ti mismo (a) para realizar eficientemente diferentes actividades para controlar tu peso. Recuerda que no se te pregunta si te agradan o desagradan estas actividades, sino por la confianza que sientes para realizarlas.</p> <p>Para responder tienes 4 opciones de respuesta:</p> <p>(1) No puedo hacerlo, (2) Podría intentarlo, (3) Puedo Hacerlo, (4) Seguro(a) de poder hacerlo.</p> <p>Marca con una X la opción que consideres poder realizar (una sola opción). Por favor responde sinceramente a todas las preguntas, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.</p>		No puedo hacerlo	Podría intentarlo	Puedo hacerlo	Seguro de poder hacerlo
TE SIENTES CAPAZ DE:					
1	Evitar ver televisión o leer mientras comes.				
2	Realizar ejercicio diariamente.				
3	Comer despacio si te sientes nervioso (a)				

4	Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte.				
5	Evitar comer alimentos chatarra (<i>hot dogs, hamburguesas, pizza, etc.</i>)				
6	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público				
7	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces				
8	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio				
9	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado(a)				
10	Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas				
11	Cenar alimentos bajos en calorías				
12	No comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso				
13	Correr todos los días				
14	Comer poco cuando estas con tus amigos(as)				
15	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras				
16	Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa				

		No puedo hacerlo	Podría intentarlo	Puedo hacerlo	Seguro de poder hacerlo
17	Realizar en casa, abdominales o pesas				
18	Evitar los dulces aunque se te antojen				
19	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)				
20	Caminar rápido a pesar de que no te guste				
21	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías				
22	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas				
23	Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates				
24	Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio				
25	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado				
26	Comprar un yogurt en vez de pizza				
27	No comer a cada rato aunque te sientas nervioso(a)				
28	Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso				

29	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar				
30	Dejar de cenar si te sientes presionado(a)				
31	Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más				
32	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas				
33	Evitar comer fuera de los horarios de comida				
34	Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas				
35	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra				
36	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerzas para seguir				
37	Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr				
38	Dejar de tomar refresco y tomar agua				
39	Ir con tus amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos				
40	Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido(a)				
41	Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas				

42	Salir a caminar si te sientes ansioso(a) y tienes deseos de estar comiendo				
43	Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás.				

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

VII.- conceptos generales

- **Corresponsabilidad:** La responsabilidad colectiva es determinante particularmente en grupos poblacionales que han experimentado cambios rápidos en oferta y acceso de alimentos, estilos de vida e ingreso, ya que la adaptación a nuevos entornos requiere un proceso de adecuación a las nuevas condiciones, aunado a esto, una gran parte de las respuestas a retos de salud se transmiten de generación en generación.
- **Discriminación contra la Mujer:** Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.(Artículo 5, fracción III de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- **Discriminación:** Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. (Artículo 5, fracción II de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- **Equidad de género en salud:** Reducir y eliminar disparidades innecesarias, evitables e injustas en la salud y sus determinantes, entre hombres y mujeres, atribuibles al sistema sexo-género. Se busca que las mujeres y los hombres tengan la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.
- **Equidad de Género:** Imperativo de carácter ético basado en el principio de justicia social que busca compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos entre mujeres y hombres.

- Género: conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer (formas de comportamiento, valores, actividades a realizar, su lugar en el mundo), que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de los cuales las personas construyen sus identidades. Establece relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general. Es relacional, jerárquico, cambiante a través del tiempo, contextualmente específico e institucionalmente estructurado.
- Grupos vulnerables como sectores de bajo ingreso, migrantes, niños y ancianos tienen mayor probabilidad de no contar con información adecuada para el autocuidado de la salud, pero podrían beneficiarse de un sistema que les procure información, apoyo y protección. Por ello, es preciso fomentar la cultura de la prevención del sobrepeso y la obesidad en los ámbitos individual y colectivo, tanto en el sector privado como en el público, para realizar acciones conjuntas de manera que se incentive al cambio de hábitos y comportamientos saludables. Se debe fomentar un diálogo permanente con los actores centrales para atender al entorno y, con mayor énfasis, comprender que el sobrepeso, la obesidad y la diabetes son problemas que no sólo incumben y afectan al Sector Salud. La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud. (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013).
- Igualdad de género en salud: Pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre las mujeres y los hombres e implica la eliminación de toda forma de discriminación en el ámbito de la salud generada por pertenecer a cualquier sexo.

- Igualdad de género: Imperativo de carácter jurídico que pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres. Implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a algún sexo.
- Igualdad de Género: Situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar. (Artículo 5, fracción IV de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- Igualdad de oportunidades: Crear políticas públicas que reconozcan las diferencias que tienen mujeres y hombres, en cuanto a sus necesidades y, por tanto, construir instrumentos capaces de atender esas diferencias, permitiendo de esa forma una igualdad real en el acceso a los recursos para el desarrollo de ambos géneros.
- Igualdad entre mujeres y hombres: Implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo. (Artículo 6 de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- Igualdad Sustantiva: Es el acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. (Artículo 5, fracción V de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- Inequidad de género: Disparidad innecesaria, evitable e injusta entre mujeres y hombres atribuible al sistema sexo género.
- Perspectiva de género: Es una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y

oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de la toma de decisiones;

- **Perspectiva de Género:** Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.(Artículo 5, fracción VI de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- **Sexo:** Diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son congénitas, se nace con ellas y son universales.
- **Transversalidad:** Es el proceso que permite garantizar la incorporación de la perspectiva de género con el objetivo de valorar las implicaciones que tiene para las mujeres y los hombres cualquier acción que se programe, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas.(Artículo 5, fracción VII de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres) (Fuente: Programa de Acción específico Igualdad de Género en Salud 2007-2012)
- **Violencia contra las Mujeres:** Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.(Artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia).

http://www.cndh.org.mx/Programa_Asuntos_Mujer_Igualdad_Mujeres_Hombres