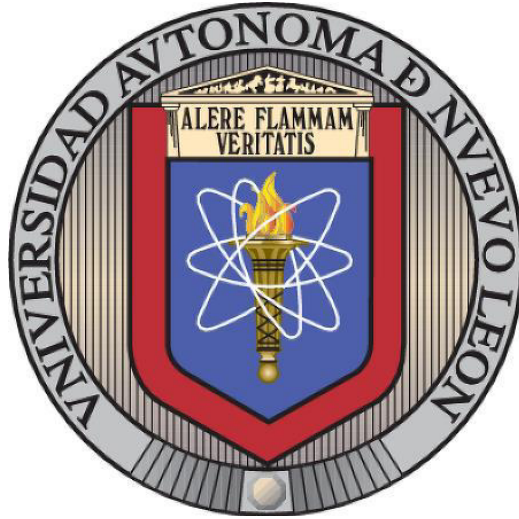


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“PSICOEDUCACIÓN, AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y ESTADO
NUTRICIO”**

PRESENTA

PATRICIA MARGARITA MORALES CAMPOS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

JUNIO 2016

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS

**PSICOEDUCACIÓN, AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y ESTADO
NUTRICIO**

PRESENTA

PATRICIA MARGARITA MORALES CAMPOS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. CECILIA MEZA PEÑA**

MONTERREY, N. L., MÉXICO,

JUNIO DE 2016

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD

La presente tesis titulada: `PSICOEDUCACION, AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y ESTADO NUTRICIO_ presentada por Patricia Margarita Morales Campos, ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Cecilia Meza Pez̃a
Director de tesis

Dra. Edith Pompa Guajardo
Revisor de tesis

Dra. Fuensanta López Rosales
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio de 2016

DEDICATORIA

A David, Ana Pau y Mariana I. este es el resultado del trabajo de las tardes, de algunas mañanas, de algunos sábados y de los domingos en la noche de los últimos dos años, sin su apoyo y comprensión no hubiera sido posible y también gracias por ser mis acompañantes en este viaje que es la Vida. GAD.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Cecilia Meza Pez̄a, directora de mi tesis por el valioso apoyo que me ha brindado, su tiempo y su interȳs en esta investigaciȳn, asȳ como su animada participaciȳn en la intervenciȳn psicoeducativa.

Tambiȳn agradezco muy especialmente a cada una de las participantes de esta investigaciȳn las cuales contribuyeron con su valiosa asistencia, tiempo e interȳs en la intervenciȳn psicoeducativa

Agradezco tambiȳn a la Dra. Edith Pompa Guajardo, por formar parte del Comitȳ de Tesis, sus puntuales comentarios y observaciones, para el mejoramiento de esta investigaciȳn.

Asȳ como a la Dra. Fuensanta Lȳpez Rosales por formar parte del Comitȳ de Tesis, quiȳn como maestra, siempre nos motivȳ a realizar investigaciȳn, por supuesto por sus valiosas sugerencias e interȳs en esta investigaciȳn.

De una manera especial agradezco a mis profesores, que aportaron y despertaron en mȳ el interȳs por la investigaciȳn, muy especialmente a la ENC Luz Pȳrez Ēvila, su apoyo incondicional y ejemplo de perseverancia y a la Dra. Brenda Cecilia Padilla Rodrȳguez, por ser ejemplo de entusiasmo organizado, coherencia, y por enseȳarnos a hacer las cosas bien hechas.

A la Facultad de Psicologȳa y su programa de posgrado a sus Directivos y todas las personas que hacen posible la investigaciȳn.

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son considerados una pandemia a nivel mundial, se han desarrollado una serie de estrategias e intervenciones para su prevención, atención y tratamiento. De ahí la importancia de determinar el efecto de una intervención, considerando la psicoeducación nutricional, el auto concepto, y autoestima con el fin de modificar el estado nutricional, positivamente. Participaron 43 mujeres entre 17 y 63 años divididas en tres grupos medidos antes y después de la intervención. Se evaluó índice de masa corporal, Autoestima y Auto concepto. Se encontró que aunque si hubo una variabilidad en los rangos de índice de masa corporal inicial y final, no tuvieron una fuerte correlación las variables psicológicas con el mismo. La variable psicológica que se observó levemente más alta al final de la intervención fue la autoestima y el autoconcepto en las subescalas académica, social, física, familiar y emocional.

Palabras clave: Psicoeducación, autoconcepto, autoestima y estado nutricional.

ABSTRACT

Overweight and obesity are considered a worldwide pandemic, have developed a series of strategies and interventions for prevention, care and treatment. Hence the importance of determining the effect of an intervention, considering the nutritional psychoeducation, self-concept and self-esteem in order to modify the nutritional status positively. 43 women participated between 17 and 63. Divided into three groups measured before and after the intervention. We evaluated BMI, Self-esteem and self-concept. It was found that although there was variability in the ranges of index initial and final body mass did not have a strong correlation with psychological variables the same. The psychological variable that was observed slightly higher at the end of the intervention was self-esteem and self-concept in the academic, social, physical, emotional and family subscales.

Keywords: psychoeducation, self-concept, self-esteem and nutritional status.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCION.....	11
Definición del Problema	18
Justificación de la Investigación.....	20
Objetivo General.....	22
Objetivos específicos:.....	23
Hipótesis	23
Limitaciones	24
CAPITULO II.....	26
MARCO TEORICO	26
POBLACION	26
Sobrepeso y Obesidad a nivel mundial	26
Población Infantil, adolescente y adulta con sobrepeso y obesidad.....	27
En Nuevo León	28
ETIOLOGIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	28
a) Explicación Biológica.....	28
b) Explicación Psicológica	30
AUTOESTIMA.....	30
AUTOCONCEPTO.....	32
c) Explicación Social.....	32
Modelo Eco-Social.....	34
Factores de Riesgo	35
Individuales.....	35
Familiares	37
Sociales	38
PROGRAMAS DE INTERVENCION.....	40
ESTILO DE VIDA.....	46
Alimentación.....	47

Nutrici3n	49
La nutrici3n en M3xico	49
Sobrepeso y Obesidad	50
3ndice de Masa Corporal	51
H3bitos alimentarios	52
Definici3n de los 7 h3bitos de salud:	54
Patrones familiares	55
Evaluaci3n Nutricional	56
Psicoeducaci3n	57
Educa3n en salud	57
CAPITULO III	60
M3TODO	60
PARTICIPANTES	60
Criterios de inclusi3n	61
Criterios de exclusi3n	61
Instrumentos de evaluaci3n y aparatos de medici3n	61
Procedimiento	63
Dise2o utilizado	63
T3cnica de recolecci3n de datos	63
An3lisis de Datos:	65
CAPITULO IV	66
RESULTADOS	66
CAPITULO V	73
DISCUSION Y CONCLUSIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS	92

3ndice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Riesgos de enfermedad asociados al IMC elevado	35
Tabla 2. Enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad	36
Tabla 3. Costos aproximados de gasto de energ3tico	42
Tabla 4. Principios de modificaci3n de la conducta para perder peso	45

Tabla 5. Medias y desviaciones estándar de variables descriptivas.....	67
Tabla 6. Porcentajes de variables descriptivas de los tres grupos	68
Tabla 7. Niveles de autoestima y autoconcepto pre y post intervención	69
Tabla 8. Relación entre IMC y valores iniciales de la autoestima y subescalas de autoconcepto.....	70
Tabla 9. Relación entre IMC y valores finales de la autoestima y subescalas de autoconcepto.....	70
Tabla 10. Prueba de diferencias de rangos en mediciones antes y después de la intervención	71
Tabla 11. Tamaño del efecto sobre el IMC, autoestima y autoconcepto.....	72

Figuras

Figura 1. Modelo Eco-social	34
Figura 2. Representación del sobrepeso y obesidad por regiones económicas	39
Figura 3. Representación del sobrepeso y obesidad por regiones económicas	39

CAPITULO I

INTRODUCCION

La globalización a la que se ha sumado México, ha tenido un impacto en la salud, aunado al progreso que supone el desarrollo también se han tenido que asumir sus problemas (Fausto, Valdez, Aldrete, & López, 2006). La obesidad y la desnutrición son condiciones que México comparte con otros países, ya que gran parte de la población ha modificado sus patrones de consumo, aumentando alarmantemente la ingesta de alimentos ricos en colesterol y grasa saturada. Por otra parte el contexto familiar también es un importante factor ambiental de desarrollo, el cual impacta en los hijos a través de los alimentos y el consumo (Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler, & Vogele, 2009).

En la alimentación, la nutrición tiene implicaciones a largo plazo para la salud; lo que sucede en la infancia, repercute en la adolescencia y en la edad adulta (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso & Arroyo, 2008). El cuidado de la alimentación y nutrición de la familia, forman parte de las actividades para conservar la salud de la misma. Intervenciones en pacientes y familia con el fin de modificar actitudes y comportamientos frente a la alimentación, no tendrían que ser exclusivas de personas que tienen algún tipo de padecimiento sino que también podrían dirigirse a la población sana con la intención de prevenir futuras complicaciones en la salud de las personas (Vidal y Jans 2006).

El efecto de la familia en el comportamiento alimentario de los hijos, sugiere que se enfatice en el cómo se come en la familia, (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso & Arroyo, 2008) es decir la organización que la alimentación tiene y el resultado que esto supone.

Por lo tanto el orden en la alimentación, desde la compra, la preparación y el consumo, se logran en el ámbito familiar, los hábitos que los hijos adquieren

son resultado de una dinámica, la manera en que la familia organiza la alimentación en la casa es tan importante como el qué se come también (Kime, 2008).

Restrepo & Gallego (2005), proponen que compartir los alimentos con la familia en la mesa, da a la dinámica familiar la cohesión necesaria y cultiva un ambiente en donde el hijo tiene un lugar para poder aprender a elegir los alimentos que más le gusten y le convengan. Esto fomenta mejores hábitos en los hijos en lugar de la presión que algunas madres o padres ejercen en el consumo de determinados alimentos. Además, que realizar un mayor número de comidas en familia demostró ser una útil herramienta para incrementar el vocabulario en los menores de 3 y 4 años (Moreno y Galiano, 2006), y para el caso de los adolescentes compartir la comida en la familia los acercaba a un ambiente más seguro y los alejaba de prácticas de riesgo como las adicciones (Moreno & Galiano, 2006).

La familia tiene un papel de principal educadora, promotora y proveedora del cuidado de los hijos (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso & Arroyo, 2008). Entonces el padre o la madre responsables de una familia, constituyen un vehículo y vínculo ideal para promover estilos de vida saludables, además de vigilar el crecimiento y desarrollo de los hijos. Por otro lado, Ogden (2005) propone que el aprendizaje social es aquel que describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio, llamado "modelado" o "aprendizaje observacional".

Un ejemplo de lo anterior es que el riesgo de presentar obesidad en etapas adultas se relaciona directamente con su presencia desde la niñez, la cual se incrementa conforme las personas avanzan en edad (Romero & Vázquez, 2008).

Se han desarrollado investigaciones también, sobre la estructura familiar y hábitos alimentarios en cómo afectan el índice de masa corporal en los hijos, encontrándose que entre valores bajos de jerarquía se asocia a valores altos

del índice de masa corporal (IMC), en los hijos, es decir se asocia a una mayor disfuncionalidad familiar el hecho de comer en exceso (Hasenboehler et al. 2009).

Al respecto, Klesges, Stein & Isbell (1991), mostraron que los niños seleccionaban comidas diferentes dependiendo, de si los padres los miraban o no. Ya que las actitudes de los padres afectan, sin duda a sus hijos, la presión que se ejerce sobre los hijos para que consuman sus alimentos, resulta contrario, al efecto deseado. Los padres que se preocupan por el peso de sus hijos tienden a restringir alimentos (Ducara-Mora, 2011), esto a largo plazo desarrollar un gusto por los alimentos prohibidos.

Vázquez & Reidl (2013), describen también, como la sobrealimentación en los hijos se da porque algunos alimentos se han restringido; este es el caso de las madres que se encuentran a dieta. De hecho la ansiedad que se presenta frente a la comida se asocia también a las conductas controladoras en la infancia frente a la alimentación, Vázquez & Reidl (2013), Una buena nutrición depende de una relación alimentaria positiva y pacífica.

A este respecto, existen investigaciones, que señalan que un ambiente familiar que ofrece pocas destrezas sociales y mayor vulnerabilidad individual, es un ambiente negativo, para el desarrollo (Vázquez, Ruiz, Álvarez & Mancilla 2010). Asimismo, los cuidados dirigidos a los hijos por parte de los padres, durante su crecimiento son fundamentales en la salud mental de los mismos, Vázquez & Reidl (2013) mostraron que cuando se deterioran las principales características del funcionamiento familiar, como la comunicación, entre madres e hijos, este deterioro influye poderosamente en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCANE), en los hijos.

La relación de madre e hijo es también una variable que se ha estudiado, en donde McPhie et al. (2011), observaron que a mayor presión por parte de la madre para que el hijo coma es menor el disfrute de la comida por parte del hijo, y esto parece influir en el peso de los hijos en el futuro.

Así pues si la madre es capaz de identificar el apetito de sus hijos y satisfacerlo, al menos en la etapa de la lactancia (Webber, Cooke & Wardle, 2010), aun habiendo diferencia de consumo entre sus hijos pequeños.

Es por ello que la comunicación en salud con respecto a los padres para ser guía de sus hijos deberá ser lo suficientemente especializada para que ellos puedan atender las necesidades particulares de cada uno. La madre es instrumento invaluable de transmisión de costumbres y hábitos en muchos sentidos de la vida, con la alimentación la madre da a sus hijos el alimento que los ha de nutrir, esto a su vez los hará crecer. En la familia se desarrollan entonces los modelos y patrones culturales que la madre a través de la cocina transmite a su familia (Restrepo & Gallego 2005).

Diversas investigaciones se han realizado para identificar en las madres que las motiva a la elección de sus alimentos, uno de ellos se realizó a través de la photo-elicitación, (relacionado con su identidad frente a los alimentos), (Johnson, Sharkey, Dean, McIntosh & Kubena, 2011). A mayor coincidencia de su identidad las madres ofrecían alimentos mayormente saludables a sus hijos. En esta misma investigación se encontró que, aunque la madre no se alimentara de forma saludable, la intención de dar a sus hijos comida saludable si lo era, sin embargo esto no es suficiente, por lo tanto es necesario enseñar a las madres el cómo y el porqué de una alimentación saludable.

Inclusive en el discurso de las madres de niños con sobrepeso y obesidad que dicen `no tener la responsabilidad sobre los alimentos que sus hijos consumen` (Cabello & Reyes, 2011), ya que ellos sus hijos no se controlan, ante el apetito o el antojo de comer tal o cual alimento, esto denota una falta de orden y control sobre la alimentación y moldeamiento en casa. Restrepo & Gallego(2005), reconocen la gran influencia de la madre, en la compra de alimentos de acuerdo a su capacidad económica, la preparación de acuerdo al tiempo disponible para ello y finalmente los conocimientos de técnicas de preparación y gusto por seleccionar los alimentos es determinante en la nutrición de la familia.

Ahora bien, la forma del cuerpo lo determina el peso (Neumark-Sztainer & cols., 2010). Y este puede causar satisfacción o no, por ello la importancia de trabajar directamente con los padres de familia con el objetivo de que estos (los padres) sean capaces de proporcionar un ambiente familiar de aceptación y respeto ante la imagen de sus hijos e hijas, ya que de lo contrario el señalamiento inclusive del propio peso, y las formas de los cuerpos, hasta en las bromas, lejos de estimular a un cambio positivo ejercen una presión negativa teniendo un mayor descontrol ante la comida e insatisfacción del propio cuerpo.

Las madres han tenido tradicionalmente una fuerte influencia, sobre la transmisión de la imagen corporal, a sus hijas debido a sus ideas por el peso y la alimentación propia. Una madre preocupada por su peso y el tamaño de su cuerpo transmite esta preocupación a sus hijas (Facchini, 2006). A este respecto, Presti, Lai, Hildebrandt & Loebet (2010), reconocen que la influencia de los padres es una poderosa herramienta para afianzar hábitos saludables o no.

Referente a la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con ella, están sumamente relacionadas con la conducta alimentaria, con el riesgo a padecer algún tipo de trastorno, deficiencia o exceso por un consumo inadecuado de alimentos (Facchini, 2006). Esta insatisfacción corporal impacta en la auto descripción y la de sus propias hijas. Facchini (2006), describe que la severa autocrítica y una pobre estima corporal, hace que las madres lleguen a llamarles `cerditas_ a sus hijas por el tamaño del cuerpo, además de quejarse de la realización de ejercicio ya que solo lo practican para bajar de peso.

Davidson, Markey & Birch (2003), en un estudio retrospectivo donde los niños de 5 a 7 años que se preocupaban por su imagen corporal y peso, a los 9 años presentaban restricción alimentaria, acompañada de actitudes alimentarias alteradas independientemente de su peso. Muchas de estas actitudes alimentarias alteradas provienen desde la infancia temprana donde la madre influye y aporta con su propia insatisfacción de imagen corporal y baja autoestima.

Strauss (2000), documentó una fuerte relación entre la baja autoestima y la obesidad en un estudio de adolescentes con obesidad, donde se presentó un 34% con baja autoestima y un 8% en adolescentes sin obesidad. En mujeres adultas que buscan controlar su peso, otra investigación reportó la aparición de síntomas depresivos, insatisfacción corporal y baja autoestima independiente del grado de obesidad (Sarwer, Wadden & Foster).

Koch & Pollatos (2014) señalaron que la nutrición va de la mano con el comportamiento, en un estudio longitudinal midieron la sensibilidad interoceptiva del niño y se encontró que había relación no solo en los niños con sobrepeso y obesidad, ellos reportaron ciertos estímulos emocionales y los relacionaban con los hábitos alimenticios.

Uno de estos estímulos emocionales los detona la autovalía que cada uno tiene, esto lo demostró un estudio retrospectivo longitudinal el cual asoció el aumento de la emotividad y bajos niveles de autoestima, se encontró un mayor índice de masa corporal, en las mujeres adultas. Uno de los objetivos de este estudio fue encontrar la correlación entre dificultades emocionales en la infancia y bajos niveles de autoestima los cuales detonarían un aumento de peso en la adultez, el cual se confirmó para las mujeres en edad adulta (Ternouth, Collier & Maughan, 2009). Un hallazgo muy importante en este estudio fue reconocer que problemas emocionales son predisponentes en el desarrollo de obesidad.

Por otro lado, Pérez-Lancho (2007) pone un gran énfasis en la educación nutricional dirigida a los adolescentes, donde resalta el papel del educador nutricional como la persona encargada de dirigir responsablemente a través del conocimiento para que el adolescente tenga un sentido crítico a la hora de elegir que comer y cómo hacerlo, en este mismo segmento de población (adolescentes) es decir no solamente dar la información de manera acertada y correcta sino de no crear falsas expectativas con respecto a la alimentación, ya que en la adolescencia se tiene una gran influencia social sobre las decisiones que el joven ha de tomar y la alimentación no se escapa de ello.

Haerens et al. (2008) demostraron que los adolescentes que tenían mayor disponibilidad de frutas en casa consumían menos grasa en su dieta habitual.

Genevieve & Marquis (2013), mostraron la necesidad de proporcionar a los padres las estrategias necesarias con el fin de no categorizar a la comida como buena o mala, en su investigación, se demostró que la presión para comer, la restricción de ciertos alimentos y premiar con comida, (PAP, prácticas de alimentación de los padres), no fomenta hábitos saludables sobre la comida.

Es por ello que al medio social se le ha atribuido una gran influencia sobre los cambios producidos en los hábitos alimentarios, tales como horarios irregulares, comidas frente a la televisión, monotonía en la alimentación, comer únicamente lo que es del agrado (Bolaños, 2009). Intervenir en la estructura social es de vital importancia y esta gran estructura empieza en la propia familia. De hecho es más significativo el funcionamiento familiar que el nivel socioeconómico (Rodríguez, Novalbos, Martínez, Escobar & Castro, 2004), para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

En nuestra cultura, por lo general la madre o, en su ausencia, familiares, tutores, abuelita, etc., es la encargada del cuidado del niño. Es ella quien decide qué va a comer el pequeño; cómo, cuándo y dónde hacerlo (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso & Arroyo, 2008). Hacia ella, entonces o hacia el responsable del cuidado del niño, se debe dirigir la orientación para brindarle los elementos necesarios que le permitan desarrollar de la mejor manera posible, la tarea que ya realiza.

Estamos pagando un precio muy alto por los malos hábitos alimentarios y por el consumo de los alimentos poco convenientes para nuestra salud (Campillo, 2006), muchos de estos hábitos se alejan de lo que nuestro cuerpo está diseñado para comer, es decir, que hoy en día las circunstancias ambientales y la alimentación someten a nuestro diseño evolutivo a un uso inadecuado y el organismo responde a esa presión con enfermedad; Gutiérrez y colaboradores en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), revelan la

preocupación que tiene el estado con respecto a su población por el impacto a la salud de la evaluación nutricional y el estilo de vida de cada individuo.

Así mismo en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se proponen programas a nivel estatal y nacional dirigidos a la población escolar y a la población en general donde se invita a la activación física, la alimentación equilibrada y a un control del peso. Por lo que el Poder ejecutivo federal en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, propone diversas iniciativas tanto en el ámbito de salud como educación y en conjunto con grupos académicos expertos, empresas, instituciones cuyo objetivo es contribuir a la promoción de la salud y prevención tanto de la malnutrición por exceso como de las enfermedades asociadas a ella (diabetes, hipertensión, cardiovasculares y otras).

Además de tomar en cuenta la forma en que nos alimentamos y para una mejor aproximación al problema del peso, el cual impacta en el estado nutricional también tendremos en cuenta, la autoestima y el auto concepto factores psicológicos, que se relacionan con la conducta frente a la alimentación.

Definición del Problema

México tiene una larga historia de intervenciones, programas, ayudas y políticas dirigidas a los grupos vulnerables de la población. Sin embargo en su gran mayoría son de carácter emergente, (dirigidos a la obtención de alimentos, distribución o producción) (Barquera, Rivera-Donmarco & Gasca-García, 2001). Es decir, atienden el problema ya existente; pocos programas y campañas se han diseñado para la prevención y obtención de hábitos saludables (Martín, 2007), esperando que con campañas informativas cambie el estilo de vida de las personas.

El cuidado de la salud es un proceso continuo, (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Páez-Lizaso & Arroyo, 2008). A diferencia de las acciones para solucionar los problemas relacionados con la salud (carácter emergente), tiene un carácter permanente. De ahí la importancia de obtener una orientación adecuada de todo el personal del área de la salud (médico, nutriólogo, psicólogo, enfermeras, etc.).

El presente trabajo pretende explorar cuánto tanto cambio se puede lograr a través de la psicoeducación dirigida a pequeños grupos de población, específicamente a mujeres, donde se puedan enseñar, aclarar, desengañar o implementar conocimientos acerca de la nutrición y los hábitos alimenticios adecuados.

A este respecto en México existe una gran tradición en cuanto a la cocina es muy probable que en la actualidad las mujeres, madres de familia cocinan como se les ha enseñado por generaciones, (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, 2010) pero es válido plantearse ¿la información que se da a través de los medios de comunicación es tomada en cuenta para cambiar hábitos y comer más saludable?, ¿las campañas, por radio, T.V. y prensa escrita son suficiente para educar y enseñar hábitos a la población en general?

Existe en la actualidad una gran publicidad sobre alimentos y productos para el consumo. Sin embargo, no todo lo que se vende es bueno para la salud, pero ¿quién se lo dice al consumidor? Si, existen instancias, pero no son de divulgación popular, como la publicidad de casi cualquier producto.

Será muy útil saber cómo se puede atender a la población de una manera efectiva, en sus necesidades de conocimiento, además de la relación que guarda el auto concepto y la autoestima con el estado nutricional y con la decisión de que alimentos consumir.

En base a lo expuesto anteriormente, nos planteamos que tanto, la psicoeducación en nutrición mejora el estado nutricional y si el auto concepto y la autoestima inciden en el mismo.

Justificación de la Investigación

La conducta de las personas frente a la alimentación se relaciona con una serie de hábitos que determinan la forma en que eligen sus alimentos, los prepara, los sirve, distribuye y consume (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso & Arroyo, 2008), (Alzate, 2012), por lo que la salud de las personas es producto de la interacción entre la genética, factores ambientales y psicológicos. Esta suma de factores también representa el Estado Nutricional de las persona (Suverza & Haua, 2010).

La familia es la parte más importante dentro de la parte ambiental y una de las razones de la alimentación, es nutrir al organismo y la familia alimenta y nutre no solo con alimentos.

Lo anterior nos lleva a mencionar que hay variables que no son del área de la nutrición pero si inciden sobre la conducta a la hora de alimentarse, una de estas variables es el auto concepto, definido como la descripción que se hace de sí mismo y la autoestima como la autovaloración de esta descripción (González, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (2014) publica que la malnutrición por exceso o deficiencia en la ingesta, además de generar un desequilibrio metabólico, impacta en el desarrollo y reduce la actividad física, esto disminuye a su vez la resistencia de infecciones, aumenta la morbilidad, conduce a la invalidez e incluso a la muerte. Döring et al. (2014), describen que las enfermedades crónicas asociadas con la dieta y los estilos de vida, tales como diabetes, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y dislipidemias, aumentan de manera importante en prevalencia y como causas de mortalidad.

Es por ello, que a través de la alimentación, se podrán controlar todas estas enfermedades. Esto constituye una de las principales estrategias para la prevención y control de las enfermedades crónicas, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se especifica que la alimentación y consecuentemente, los hábitos alimentarios saludables, son pilares fundamentales de la salud individual y colectiva de la población.

Por estas razones es muy importante que se oriente y atienda al segmento de la población que representan las mujeres y madres de familia, para prevenir los riesgos así como para apoyar a enfrentar la situación del estado nutricional en el que se encuentren ellas y sus familias.

Alzate (2012), reconoce que aunque en el concepto ambiental, se incluye a la familia, la escuela y por supuesto a los medios de comunicación, los cuales juegan un papel relevante en la formación de la persona, la colaboración no es coherente en estos tres medios ya que no tienen objetivos comunes, es por ello que la intervención temprana en los hijos de manera conjunta por parte del sector salud y familia ha demostrado ser una interesante e importante aportación a la atención de la pandemia que representa la obesidad (Döring et al., 2014), crítico problema de salud pública a nivel mundial, incluir en los servicios preventivos de salud la orientación alimentaria necesaria a los padres, para que a su vez ellos ofrezcan a sus hijos una alimentación saludable es prevenir, en los hijos los futuros efectos de una alimentación deficiente.

Así como una deficiente autoestima representaría un factor de riesgo para la salud, toda vez que no hay un equilibrio emocional provocando estados de ansiedad, depresión e incluso un sistema inmunológico deplorado por una profunda enemistad y falta de aprecio hacia sí mismo (Perea, 2004).

Gutiérrez et al. (2012), en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, revelan que en México, subyacente al proceso de transición donde la población presenta un aumento inusitado del índice de masa corporal y por otro lado también existe un importante número de mexicanos viviendo con desnutrición.

El caso de la población femenina indica uno de los aumentos más rápidos documentados a nivel mundial ya que de 1988 a 2012, el sobrepeso y la obesidad en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3%.

Por estas cifras podríamos considerar a este segmento de la población en riesgo. Y de no hacer nada, podrían ser más de seis mil quinientos millones de dólares al final de esta misma década, y el costo hacia el futuro se hace realmente incalculable; cuando esta población envejezca considerando que, México tiene una población con una edad promedio de 27 años y al ir acompañada de diversas comorbilidades, su atención podría resultar simplemente incosteable para el sistema de salud (Gutiérrez et al. 2012).

Por último, es fundamental considerar el importante papel de las mujeres en el sostenimiento de la economía, la salud, la educación... del núcleo familiar. Cualquier programa que tenga en cuenta a la mujer y su formación tendrá más posibilidades de éxito. (Montoya, 200

Objetivo General

El estado nutricional de la población debe reconocerse como un indicador fundamental del desarrollo en un país y considerando que México es un país con 112 336 538 de habitantes y 24 803 625 hogares, de los cuales en el estado de Nuevo León son 185,078 hogares, donde la jefa de familia es una mujer (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2014), resulta de gran relevancia atender a este sector, ya que la influencia sobre su familia es trascendente.

Es por ello que el presente estudio pretende contribuir con estrategias, que ayuden a la población femenina sean madres de familia o no, siempre ser buenas, modelos o educadoras. Ser una mujer con habilidades, capacidades y estrategias para cuidar de su propia salud y la de su familia

Objetivo general:

Determinar el efecto de la psicoeducación nutricional sobre el estado nutricional en mujeres y sus niveles de auto concepto y autoestima.

Objetivos específicos:

1. Determinar estado nutricional de las mujeres
2. Determinar nivel de auto concepto y de autoestima en las mujeres antes y después del tratamiento
3. Establecer la relación entre auto concepto y autoestima con el estado nutricional de las mujeres antes y después del tratamiento
4. Evaluar la diferencia en las variables después la intervención,
5. Evaluar el efecto del tratamiento psicoeducativo sobre el auto concepto, autoestima y estado nutricional de las mujeres.

Hipótesis

Partiendo de la revisión de la literatura, se presentan las siguientes hipótesis en relación con cada objetivo:

El objetivo 1 como solo implican determinar niveles no amerita hipótesis.

En relación al Objetivo específico 2 se hipotetiza que:

Los niveles de auto concepto y autoestima de los participantes son incrementados por el tratamiento psicoeducativo.

En relación al Objetivo específico 3 se hipotetiza que:

Los niveles altos de auto concepto y autoestima están relacionados con un mejor estado nutricional en las participantes

Los niveles bajos de auto concepto y autoestima están relacionados con sobrepeso y obesidad.

En relación al objetivo específico 4 se hipotetiza que:

Después de la intervención conocer cuál de las variables fue más sensible a la intervención.

En relación al Objetivo específico 5 se hipotetiza que:

Tras la intervención se refleja una mejora en la adecuación de los hábitos alimentarios, en una disminución de los índices de masa corporal y mejora en el estado nutricional con mayores valores y niveles de auto concepto y autoestima. El conocimiento adquirido sobre hábitos alimentarios correctos, nutrición y alimentación se relaciona con el estado nutricional de las participantes.

Limitaciones

Una de las primeras limitaciones con las que se encontró esta investigación, fue la falta de cooperación de dos instituciones educativas privadas y una pública a las que se les solicitó la difusión entre las madres de familia para que se integraran a la psicoeducación nutricional al no permitir la invitación a las madres de familia, argumentando la falta de espacios para la impartición de la psicoeducación nutricional. Por lo que se recurrió a difundirlo entre grupos ya formados, también llamados "naturales", uno dentro de un fraccionamiento privado (amas de casa), otro grupo de corredoras (amas de casa con actividad física regular) y en una Universidad pública (maestras y alumnas). Otra de las limitaciones es la falta de recursos financieros o contar con patrocinadores que pudieran aportar productos alimenticios y se pudiera ofrecer un desayuno o bocadillos que aportaran motivación en la asistencia, de las participantes.

Al ser una muestra no aleatoria el número de participantes en cada grupo fue diferente no fueron homogéneos.

Delimitaciones:

La psicoeducación nutricional se llevó a cabo durante 2 meses y medio, 1 sesión semanal de 3 horas. En el caso de las amas de casa una de las

participantes prestó su casa, en el fraccionamiento privado. El mismo tiempo se llevó la psicoeducación con las corredoras en uno de sus domicilios y finalmente; en la Universidad pública se consiguió un aula para impartir la psicoeducación en 10 semanas. Los resultados solo se podrán suscribir a la muestra utilizada, no podrán ser generalizados, ya que se contó con una muestra de conveniencia, de nivel socioeconómico medio y medio alto, dentro del área metropolitana de Monterrey.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

POBLACION

Sobrepeso y Obesidad a nivel mundial

La diversidad económica y socio-demográfica de la sociedad actual conlleva una gran variabilidad nutricional y/o alimentaria, donde pueden convivir problemas tan contradictorios como obesidad y sobrepeso (OMS, 2014) asociados a una sobrealimentación, con malnutrición y desnutrición, debido a una ingesta deficiente de alimentos, energía y nutrientes. Mil millones de adultos tienen sobrepeso, y más de 300 millones son obesos. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema limitado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2014)

Según estimaciones del World Food Programme (2009), actualmente 1 de cada 7 habitantes del planeta pasan hambre y más de 1020 millones de personas están desnutridas en todo el mundo, la desnutrición lleva asociada la muerte de millones de personas por falta de alimentos, alcanzando niveles críticos en áreas rurales, con mayor porcentaje de pobreza, y afectando principalmente a mujeres embarazadas, lactantes, niñas y jóvenes. Datos bastante significativos son que, mientras aproximadamente un 25% de la población mundial está bien alimentada o sobrealimentada (en Europa, Norteamérica, Japón y algunas minorías privilegiadas), alrededor de un 15% recibe una ingesta energética suficiente pero con deficiencia proteica; un 20% recibe una alimentación deficiente, tanto desde el punto de vista energético como de ingesta de proteínas: aproximadamente el 30% corresponde a población con una ingesta calórica inferior a 2000 Kcal/día y una ingesta de proteínas de origen animal inferior a 5-10 g/día

Datos del INEGI (2014), nos muestran que México, en la actualidad cuenta con una población de 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 4 653 458 son habitantes del estado de Nuevo León, de esta población el 49.9% representa a los hombres y el 50.1% a las mujeres. Entre las mujeres se detecta que a partir de los 24 años una mayor prevalencia de enfermedades hasta casi los 60 años, y en adelante es parecida entre ambos sexos (ENSANUT 2012).

Población Infantil, adolescente y adulta con sobrepeso y obesidad

En el mundo hay más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso. La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Los niños con sobrepeso tienen muchas probabilidades de convertirse en adultos obesos y, en comparación con los niños sin sobrepeso, tienen más probabilidades de sufrir a edades más tempranas diabetes y enfermedades cardiovasculares, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad (OMS, 2014).

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en el estado de Nuevo León según la ENSANUT (2012), fue del 13.2% para niños menores de 5 años de edad y para niños de 5 a 11 años fue del 40.2% (20.4% sobrepeso y 19.6% obesidad). Por otro lado la anemia en niños de 1 a 4 años edad fue de 20.2%, para el grupo de 5 a 11 años se encontró el 13.5%, para los adolescentes se encontró que el 8.6% presentó anemia dentro del rango de 12 a 19 años, de estos datos se observó una mayor prevalencia en el área urbana que en el área rural (ENSANUT, 2012).

En Nuevo León

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en el estado de Nuevo León según la ENSANUT (2012), fue del 13.2% para niños menores de 5 años de edad y para niños de 5 a 11 años fue del 40.2% (20.4% sobrepeso y 19.6% obesidad), la población mayor de 20 años presenta una prevalencia de sobrepeso en hombres de 77.25% y mujeres de 74.3% mientras que de obesidad fue de 33.3% en hombres y en mujeres de 45.5%. Estas cifras aumentaron en relación del 2006 para el 2012 la ENSANUT registro un aumento de 8.2% en hombres y 1.8% para mujeres del estado de Nuevo León.

ETIOLOGIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Entre la diversidad de factores que contribuyen a la etiología del sobrepeso y la obesidad están los Biológicos, Psicológicos y Sociales: Todos ellos pueden contribuir, de una u otra manera, al desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto de energía que favorece la acumulación de grasa.

a) Explicación Biológica

Se calcula que del 40 al 70% de la variación de la obesidad en las poblaciones es hereditaria, los antecedentes genéticos tienen una gran influencia en el riesgo de desarrollar obesidad, según los demuestran diversos estudios de epidemiología genética y epidemiología molecular. La existencia de uno o varios miembros en una misma familia con obesidad severa ha planteado la probable implicación de factores genéticos en la aparición de este cuadro a edades tempranas. Así, se ha podido determinar como el riesgo de padecer obesidad extrema a lo largo de la vida (IMC > 45), se multiplica por 7 cuando uno de los progenitores la padece (Hernández 2011; Serene et al. 2011)

En m@s, estudios sobre familias han puesto de manifiesto índices de heredabilidad para el total de grasa corporal que varían desde el 20 al 80%. En el caso del patrón de distribución graso corporal, su estimación de heredabilidad para la proporción cintura-cadera varía del 28 al 61%, y desde un 29-82% para la circunferencia abdominal (McCormack et al. 2011).

De acuerdo con la primera ley de la termodinámica, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el gasto y el aporte de energía. Esta energía procede, en el caso de nuestro organismo, de los alimentos: carbohidratos, proteínas y grasas, (Badman, 2005). Los carbohidratos son el primer escalón en el suministro de energía. Cuando el consumo de carbohidratos excede los requerimientos, estos se convierten en grasas. En ausencia, o con niveles muy bajos de glúcidos, las grasas son movilizadas siendo utilizadas para la producción de energía. A este proceso se le conoce como lipolisis y en él, las grasas son convertidas en ácidos grasos y glicerol.

De este modo, el cuerpo humano cumple las leyes físicas representadas por este primer principio de la termodinámica, según el cual la energía ni se crea ni se destruye, solo se transforma. Todo exceso de energía introducida cambia la energía interna del organismo y se transforma en energía química, y como principal almacén está el tejido graso (Lowell, 2000).

La influencia del genotipo en la etiología de la obesidad por lo general se ve atenuada o exacerbada por factores no genéticos (Casanueva et al. ,2008) o termodinámicos antes mencionados.

Cabe señalar que existe la obesidad secundaria a otros procesos, ya sea de índole endocrino o farmacológico, como el caso de la diabetes, hipotiroidismo, síndrome de cushing y del uso de cortisona o esteroides (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).

b) Explicación Psicológica

Desde el abordaje psicológico el enfoque cognitivo conductual es el que más ha abordado el problema del sobrepeso y obesidad, trabajando con la modificación de los hábitos alimenticios y pensamientos negativos o equivocados acerca de la alimentación o de la manera correcta de alimentarse. Hábito significa costumbre, es decir, comportamiento repetitivo o habitual. Los hábitos alimentarios son las tendencias a elegir y consumir unos determinados alimentos y no otros. Los hábitos no son innatos y se van formando a lo largo de la vida. La característica de los hábitos alimentarios es que la mayoría de ellos se adquieren durante la infancia, durante los primeros años de la vida, consolidándose después durante la adolescencia (Planchta-Danielzik, Landsberg, Johansen, & Møller, 2010).

Es decir, que la mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres que se han formado muchos años antes, motivo por el cual, resulta tan difícil de cambiar en algunos casos (The University of Chicago Pritzker School of Medicine, 2009).

AUTOESTIMA

La autoestima es la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sí mismo, esta valoración se acompaña de sentimientos de valía personal y autoaceptación; cuya falta, escasez o posesión determinan el comportamiento (González, 1999).

Una característica de la autoestima es la autoaceptación, aclarando que al autoaceptarse se asumen pensamientos, sentimientos y conductas de manera realista y veraz, lo cual hace que se integren los aspectos positivos o más valorables junto con las limitaciones o aspectos menos valorables. Esto es un elemento, indispensable para el cambio terapéutico (Burns, 2000 en González,

1999). Lo anterior supone que una persona con auto aceptación se considera responsable de su comportamiento, no busca la explicación a sus fallos, frustraciones, caídas o fracasos en el exterior o en los demás. Siendo capaz de aceptar críticas y sugerencias, sin temor a sentirse mal o disminuido su valor. De todos los juicios que hacemos a lo largo de la vida, no hay ninguno tan importante como el que hacemos sobre nosotros mismos.

Al entenderse la autoestima como la valoración positiva o negativa de sí mismo, esta ejerce una gran influencia sobre su salud, ya que al tener una tenue o negativa autoestima, ira acompañada de trastornos psicológicos de origen neurótico, lo cual dificultar el desarrollo integral de la persona (Perea, 2004).

Una deficiente autoestima representaría un factor de riesgo para la salud, toda vez que no hay un equilibrio emocional provocando estados de ansiedad, depresión e incluso un sistema inmunológico deplorado por una profunda enemistad y falta de aprecio hacia sí mismo (Perea, 2004). Esto influye en la ausencia de hábitos de salud.

La autoestima no se desarrolla de la misma manera entre hombres y mujeres, durante la adolescencia, existe una diferencia sobre todo en mujeres de entre 16 y 17 años donde esta se ve disminuida, no siendo así en los varones. Los hombres al comparar sus logros obtenidos con sus iguales se sienten más satisfechos. Las mujeres por su parte se autoevalúan por las opiniones de las personas más significativas para ellas (Rodríguez, Caizo, 2012).

En este sentido Aramburu & Guerra, 2001 en Moreno & Ortiz 2009, comentan que la autoestima es como un indicador en el que la persona se siente incluida o no en la sociedad por lo que una de las funciones de la autoestima es la de protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

Ortuzo (1978) en Moreno & Ortiz (2009), describe a las personas que presentan una autoestima alta, tienen un mayor control de sus impulsos, son constantes en la búsqueda de soluciones constructivas, poco agresivos, se autoafirman y en general muestran una actitud positiva frente a su propio cuerpo (Moreno & Ortiz, 2009).

AUTOCONCEPTO

Es la descripción que se hace de sí mismo, haciendo referencia a aspectos cognitivos; esta descripción puede ser objetiva y/o subjetiva compuesta por múltiples elementos o atributos que las personas identifican, esto precisamente hace una distinción entre una persona y otra (González, 1999).

c) Explicación Social

México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional, es decir la globalización (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2014). En este proceso, nuestro país es considerado como un modelo de éxito económico y de modernidad en Latinoamérica, sin embargo deben analizarse los aspectos positivos que el progreso hacia el status de país desarrollado e industrializado, así como los aspectos negativos asociados a este bienestar alcanzado.

Entre los cambios observados en nuestro país, que pueden tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, la población Mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol debido al alto consumo de grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes.

Estimulada también por la industria alimentaria, donde destaca la publicidad para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta. Es decir que la industria alimenticia oferta productos de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores. Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos.

Generalmente los productos industrializados que se consumen en circunstancias de antojo se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros similares. Asociado a estos cambios se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, resalta entre ellos el sobrepeso y la obesidad entre otros (Fausto, et al. 2006).

Los crecientes cambios en las ciudades han promovido la mecanización creciente de los medios de transporte, esto ha redundado en que se gasta menos energía para transportarse de un lado a otro, los reducidos espacios en las viviendas, las ciudades hostiles con los peatones, es decir ya no se puede caminar por las banquetas o utilizar bicicletas, ya que no es seguro, por la alta circulación de vehículos automotores; la falta de espacios deportivos para que todos puedan practicar ejercicio de manera sistemática y regular ha influido en el aumento del sedentarismo en las personas.

A continuación se presenta un modelo eco-social (Booth, Pinkston & Poston (2005), donde en el centro se encuentra la persona de manera singular y alrededor los distintos niveles, a los que a lo largo de su vida irá incorporándose, influenciado por ellos y el individuo con la posibilidad de modificarlos y participando en ellos también.

Modelo Eco-Social

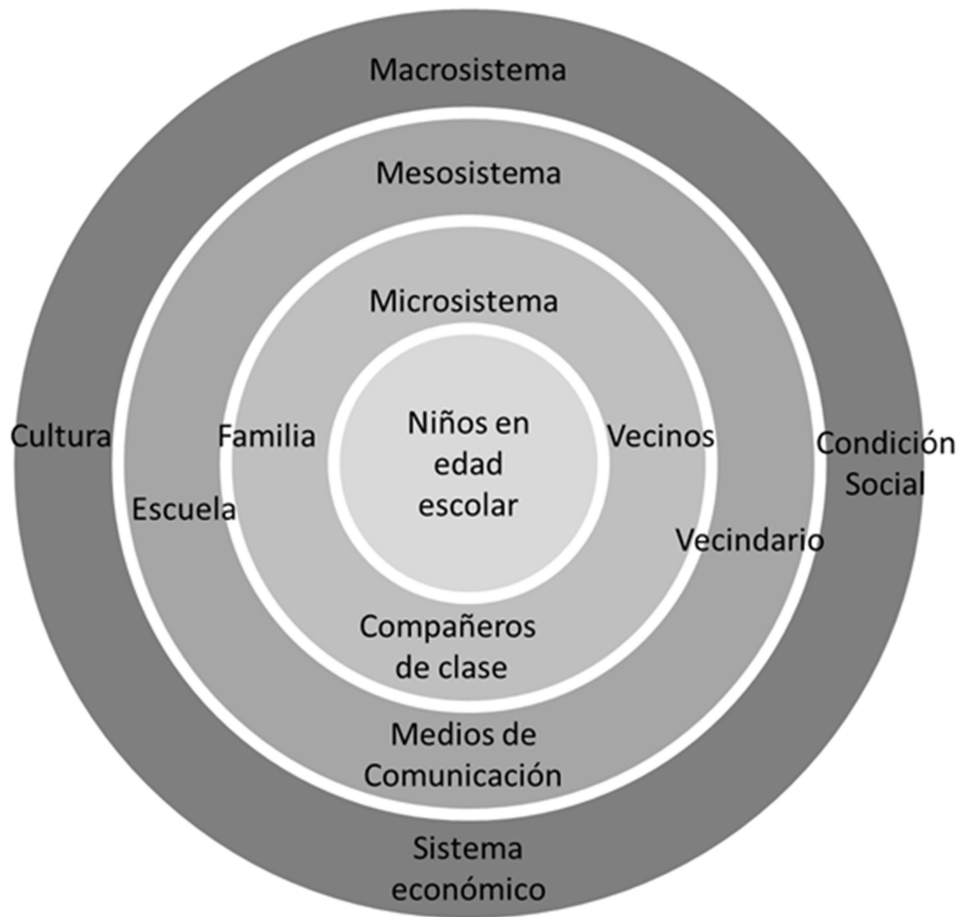


Figura 1. Modelo Eco-social

Factores ambientales que conducen a la conducta individual FUENTE: Booth, Pinkston & Poston (2005).

En el modelo Eco-social, los espacios donde se encuentra el niño, familia, escuela, cultura se le puede llamar niveles: micro, meso y macrosistemas respectivamente. En los espacios donde en el centro está el niño es el espacio singular, luego el particular hasta llegar al general (Breilh, 2003). De esta manera se encuentra en el centro la persona que a medida que crece biológicamente se va extendiendo a los siguientes niveles participando con los compañeros de clase, vecinos hasta ser parte de un sistema económico.

Factores de Riesgo

Individuales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte de 'Prevención de enfermedades crónicas. Una inversión vital', estima que, como mínimo, mueren cada año 2.6 millones de personas como consecuencia de su sobrepeso u obesidad. (Tello, 2012)

Tabla 1. Riesgos de enfermedad asociados al IMC elevado

la /	/[! {lC/! /lh b /hb{9b{h lha 9 !	/[! {lC/! /lh b ha {	w9{Dh 59 /ha hw l{L5! 5 ha {	w9{Dh 59 9bC9wa 95! 5 ¹ 9b w9[! /lh b /hb 9[t 9{h bhwa ! [99[t 9wla 9 ^{aw} h 59 /lb ^α - w! lha 9 !	I ha . w9{ l{zh/a a - w9w9{ l{z9/a	I ha . w9{ l{zh/a a - w9w9{ l{z9/a
! 5 9	. ! w! t 9{h		. ! w!	□	□	
5 9 9 9 9	bhwa ! [t wha 95lh	-	-	
l{zh		{h. w9t 9{h				
9 9 9 9 9	{h. w9t 9{h	t w9 h. 9{h	! - a 9b ^α ! 5h	! - a 9b ^α ! 5h	! [αh	
9 9 9 9 9	h. 9{L5! 5	h. 9{L5! 5 Dw 5h L	a h59w 5h	! [αh	a - 9! [αh	
9 9 9 9 9		h. 9{L5! 5 Dw 5h ll	la t hw ^α ! b ^α 9	a - 9! [αh	a - 9! [αh	
l{zh	h. 9{L5! 5 9 ^α w9a !	h. 9{L5! 5 Dw 5h ll	a - 9! la t hw ^α ! b ^α 9	9 ^α w9a ! 5! a 9b ^α 9 ! [αh	9 ^α w9a ! 5! a 9b ^α 9 ! [αh	

A: Riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular

B: El perímetro de cintura aumentado puede ser un marcador de riesgo mayor, incluso en personas con peso normal

Esta clasificación no es arbitraria, sino el resultado de estudios que demuestran que por encima de 25 de IMC aumentan las probabilidades de eventos relacionados con la enfermedad aterosclerótica y sus consecuencias, como son los cardiovasculares y cerebrovasculares, y las alteraciones metabólicas como la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus, las alteraciones de los lípidos y la hipertensión arterial, sin mencionar las neoplasias y los trastornos del tracto

gastrointestinal (Casanueva et al. 2008).

Tabla 2. Enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad

ENFERMEDAD	DESCRIPCIÓN
ATEROESCLEROSIS	El sobrepeso o la obesidad pueden causar depósitos de placa en las arterias. Consiste en el depósito de una sustancia serosa llamada placa dentro de las arterias coronarias. La placa puede estrechar o bloquear las arterias coronarias y disminuir la circulación de sangre que llega al músculo cardíaco. Esta situación puede causar angina o un ataque cardíaco. (La angina consiste en dolor o molestias en el pecho.)
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)	Con el tiempo, una sección de placa puede romperse y hacer que se forme un coágulo de sangre. Si el coágulo está cerca del cerebro, puede obstruir la circulación sanguínea y la llegada de oxígeno al cerebro y causar un accidente cerebrovascular (derrame cerebral). Entre más alto sea el índice de masa corporal, mayor será el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.
HIPERTENSION ARTERIAL	La presión arterial es la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea sangre. Si esta presión aumenta y permanece elevada bastante tiempo, puede lesionar el cuerpo. Una persona con sobrepeso o con obesidad tiene más probabilidades de sufrir presión arterial alta.
DIABETES TIPO 2	La acumulación excesiva de grasa que se presenta en las personas con sobrepeso u obesidad dificulta la utilización de la glucosa y altera la producción de insulina.
CONCENTRACIONES ALTAS DE COLESTEROL EN SANGRE	Concentraciones anormales de grasas en la sangre, es decir, de tener concentraciones altas de triglicéridos y de colesterol LDL (colesterol "malo") y concentraciones bajas de colesterol HDL (colesterol "bueno").
OSTEOARTRITIS	Se presenta cuando el tejido que protege las articulaciones se desgasta. El exceso de peso puede ejercer más presión en las articulaciones y provocar más desgaste de las mismas, lo cual causa dolor, en cadera, rodillas y espalda.
APNEA DEL SUEÑO	La apnea del sueño es una afección común en que la persona deja de respirar por períodos cortos o tiene respiraciones superficiales durante el sueño. Una persona con apnea del sueño puede tener más grasa almacenada alrededor del cuello. Esta situación puede estrechar las vías respiratorias y dificultar la respiración.
Y SÍNDROME DE PICKWICK	En este síndrome, los problemas respiratorios se deben al exceso de dióxido de carbono (hipoventilación) y a la concentración muy baja de oxígeno en la sangre (hipoxemia)
COLELITIASIS	Cálculos en la vesícula o cálculos biliares son trozos de un material duro como las rocas. Se forman en la vesícula biliar y por lo general están compuestos de colesterol, debido al exceso de este compuesto en sangre.

Familiares

La familia tiene un papel de principal educadora, promotora y proveedora del cuidado de los hijos (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaso y Arroyo, 2008). Entonces el padre o la madre responsables de una familia, constituyen un vehículo y vínculo ideal para promover estilos de vida saludables o no, además de vigilar el crecimiento y desarrollo de los hijos. Por otro lado, Ogden (2005) propone que el aprendizaje social es aquel que describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio, llamado "modelado" o "aprendizaje observacional", esto significa que los hijos aprenden lo que ven en casa.

Los problemas de conducta alimentaria, se gestan desde la familia ya que ésta resulta ser el primer entorno de socialización, es decir la manera de como aprendemos a relacionarnos con el mundo en este caso con los alimentos (Ballester et al. 2012). Algunos comportamientos pueden ser parte de una deficiente autoestima, una excesiva y permanente crítica hacia sí mismo, así como manifestar una tendencia negativa en la explicación de la realidad. Evaluación tensa e inflexible sobre las situaciones, así como conclusiones absolutas afectan también la alimentación y en conjunto a la salud (Perea, 2004).

Este conjunto de hallazgos parece indicar, en definitiva, que tanto una carencia de retroalimentación afectiva positiva y un exceso de retroalimentación negativa, como la falta de consistencia al proporcionar ésta por parte de las personas significativas, contribuyen a generar falta de confianza e inseguridad en el adolescente, lo que resulta perjudicial para su autoestima y salud.

Sociales

Disminuci3n de la Esperanza de vida

Datos que presenta la Organizaci3n para la Cooperaci3n y el Desarrollo Econ3mico (OCDE), de la cual M3xico es miembro junto con otros 33 pa3ses, observ3n en sus estad3sticas sobre la salud 2014, que M3xico tiene la esperanza de vida m3s baja entre todos los pa3ses de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida se increment3 en promedio en tres a3os entre el 2000 y el 2012 en los pa3ses de la OCDE (aumentando de 77.1 a3os a 80.2 a3os), la esperanza de vida en M3xico se increment3 solamente en un a3o durante el mismo periodo (de 73.3 a 74.4 a3os). Por lo tanto, la brecha en longevidad entre M3xico y otros pa3ses miembros de la OCDE se ha ampliado de aproximadamente cuatro a cerca de seis a3os.

El lento progreso en la esperanza de vida en M3xico se debe a los da3inos comportamientos relacionados con la salud incluyendo malos h3bitos de nutrici3n y a las muy altas tasas de sobrepeso y obesidad, como tambi3n, al incremento en las tasas de mortalidad debido a la diabetes y a la no reducci3n en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (riesgos asociados al sobrepeso y obesidad), (OCDE, 2014).

Alzate (2012), reconoce que aunque en el concepto ambiental, se incluye a la familia, la escuela y por supuesto a los medios de comunicaci3n, los cuales juegan un papel relevante en la formaci3n de la persona, la colaboraci3n no es coherente en estos tres medios ya que no tienen objetivos comunes.

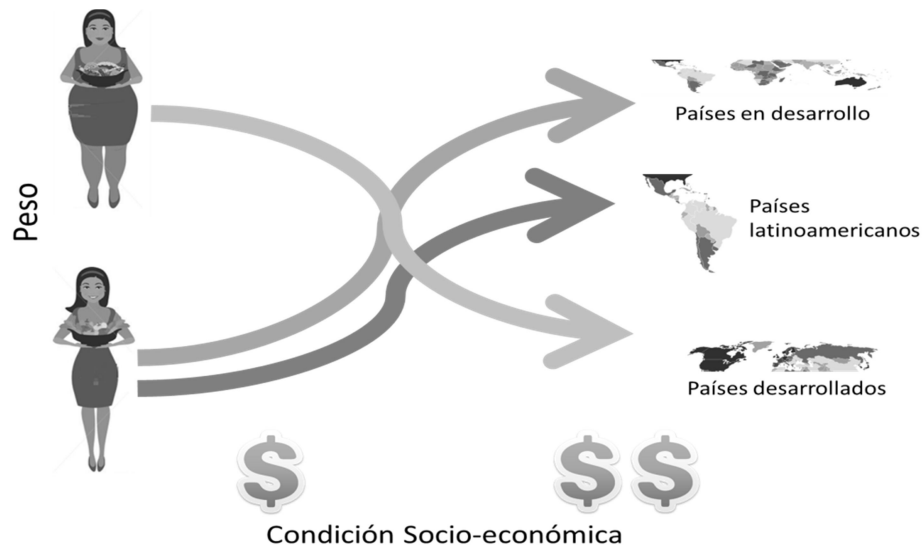


Figura 2. Representación del sobrepeso y obesidad por regiones económicas

Donde Peza & Bacallao (2000), consideran a la obesidad como una de las enfermedades crónicas prevalente de países desarrollados.

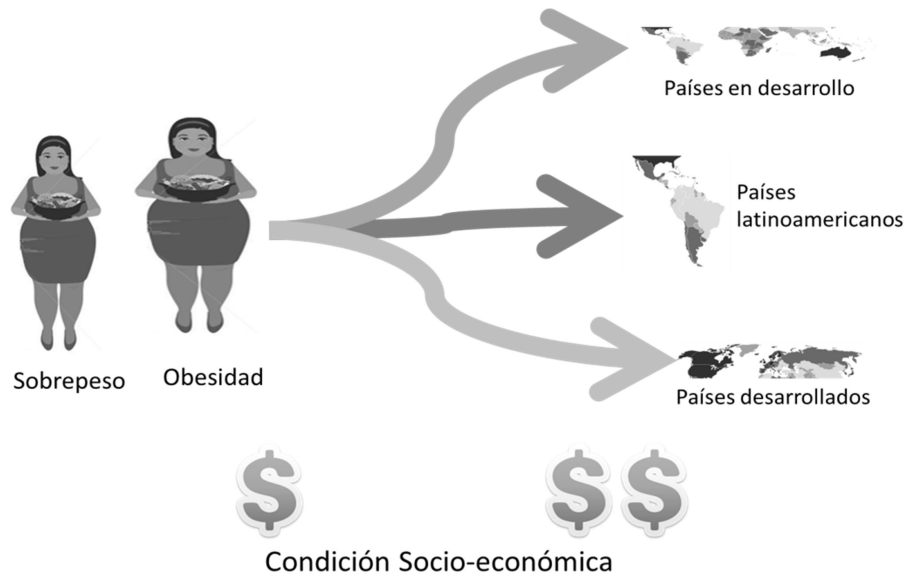


Figura 3. Representación del sobrepeso y obesidad por regiones económicas

Adaptación de la interpretación de Guillen (2013) en Psico-Obesidad 2013, en la que se considera a la obesidad como una consecuencia de la desnutrición también, en las mismas regiones mostradas en la Figura 2, independientemente de la condición socioeconómica.

PROGRAMAS DE INTERVENCION

México tiene una larga historia de intervenciones, programas, ayudas y políticas dirigidas a los grupos vulnerables de la población, sin embargo en su gran mayoría son de carácter emergente, dirigidos a la obtención de alimentos, distribución o producción (Barquera, Rivera-Donmarco y Gasca-García, 2001).

En la actualidad estos programas son enfocados a la promoción de la salud únicamente y de manera poblacional, tal es el caso del Protocolo para la Orientación Nutricional en la prevención y control de enfermedades crónicas, Sobrepeso y Obesidad (Secretaría de Salud, 2012), es una útil herramienta en la atención del sobrepeso y obesidad, dirigidos a personal de la salud para la evaluación del estado nutricional. Este tipo de intervención sería de control individual.

Existe a nivel poblacional en México, la Estrategia Nacional para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Donde considera incluso la cirugía bariátrica como una de las estrategias de abordaje en el caso de la obesidad mórbida.

Por otro lado existe el programa 5 Pasos, que además dentro de las herramientas y estrategias que ofrece, toca las variables psicológicas que son de interés para esta investigación, como la autoestima y el auto concepto. El objetivo del programa 5 pasos es: Promover en la población la adopción de cinco hábitos fáciles de hacer para tener una vida más saludable.

La columna vertebral en la pérdida y el control de peso es el ingreso energético, es decir el consumo de alimentos limitado a un número de calorías necesarias para el buen funcionamiento fisiológico pero sin acumular grasa corporal, estos resultados fueron demostrados por una investigación llevada a cabo con dos grupos de mujeres adultas: síndrome metabólico y obesidad mórbida donde el

control de las calorías fue esencial así como la ingesta reducida de carbohidratos, pero prevalencia de proteína lo cual resulto beneficioso para los dos grupos de personas en la reducción de peso, además de la práctica de ejercicio físico de manera regular, (Lockard, Earnest, Oliver, Goodenough, Rasmussen, Greenwood, & Kreider, 2015).

Por otro lado la práctica de actividad física, es recomendable para todas las personas pero en particular se convierte en la segunda clave para perder peso y mantenerlo, es la actividad física practicada de manera regular la que complementa junto con la ingesta controlada de calorías la pérdida y mantenimiento de peso saludable (Wardlaw, Hampl & Di Silvestro, 2008).

Aumentar la actividad física para disminuir el aumento de peso, en todas las personas, lo mostro un estudio realizado en mujeres que obtuvieron los mejores resultados en evitar un aumento de peso, al tener un grado mayor de actividad física comparada con mujeres que aumentaron de peso durante un año. El simple hecho de aumentar la actividad física diaria, además del control en la ingesta de energía ayuda en la reducción y mantenimiento de la pérdida de peso (Weinsier, 2002).

La adición a cualquiera de las actividades que se describen en la Tabla 3. Al estilo de vida, resulta en un mayor gasto de energía la duración y la realización regular y no la intensidad son las claves para lograr buenos resultados en la pérdida y mantenimiento de un peso saludable (Wardlaw et al. 2008).

Tabla 3. Costos aproximados de gasto energético

Diversas actividades físicas y las proyectadas para una persona de 68 kilos.

ACTIVIDAD	KCAL POR KG POR HORA	
Aerobismo, intenso	8.0	544
Aerobismo, ligero	3.0	204
Aerobismo, mediano	5.0	204
Ciclismo (9 kph)	3.0	204
Ciclismo (12 kph)	9.7	659
Trote mediano	9.0	612
Trote lento	7.0	476
Correr o trotar (16 kph)	13.2	897
Nadar (4 kph)	4.4	299
Voleibol	5.1	346
Caminar (4 kph)	3.0	204
Caminar (6 kph)	4.4	299

Fuente: Adaptación de (Wardlaw et al. 2008) p. 592

La nutrición adecuada sigue siendo la mejor manera de controlar el peso, sin embargo no ha resultado ser suficiente para mantenerlo, es por ello la importancia de considerar la actividad física regular y las variables psicológicas en la obtención de un peso saludable.

No está claro todavía porque algunas personas consumen alimentos densamente calóricos en respuesta a sentimientos y emociones negativas, sin embargo existe la posibilidad ante la inhabilidad de distinguir el apetito frente a emociones o sentimientos que no son claros, como una manera de evadirlos, esto lo muestra un estudio que analizó una muestra de 4,986 adultos con riesgo cardiovascular, quienes mostraron una mayor adiposidad frente a síntomas depresivos, el comer emocional y el no realizar actividad física (Kontinen, Silventoinen, Sarlio-Lähteenkorva, Männistö & Haukkala, 2010).

Es importante considerar que el tema del sobrepeso y la obesidad como materia de estudio e investigación de la psicología es por los estilos de vida y

conducta y por los aspectos socioculturales además de la fuerte influencia del ambiente obesogénico (Psic-Obesidad, 2013). Es por ello que desde la psicología se plantea la siguiente pregunta ¿Realmente puede pasar inadvertida una persona con obesidad o sobrepeso?, la respuesta inmediata es No, ya que se encuentra hacia donde miremos, entonces ¿Por qué tanta indiferencia? En efecto es la indiferencia y otros factores que la acompañan lo que no permite mirar de frente al problema.

Al ser una enfermedad el sobrepeso y la obesidad de origen multifactorial se pueden considerar las siguientes, causas:

1. La persona se niega a aceptar que tiene sobrepeso y obesidad.
2. Detrás del sobrepeso y la obesidad la persona oculta las verdaderas causas de otro tipo de problema como pudiera ser de tipo psicológico o fisiológico, e incluso social entre otros.
3. Las personas no conocen los verdaderos riesgos y complicaciones a largo plazo en su salud.
4. La persona tiene miedo a enfrentar un cambio en su estilo de vida.
5. Ante cierto nivel de ignorancia en la población, ésta obliga a que la mayoría de las personas se resignen a vivir con el problema de sobrepeso y obesidad, sin antes buscar los medios adecuados para tratar este problema individual y de Salud Pública.

Castro (2013), propone 6 pasos para no encontrarse con el sobrepeso y la obesidad y poder prevenirlos a tiempo.

Paso 1 Síguete a ti mismo: Realizando este paso, podrás observarte cada vez que comas y podrás registrar en un cuaderno diario lo que ha consumido de tal forma que pueda responder a las preguntas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Cuánto? Registro de consumo.

Paso 2 Encuéntrate contigo mismo: Después del registro, analizarás de acuerdo a tu plan alimentario las características de tu alimentación, de tal manera que seas capaz de aceptar los desaciertos y justo en ellos trabajar para su modificación. Análisis de consumo.

Paso 3 Mejora o cambia tu estilo de vida: En este paso no solo tendrás que modificar tus hábitos alimentarios, sino también tus hábitos escolares, laborales, deportivos, familiares, y sociales. Modificación de consumo.

Paso 4 Persevera en los nuevos hábitos adquiridos: Después de adquirir nuevos hábitos alimentarios y de otro tipo, la perseverancia será la clave para reafirmar tu voluntad en cuanto a tu nueva alimentación y estilo de vida.

Paso 5 Recuerda que una alimentación es correcta: cuando no te genera riesgo en toda tu vida, un tratamiento nutricional efectivo, jamás pondrá en riesgo tu vida ni a corto ni a largo plazo

Paso 6 Busca a tu nutricionista (o): Quien se complementa con un tratamiento multidisciplinario y así podrás obtener un tratamiento adecuado y personalizado.

La autoestima una de las variables psicológicas, es un factor sensible ya que afecta al ajuste psicológico personal y social; tal que niveles bajos en la autoestima o auto concepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos que afectan la salud de quienes los padece (Garaigordobil et al., 2008 en Rodríguez & Caizo, 2012).

Intervenciones en edad escolar logran tener mayor eficacia dado que viene la retroalimentación de los agentes de influencia social (educadores y maestros), (Rodríguez & Caizo, 2012).

Relación de mindfulness y peso corporal en población adulta francesa mostro, que los factores psicológicos y cognitivos tienen una fuerte relación con la dieta que se consume, esto lo mostro el primer estudio que se realizó a través de la práctica de mindfulness y el peso corporal, donde a mayor puntaje en mindfulness de mujeres presentaban menor obesidad o sobrepeso (Camilleri, Miquel, Bellisle, Hercberg & Plineau, 2015). En este mismo trabajo se encontró que a mayor puntaje en mindfulness las personas comían pequeñas porciones de comida calórica; así mismo se alimentaban sin presiones de tipo emocional o

comer sin control, es importante resaltar que uno de los componentes de mindfulness es no-juzgar, donde las mujeres con mayor puntaje en este apartado al mostrar mayor aceptación de su apariencia y sus pensamientos, el sobrepeso y obesidad que presentaban era menor.

La Modificación de la Conducta, es una tercera estrategia para perder peso, Poston & Foreyt (2010), proponen que la obesidad al ser tratada como una enfermedad crónica, requiere cuidado continuo (permanente), es por ello que la modificación de la conducta es una parte importante en la terapéutica de la pérdida y control de peso.

Tabla 4. Principios de modificación de la conducta para perder peso

COMPRAS	Solo después de comer Con lista en mano Evitar alimentos listos para consumir Posponer la compra hasta que sea estrictamente necesario
PLANES	Sustituir los bocadillos por actividad física Consumir las comidas y los bocadillos en los tiempos programados, no omitir comidas.
ACTIVIDADES	Guardar los alimentos de la vista para evitar consumos impulsivos. Comer todos los alimentos en el mismo sitio Utilizar platos y utensilios más pequeños
DIAS DE ASUETO Y FIESTAS	Limitar el consumo de bebidas alcohólicas Comer un bocadillo antes de ir al festejo Practicar formas amables de declinar ciertos alimentos No desalentarse por un retroceso ocasional
CONDUCTA DE ALIMENTACION	Bajar el tenedor o cuchara entre bocados Masticar muy bien antes del siguiente bocado Dejar un poco de alimento en el plato No se haga otra cosa en tanto se come (leer, ver T.V. etc.).
RECOMPENSA	Planee recompensas para conductas precisas (Contratos de conducta). Solicite ayuda a su familia y amigos a que le proporcionen premios y recompensas materiales Utilice registros de vigilancia personal como base para las recompensas
VIGILANCIA PERSONAL	Anotar hora, sitio, tipo y cantidad de comida Registrar cuándo se encuentra presente y cómo se siente Revisar este diario de dieta a fin de identificar las áreas problema.
REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	Fijarse metas reales Pensar en el progreso no en las fallas Evitar expresiones "siempre y nunca" Contraestimar los pensamientos negativos con afirmaciones positivas
CONTROL DE LA PORCION	Sustituir tamaño de las porciones regulares por tamaños pequeños
CONTROL DEL ESTIMULO	Piense un poco. Ordene la mitad del platillo, guarde un poco para llevar, Compartir con su acompañante la sopa o la entrada,

La farmacoterapia para perder peso ha demostrado ser una efectiva ayuda, pero solo para los pacientes que logran modificar la conducta y controlan el ingreso de energía y aumento de la actividad física. Ya que la farmacoterapia sola no da resultado. Si una persona no pierde al menos 2 kilos después de 4 semanas de tratamiento, no es probable que sea beneficioso el uso adicional de medicamentos (Yanovski & Yanovski, 2002).

Los tratamientos antes descritos no son aplicables para pacientes con obesidad mórbida, o un IMC > 40, por lo tanto se procede a la cirugía bariátrica, este procedimiento quirúrgico o gastroplastia, consiste en reducir el estómago y dejarle únicamente la capacidad de 30 ml., el estómago más pequeño promueve una rápida saciedad y evita el consumo de alimentos sólidos. El éxito de la cirugía en mantener la pérdida del peso a largo plazo, suele dar por resultado una mejora en la salud, reduciendo la presión arterial, así como lograr suprimir la diabetes tipo 2. El riesgo de muerte por la cirugía en sí misma es alrededor del 1% (Deitel & Shikora, 2002).

ESTILO DE VIDA

Desde el punto de vista de Weber y Marx, (en Álvarez, 2012) donde plantean la discusión entre el estilo de vida y el estatus social, donde estatus social es determinado por el acceso a los medios de producción, es decir por la cantidad de bienes sobre los que se tiene control y estilo de vida se basa en lo que consume o se usa y de esta manera se agrupan las personas ya que tendrán estilos de vida similares, precisamente un particular estilo de vida es lo que diferencia a un grupo de otro.

Desde el punto de vista epidemiológico, estilo de vida se asume como el riesgo

al comportarse de una tal manera y esto resulta en algo positivo o negativo para la salud (Elvare, 2012). En resumen se podría decir que es la manera de conducirse, en la forma de actuar y tomar decisiones acerca de la vida propia. Gmez (2011), expone en sus charlas de medicina familiar que, estilo de vida es un conjunto de comportamientos y actitudes que las personas desarrollan, estos pueden ser saludables o nocivos para la salud.

Alimentación

Se hace mención que las dietas correctas deben cumplir con las leyes de la alimentación, como es que sea completa, equilibrada, suficiente, variada y adecuada, promoviendo el consumo adecuado de cada grupo de alimento como el consumo preferible de frutas, verduras de preferencia crudas, regionales y de la estación, fuente de carotenos, de vitaminas A y C, de ácido fólico y fibra dietética; además se debe recomendar el consumo de cereales integrales o derivados y tubérculos prefiriendo los de mayor aporte de fibra dietética y energía, además es de gran importancia leer las etiquetas de los productos para conocer sus ingredientes, información nutrimental, peso y volumen, con el fin de conocer la presencia de tanto deficiencias como excesos en la alimentación (Norma Oficial Mexicana-043-SSA2-2012).

Se recomienda un consumo variado de frijoles y la diversificación con otras leguminosas: lentejas, habas, garbanzos y arvejas, por su contenido de fibra y proteínas y la preferencia del consumo de carne blanca, el pescado y aves asadas, por poseer un bajo contenido de grasa saturada moderando en vez de carne roja, ya que contiene colesterol y grasas saturadas, además de informar sobre las ventajas y la importancia de la combinación y variación de los alimentos, como es el caso de los cereales y las leguminosas, con el fin de mejorar la calidad de sus proteínas; también se recomienda que en cada tiempo de comida se incluyan alimentos de los tres grupos y combinar

alimentos fuente de vitamina C con alimentos que contengan hierro (Norma Oficial Mexicana-043-SSA2-2012).

En respuesta a la seguridad alimentaria programas como el Women Infant Children (WIC), enfocados a apoyar temporalmente a personas de escasos recursos económicos con paquetes de alimentos que suplementen su ingesta diaria de alimentos, los cuales son elegidos por el propio beneficiario de entre una lista de alimentos a su disponibilidad, este tipo de programas por su carácter temporal a poblaciones vulnerables, en el caso de las mujeres embarazadas, lactantes y niños en edad preescolar, además de ofrecer físicamente el alimentos las últimas revisiones a este programa indico también la necesidad de brindar la orientación alimentaria, para que cuando la persona ya no sea beneficiaria del WIC sea capaz de elegir alimentos saludables, este tipo de programas son a la vez un tipo de intervención contra la obesidad (Kong et al., 2013).

Se ha demostrado que hay muchos factores que ayudan a prevenir la obesidad:

- El ejercicio físico regular

- El consumo elevado de fibra alimentaria

- Los ambientes familiares y escolares que fomentan una alimentación y actividades saludables

- Haber sido amamantado en la infancia

También se han identificado algunos factores que podrían aumentar el riesgo:

- Estilos de vida sedentarios, sobre todo trabajos sedentarios y actividades de ocio pasivas, como ver la televisión

- Grandes raciones de alimentos

Consumo elevado de bebidas con azúcares añadidos

La obesidad puede prevenirse fomentando hábitos saludables desde la infancia.

Las personas pueden disminuir el riesgo global de padecer obesidad manteniendo un Índice De Masa Corporal (IMC) saludable y controlando su contorno de cintura.

Hacer ejercicio con regularidad, ya sea de intensidad moderada o alta (por ejemplo, caminar una hora al día), y limitar el consumo de alimentos y bebidas que contengan grandes cantidades de grasas y azúcares también puede disminuir el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad (OMS, 2003).

Nutrición

Se define a la nutrición como el estudio de la totalidad de la relación entre las características funcionales del organismo (comportamiento metabólico) y su medio ambiente, dando énfasis al aporte calórico que proporcionan los alimentos, así como la importancia de una dieta. En 2005, durante la Declaración de Giessen, se propone la tridimensionalidad del concepto de la nueva ciencia de la nutrición la cual es definida como el estudio de los alimentos y bebidas así como la constitución de otros alimentos y de las interacciones con los sistemas biológicos, sociales y ambientales más relevantes (The Giessen Declaration, 2005)

La nutrición en México

En México, los inicios de la nutrición tienen su origen en Mesoamérica con el desarrollo de la agricultura, donde las culturas mesoamericanas tenían grandes bancos de alimentos que abastecían a toda la población. Cabe destacar que esta repartición era de manera inequitativa, donde únicamente las clases

sociales privilegiadas tenían acceso a los mejores alimentos y por ende a una buena nutrición. Con la colonización, el choque entre dos culturas provocó la estructuración de una sociedad desigual donde grandes sectores de la población vivían en condiciones miserables de ignorancia y pobreza, por lo que su poder adquisitivo para obtener alimentos que cubrieran sus necesidades nutrimentales básicas era imposible, por lo que se produce una ola de desnutrición endémica. Casi un siglo después de la Independencia mexicana, José Patrón Correa publicó en 1908 en la Revista Médica de Yucatán un artículo sobre 'la culebrilla' (nombre que se le daba a la desnutrición infantil en el sureste de México, y que se caracterizaba por la descamación de la piel, similar a la muda de piel de muchas serpientes). A partir de este hecho, se originaron investigaciones sobre las propiedades nutricionales de muchos alimentos, pero fue hasta 1943 que se creó el Instituto Nacional de Nutriología (INNu) que después cambió su nombre en 1980 a Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), convirtiéndose actualmente en el órgano nacional más importante en cuanto a investigación en materia de nutrición (Macías, Quintero, Camacho & Sánchez, 2009).

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso se debe al desequilibrio entre los alimentos consumidos y la actividad física. La obesidad es un complejo problema vinculado con el estilo de vida, el ambiente y el trasfondo genético. Los factores ambientales y genéticos realizan múltiples interacciones con los factores psicológicos, culturales y fisiológicos. Con el paso de los años se han propuesto numerosos hipótesis para explicar porque algunas personas presentan sobrepeso, mientras que otras se mantienen delgadas, y porque resulta tan complicado mantener el peso en los individuos son sobrepeso y obesidad que han adelgazado. (Mahan, Escott-Stump, Raymond, 2011)

Obesidad

La obesidad no es sólo un problema estético sino una enfermedad que reduce la esperanza de vida; eleva el riesgo en operaciones quirúrgicas y el parto, y se asocia con mayor frecuencia al infarto del corazón, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tumores, todos ellos padecimientos graves.

Además, muchos obesos padecen un deterioro de su autoestima y son agredidos en su vida social, (Bourges, 2001).

Índice de Masa Corporal

Por otro lado la OMS (1995), definió a la obesidad en base a un consenso de expertos y científicos como un Índice de Masa Corporal > 30 .

Se decidió este umbral debido a la curva de mortalidad en este punto de un gran número de estudios epidemiológicos. Así mismo la OMS definió al sobrepeso con un IMC > 25

Por lo tanto la obesidad: es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2 (OMS, 2014)

En menores 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 Organización Mundial de la Salud. (Norma Oficial Mexicana- NOM-043-SSA2-2005).

Sobrepeso: al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m^2 y menor a $29,9 \text{ kg/m}^2$ y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m^2 y menor a 25 kg/m^2

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se

encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS (2014) en (Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010).

En 1943 la Metropolitan Life Insurance Co., (Metlife,Co.), una de las compañías más grandes de seguros en Estados Unidos, definió peso ideal y porcentaje de sobrepeso con las tablas elaboradas por ellos; con el fin de ajustar tarifas en la contratación de seguros de vida, en relación con el riesgo de mortalidad en hombres y en mujeres. Estas tablas se utilizaron por décadas (Basulto, 2013)

Este indicador se ha convertido en el más utilizado para el diagnóstico de obesidad y sobrepeso, y es definido como: el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros, descrito por primera vez por Quetelet en 1835 en su obra 'Hombre promedio' (Busto, 2013)

Hábitos alimentarios

Hábito significa costumbre, es decir, comportamiento repetitivo o habitual. Los hábitos alimentarios son las tendencias a elegir y consumir unos determinados alimentos y no otros. Los hábitos no son innatos y se van formando a lo largo de la vida. La característica de los hábitos alimentarios es que la mayoría de ellos se adquieren durante la infancia, durante los primeros años de la vida, consolidándose después durante la adolescencia. (Planchta-Danielzik, Landsberg, Johanssen, & Møller, 2010).

Es decir, que la mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres que se han formado muchos años antes, motivo por lo que son tan difíciles de cambiar (The University of Chicago Pritzker School of Medicine, 2009).

Para modificar y corregir los hábitos alimentarios adecuados es más eficaz hacerlo en los primeros años de vida cuando todavía se están formando. Incluso es mejor introducir los hábitos saludables desde el comienzo de la

alimentación variada, entre el año y los dos años de vida, ofreciendo al niño platos saludables y no ofreciendo los alimentos inadecuados (Tremblay et al. 2012).

La adquisición de los hábitos alimentarios está influida por numerosos factores, entre ellos: Los factores económicos, es decir, la disponibilidad de dinero para adquirir alimentos. La seguridad alimentaria en algunos sitios es abastecer o no de alimentos, sin embargo en las zonas urbanas de las grandes ciudades el costo de los alimentos frescos, tales como frutas, verduras y alimentos frescos es elevado y se asocia a un elevado IMC en la población infantil, toda vez que se recurre a comida más económica la cual resultará ser en la mayoría de los casos la comida rápida y bebidas carbonatadas, la característica de esta comida es altamente calórica y vacía de nutrientes (Morrissey, 2014).

Los factores geográficos, con mayor disponibilidad de alimentos frescos en el medio rural. Factores variados como la forma de vida, con o sin disponibilidad de tiempo para preparar las comidas, horarios de trabajo o de clases, tradiciones ancestrales influencia de la publicidad de alimentos, o incluso factores religiosos (Macías, Quintero, Camacho y Sánchez, 2009).

Pero, sin duda, el factor que más influye en la adquisición de los hábitos alimentarios del niño es el medio familiar, los hábitos de los padres que el niño vive diariamente e imita de manera continua por un lado y por otro la atención que recibe de los padres. Una intervención clínica y realizada por un equipo multidisciplinario, a nivel familiar realizada en Tel-Aviv, Israel, resaltó que la condición de los niños que estaban bajo la condición de obesidad y habían participado en la intervención sus cambios positivos permanecieron por más de dos años que los niños que habían presentado sobrepeso, toda vez que los padres de los niños con obesidad eran más conscientes de la condición de los hijos. La poca o nula percepción del sobrepeso de los niños por parte de los padres subestima la condición de riesgo en la que se encuentra el hijo y por lo tanto el apoyo y los hábitos alimenticios no son suficientes para atender la situación de sobrepeso del niño (Endevelt et al. 2014)

Como el resto de normas de conducta o de higiene, los hábitos alimentarios se aprenden y adquieren por repetición, imitando los hábitos de los adultos de su medio familiar y escolar. La educación del niño en normas y hábitos saludables requiere que los posean los adultos (Orozco y Ruiz, 2013).

Las sociedades industriales o desarrolladas han cambiado el estilo de vida con respecto a la antigua sociedad de predominio rural, se ha favorecido el comer fuera de casa con "comida rápida", en detrimento de la comida familiar o tradicional. La incorporación de la mujer al mundo laboral dificulta la elaboración de comidas hechas en casa y favorece la compra de la "comida rápida" (Cabezuelo y Frontera 2007).

La presión propagandística de la potente industria alimentaria, a través de revistas y sobre todo de televisión, también favorece el consumo de comida rápida preparada. El exceso en el uso de televisión se ha correlacionado con un incremento en la prevalencia de la obesidad en la infancia y en la adolescencia por dos factores: por un lado conduce a un aumento de calorías en la dieta (snacks, bollería industrial, comida rápida) y por otro lado fomenta la inactividad. En ocasiones provoca en los niños un "picoteo" de alimentos e incluso, en adolescentes con trastornos alimentarios, reacciones bulímicas (Cabezuelo y Frontera 2007).

Definición de los 7 hábitos de salud:

Belloc y Breslow en 1972 mostraron en un estudio realizado en el estado de California, donde participaron más de 7,000 habitantes que indicaran cuales eran los 7 hábitos de salud que practicaban, que enfermedades habían padecido, así como la frecuencia de enfermedad, la observación llevó a concluir que entre más hábitos de salud habían practicado estas personas, menos enfermedades habían tenido y mejor se habían sentido.

Se siguió por 9 a 12 años a los habitantes de esta ciudad y se observó que los hombres y las mujeres que siguieron de 0 a 3 hábitos tenían una tasa de

mortalidad del 43% frente a los que practicaban los 7 hábitos de salud con un 28% de tasa de mortalidad.

A continuación se enlistan los 7 hábitos de salud que se tomaron en cuenta en dicha investigación y de los cuales se consideran en este trabajo:

Dormir diariamente de 7 a 8 horas

No fumar

Desayunar todos los días

No tomar más de una o dos bebidas alcohólicas por día

Hacer ejercicio de manera regular

No comer entre comidas

No tener más de 10% de sobrepeso

Patrones familiares

La influencia de las madres sobre sus hijos es mayor que la de los padres en relación con su imagen corporal esto lo indicó una investigación realizada en la ciudad de Bogotá se podría decir que las hijas se sumergen en una subcultura por estar delgadas y esto es debido al rechazo que las madres expresan sobre sus propios cuerpos lo cual afecta directamente a las hijas (Engel, Gómez, & León, 2001).

La relación que existe entre el peso de la madre y el peso del hijo es una situación muy interesante de abordar ya que cuando la madre tiene sobrepeso u obesidad tiene menor sensibilidad al reconocer el mismo problema en su hijo y por lo tanto haría menos acciones que lo lleven a obtener un peso saludable, la no adecuada percepción del sobrepeso en el hijo por parte de la madre le resta al hijo un apoyo u oportunidad de salud (Flores, Cárdenas, Trejo, Évila, Ugarte, & Gallegos, 2014).

En resumen, el uso parental de las prácticas de control sobre la alimentación se ha asociado con trastornos en la capacidad de los hijos para regular la ingesta

de alimentos (Haycraft, Goodwin, & Meyer, 2013), por lo que conlleva al desarrollo de actitudes y comportamientos alimentarios desordenados

Evaluación Nutricional

Para la evaluación del estado nutricional uno de los principales componentes es la evaluación antropométrica, proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia de aporte de macro nutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla. Deben ser efectuadas por estándares de referencia (Timmons et al., 2012).

La evaluación antropométrica consiste en la obtención de mediciones corporales que se comparan con valores de referencia y permite cuantificar alguno de los comportamientos corporales. El peso y la talla son las medidas más utilizadas en la evaluación nutricional de los individuos; estas son dimensiones confiables, fáciles de obtener en cualquier servicio de salud y no resultan molestas para el individuo. El indicador más simple de obesidad, sobrepeso o deficiencias en la nutrición es el IMC (Suverza & Haua, 2010)

Composición Corporal

La Composición corporal se emplea junto con otros factores para obtener una descripción precisa del estado global de salud de una persona. Las diferencias en el tamaño del esqueleto y la proporción de masa corporal magra influyen en las variaciones del peso corporal de personas de altura similar (Suverza & Haua, 2010).

Es importante tomar en cuenta lo siguiente:

Peso: El peso como parámetro aislado no tiene validez, debe expresarse en función de la edad y de la talla. (Mata, 2009).

Talla: La talla también debe expresarse en función de la edad y del desarrollo puberal. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, por lo tanto, debe ser repetida, aceptando una diferencia inferior a 5 mm entre ambas mediciones (Mata, 2009).

Psicoeducación

La educación y la salud se han unido en beneficio de los pacientes. Cuando se educa, se desarrolla en los individuos conductas sanas para evitar daños a la salud, propia y de la comunidad, (López, 2011). La prevención primaria no es la única modalidad de educación; abarca desde medidas para evitar la aparición de enfermedad, la prevención secundaria que limita los daños y la prevención terciaria que rehabilita las capacidades y funciones comprometidas por dichos daños. El término `psicoeducación` ha sido popularizado por los psicólogos clínicos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y por el Trabajador Social Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburgh, para referirse a una serie de principios metodológicos. El punto de partida del trabajo psicoeducativo lo constituyeron las necesidades de las familias de los enfermos de esquizofrenia, en la actualidad la psicoeducación se aplica a distintos ámbitos de la salud (López, 2011).

Educación en salud

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar (Ozga, 2010). Por lo tanto la educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes

La Educación para la Salud (EpS). Aunque no se tiene una fecha exacta de cuando empezó esta disciplina, en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud se define a la EpS como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite. Cabe destacar que en el desarrollo de esta disciplina se dieron lugar dos enfoques de la EpS; el primero se caracterizó por ser informativo prescriptivo, el cual implicaba un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva que consistía en orientar actividades educativas y en donde los profesionales de la salud son los únicos que poseían los conocimientos; el segundo enfoque surgió como producto de la preocupación de la medicina por la conducta y sus resultados en la salud, en este sentido se concebía a la EpS como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida cuyo objetivo era conseguir comportamientos saludables, ambos enfoques dieron lugar a la concepción de la EpS como cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y Promoción de la Salud (Macías, Quintero, Camacho y Sánchez, 2009).

Alzate (2012), reconoce que aunque en el concepto ambiental, se incluye a la familia, la escuela y por supuesto a los medios de comunicación, los cuales juegan un papel relevante en la formación de la persona, la colaboración no es coherente en estos tres medios ya que no tienen objetivos comunes.

En este sentido la EpS constituye uno de los medios más efectivos para modificar creencias, costumbres y hábitos negativos de la comunidad, además de proporcionar orientación a la sociedad en relación con los medios para promover, proteger y fomentar la salud. El campo de la EpS es muy amplio y dentro de la está incluido la nutrición. (Macías, Quintero, Camacho y Sánchez,

2009)

Aunque la EpS tiene una función preventiva y correctiva sus principales propósitos son la prevención de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles (crónicas) Y la promoción de estilos de vida saludables, que van a dar como consecuencia una buena calidad de vida (Macías, Quintero, Camacho y Sánchez, 2009)

Parece claro que la educación para la salud tiene como principal finalidad la mejorar cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas que estas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable; por otra parte el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque si condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que la acción educativa, debe orientarse, no solo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto sino también a los propios hábitos y tendencias (Perea, 2004). Por lo que uno de los propósitos de este trabajo fue el de evaluar el auto concepto y la autoestima para correlacionarla con el estado nutricional antes y después de una intervención psicoeducativa.

CAPITULO III

MÉTODOS

La pretensión del presente trabajo de investigación es determinar la mejora del estado nutricional de las participantes, tomando en cuenta los hábitos alimentarios, relacionándolos con niveles de auto concepto y autoestima, con la intención de ofrecer herramientas y estrategias efectivas en el mantenimiento del peso saludable y una vida sana.

El diseño de la presente propuesta de investigación es cuasi-experimental (Salkind, 2012), con una evaluación antes y después de la intervención.

PARTICIPANTES

Para llevar a cabo la intervención psicoeducativa, se eligió una muestra de conveniencia en tres diferentes ambientes. Se convocó en un fraccionamiento a las amas de casa, se convocó en un colegio privado a las madres de familia y en una Universidad a las estudiantes y académicas que quisieran integrarse activamente durante 2 meses y medio (1 sesión semanal de 4 horas por 10 semanas) a la intervención. En cada uno de estos ambientes se logró formar un grupo, quedando así tres diferentes grupos de participantes.

Grupo 1: Amas de casa: 22 participantes; edades de 34 - 57 años

Grupo 2: Mujeres corredoras: 12 participantes; edades de 34 - 48 años

Grupo 3: Estudiantes y académicas: 18 participantes; 17 - 62 años

Teniendo una muestra total de 52 mujeres al inicio de la investigación.

Criterios de inclusi3n

Querer participar voluntariamente

Ser parte de los ambientes a donde se convocaron, las participantes.

Criterios de exclusi3n

Estar recibiendo Radioterapias o Quimioterapias al momento de la intervenci3n psicoeducativa.

Estar embarazada al momento de la intervenci3n psicoeducativa.

Faltar a m3s de 3 sesiones de la intervenci3n psicoeducativa.

Instrumentos de evaluaci3n y aparatos de medici3n

Consentimiento Informado: En el cual explica en que consiste la investigaci3n, se les pidi3 firmar y poner sus datos de contacto, a su vez se les inform3 que recibir3n el diagn3stico de su estado nutricional al t3rmino de la investigaci3n a qui3n lo solicit3.

Cuestionario datos socio demogr3ficos: el cual consta de 6 apartados donde se registran los datos generales de las participantes, datos socioecon3micos, antecedentes fisiopatol3gicos, datos antropom3tricos, datos de estilo de vida y datos diet3ticos.

Evaluaci3n del estado nutricional: Implica una serie de t3cnicas y metodolog3as con el fin de conocer el estado nutricional del paciente (Suverza & Haua, 2010) para poder definir la situaci3n actual de salud, a trav3s de la obtenci3n de datos e informaci3n dada por el paciente a evaluar. El primer aspecto a medir es el antropom3trico, para obtener la composici3n corporal de la persona, sus dimensiones f3sicas.

Evaluación bioquímica a través de pruebas de laboratorio para comprobar funciones o síntesis enzimáticas que dependan de algún nutriente específico y Evaluación dietética, aclarando que para efectos de esta investigación solo se considerará para la evaluación nutricional los datos antropométricos dados por el peso y la talla para la obtención del índice de masa corporal y poder definir el estado nutricional de cada participante. Para efectos de esta investigación y por costos. Solo se realizará la evaluación nutricional utilizando los datos antropométricos, peso y talla, para conocer el Índice de Masa Corporal.

Báscula marca SECA modelo con plataforma y estadiómetro: Para la obtención de peso y talla.

Cinta métrica flexible de fibra de vidrio marca SECA, para la medición de muñeca, cintura y cadera con el fin de obtener datos que determinen el estado nutricional.

Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos: Consiste en preguntar a la persona entrevistada, la periodicidad (diaria, semanal, mensual), en que consume diferentes alimentos de una lista predeterminada. Tiene como objetivo conocer el consumo de diferentes grupos de alimentos en el pasado, lo cual permite conocer la energía que consume, consumo de lípidos, consumo estimado de un nutriente o grupo de nutrientes (proteínas, carbohidratos y lípidos), y seguridad alimentaria los hábitos alimentarios de la persona (Madrigal y Martínez, 1996).

Escala de Autoestima de Rosenberg (1989): Cuestionario auto aplicado, esta es una escala tipo Likert diseñada para medir autoestima, la cual incluye 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde el nivel más bajo (muy en desacuerdo) hasta el más alto (muy de acuerdo).

Cinco de los ítems son inversos (1, 3, 4, 6 y 7). El contenido de éstos se centra en las dimensiones de auto respeto y auto aceptación. Las puntuaciones van de 10 a 40, donde las más altas reflejan mayor autoestima.

Esta escala ha sido validada en 53 países, además de contar con traducción a más de 28 idiomas, mostrando valores alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.89 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

Cuestionario de Auto concepto: Forma AF-5, (García y Musitu 1999), cuestionario auto aplicado, contiene 30 ítems. Esta escala mide cinco dimensiones del auto concepto, referidas a diferentes ámbitos: Auto concepto Académico, Auto concepto Social, Auto concepto Emocional, Auto concepto Familiar y Auto concepto Físico. Fiabilidad: La consistencia interna (alpha de Cronbach) del conjunto global de la escala es de .81. Su consistencia interna para cada una de sus dimensiones es la siguiente: .88 para Auto concepto Académico, .70 para Autoconcepto Social; .73 para Autoconcepto Emocional; .77 para Autoconcepto Familiar y .74 para Autoconcepto Físico.

Procedimiento

Diseño utilizado

El diseño es cuasi-experimental (Salkind, 2012), tres grupos con una evaluación antes y después de la intervención, con el fin de correlacionar variables.

Técnica de recolección de datos

Una vez que se tuvo conformado el primer grupo, se citó a la primera sesión, la cual fue informativa el 2 de febrero del 2015, dando a conocer

en forma clara y breve los temas referentes a la intervenci3n psicoeducativa (Anexo 6). En esta primera sesi3n se les presento el consentimiento informado (Anexo 1), para obtener su aceptaci3n en la participaci3n y sus datos de contacto.

Se dio inicio el d3a 9 de febrero del 2015, en esta sesi3n se procedi3a tomar el peso y la talla de cada participante, primero se calcul3 el peso y la talla con la B3scula marca SECA modelo con plataforma y estadi3metro siguiendo el procedimiento para ello, se anotaron estos datos en la historia nutricional (Anexo 2), luego se les dio este formato de manera grupal, para su llenado. Atendiendo dudas o aclaraciones. En esta sesi3n se obtuvieron los datos de 22 mujeres (amas de casa) en el primer grupo, la toma de medidas y el llenado de la historia nutricional de las participantes tuvo una duraci3n de 2:30 hrs.

En la tercera sesi3n antes de comenzar con el tema se les pidi3 que llenaran los formatos de las escalas de autoestima (Anexo 3) y de auto concepto (Anexo 4). Se administr3 de manera grupal para poder atender dudas y aclaraciones. Una vez concluido el llenado de estas dos escalas, dio inicio la tercera sesi3n con el tema: La autoestima `llave del cambio`.

En la cuarta sesi3n se le entrego a cada participante el diagn3stico del IMC, para dar inici3 al tema del d3a. `La importancia del control de peso` y pudieran conocer al riesgo a la salud que est3n expuestas en el caso de las que se les diagn3stico sobrepeso y obesidad. En esta sesi3n se les dio material para su lectura en casa y pudieran traer de tarea la planeaci3n de un proyecto.

En la quinta sesi3n a la llegada de cada participante se le entregaba el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (Anexo 5), para su auto llenado, una vez que todo el grupo concluyo se dio inicio al tema del

d^oa.

De la sexta a la octava sesi^on se sigui^o el programa de la intervenci^on psicoeducativa (Anexo 6).

En la novena sesi^on se les pidi^o a las participantes, llenar^on nuevamente los cuestionarios de auto concepto y autoestima, consiguiendo as^o la segunda medici^on.

En la d^ocima sesi^on que se llev^oa cabo el 4 de mayo del 2015, se volvi^o a tomar el peso y la talla de todas las participantes. Al final de toda la investigaci^on se cont^o con una muestra de 43 personas, quienes cumplieron con los criterios de inclusi^on

Para la obtenci^on de los datos de los grupos dos y tres se sigui^o exactamente el mismo procedimiento.

En el segundo grupo Corredoras, se inici^o la intervenci^on el 13 de abril del 2015, quedando los d^oas lunes de cada semana y la segunda medici^on se realiz^o el 15 de junio del 2015.

En el tercer grupo Acad^omica-estudiantes, se inici^o la intervenci^on el 29 de abril del 2015, quedando los d^oas mi^orcoles de cada semana hasta el 1^o de julio del 2015.

An^olisis de Datos:

Despu^os de obtener los datos sociodemogr^oficos en la historia nutricional y tomar las mediciones antropom^otricas, se inici^o con el dise^o de la base de datos utilizando Excel para luego exportarla al programa estad^ostico SPSS versi^on 21, para el an^olisis de los datos. Se procedi^o con estad^osticos descriptivos para determinar el estado nutricional de los tres grupos de participantes al iniciar con la intervenci^on psicoeducativa y al t^omino de ^osta, para la determinaci^on de los resultados.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Con el fin de determinar el efecto de la psicoeducación sobre el estado nutricional, el auto concepto y la autoestima, se presentan a continuación los resultados, el orden de los mismos corresponden a cada uno de los objetivos específicos planteados en esta investigación. Cabe aclarar que debido a los criterios de exclusión la muestra se limitó a 43 mujeres participantes, las cuales cumplieron con el 100% de la asistencia a la intervención psicoeducativa, así como el llenado de las escalas de evaluación de la autoestima, auto concepto, la evaluación del estado nutricional a través del peso y talla para determinar el IMC, antes de la intervención y una vez terminada.

En el presente estudio, se tuvo una participación de tres grupos de mujeres en momentos diferentes de la intervención psicoeducativa. De acuerdo con el objetivo 1 del estudio, en todas ellas se realizó una evaluación del estado nutricional, determinando con ello el índice de masa corporal y los rangos de peso en los que cada una entra de acuerdo a los rangos propuestos por la OMS.

El grupo 1, estuvo conformado por 16 mujeres con una media de edad de 39.44 años (DE=5.49), el 93.8% estaban casadas y un 6.3% en unión libre; el promedio de número de hijos fue de 2.38 (DE=.806), todas dicen ser de nivel socioeconómico medio y se dedican al hogar. El 6.3% de las participantes de este grupo presentaba en la medición inicial sobrepeso, el 75% presentaba preobesidad, el 12.5% obesidad tipo I y el 6.3% presentaba obesidad tipo II. El 53.6% de ellas ha realizado alguna vez dieta para bajar de peso solo 1 reporta haber recurrido al vómito como medida para bajar de peso, y solo el 18.8% reporta no haber tenido fluctuaciones de peso en los últimos tres meses, mientras que el 62.5% reporta haber tenido pérdida de peso y el 18.8% restante presenta una ganancia de peso en el mismo lapso de tiempo (Tabla 5 y 6).

El grupo 2, estuvo conformado por 12 mujeres con una media de edad de 41.75 años (DE=4.39), todas casadas y el promedio de número de hijos fue de 2.5 (DE=.905), todas dicen ser de nivel socioeconómico medio alto y se dedican al hogar. El 16.7% de las participantes de este grupo presentaba en la medición inicial normo peso, el 66.7% preobesidad y el 16.7% presentaba obesidad tipo I. El 50% de ellas ha realizado alguna vez dieta para bajar de peso ninguna reporta haber recurrido al vómito como medida para bajar de peso, y el 33.3% reporta no haber tenido fluctuaciones de peso en los últimos tres meses, mientras que el 58.3% reporta haber tenido pérdida de peso y el 8.3% restante ganancia de peso en el mismo lapso de tiempo (Tabla 5 y 6).

El grupo 3, estuvo conformado por 15 mujeres con una media de edad de 28.73 años (DE=13.68), el 20% estaban casadas, 73.3% solteras y un 6.7% divorciadas, el promedio de número de hijos fue de .53 (DE=1.060), 11 dicen ser de nivel socioeconómico medio y 4 de nivel socioeconómico medio alto (Tabla 5 y 6).

Tabla 5. Medias y desviaciones estándar de variables descriptivas

Variable	Grupo 1 N=15		Grupo* N=12		Grupo 3 N=15	
	M	DE	M	DE	M	DE
IMC inicial	28.84	3.28	27.00	2.84	28.18	7.50
Edad	39.44	5.48	41.75	4.39	28.73	13.68
Número de hijos	2.38	.806	2.50	.905	.53	1.06
Horas de Sueño	6.56	1.03	7.33	1.15	7.27	1.38
Horas de Actividad	17.44	1.03	16.67	1.15	16.33	1.79
Comidas al día	3.56	1.26	4.00	.94	3.00	.87
Gasto en Alimentos	2818.75	1739.049	3733.33	3082.010	2026.67	1271.931

*Este grupo fue compuesto por madres de un colegio particular las cuales se reúnan diariamente para correr, este grupo tenía 6 años de conformado.

El 46.7% de las participantes de este grupo presentaba en la medici3n inicial normo peso, el 20% presentaba preobesidad, 6.7% obesidad tipo I, el 20% presentaba obesidad tipo II y 6.7% obesidad tipo III. El 11% de ellas ha realizado alguna vez dieta para bajar de peso ninguna reporta haber recurrido al v3mito como medida para bajar de peso, y solo el 40% reporta no haber tenido fluctuaciones de peso en los 3ltimos tres meses, mientras que el 33.3% reporta haber tenido p3rdida de peso y el 26.7% restante ganancia de peso en el mismo lapso de tiempo (Tablas 5 y 6).

Tabla 6. Porcentajes de variables descriptivas de los tres grupos

Variable	Categor3a	Grupo de intervenci3n		
		1	2	3
Estado civil	Solteras			73.3
	Casadas	93.8	100.0	20.0
	Divorciadas			6.7
	Unic3n libre	6.3		
Estado nutricional	Normopeso		16.7	46.7
	Sobrepeso	6.3		
	Preobeso	75.0	66.7	20.0
	Obesidad Tipo I	12.5	16.7	6.7
	Obesidad Tipo II	6.3		20.0
	Obesidad Tipo III			6.7
Nivel socioecon3mico	Medio	100		73.3
	Medio alto		100	26.7
Ocupaci3n	Amas de casa	100	100	
	Estudiante			53.3
	Empleada			46.7
Dietas	Si	56.3	50	26.7
	No	43.8	50	73.3
Variaci3n de peso	P3rdida	62.5	58.3	33.3
	Ganancia	18.8	8.3	26.7
	Sin variaci3n	18.8	33.3	40

Como segundo objetivo nos planteamos determinar nivel de auto concepto y de autoestima en las mujeres antes y después de la intervención. Lo que se pudo observar fue que las medias de autoestima y de auto concepto en sus diferentes subescalas en la medición post intervención, aumentaron como se esperaba, con excepción del autoconcepto social y emocional en el grupo 2 y el autoconcepto académico y social en el grupo 3 disminuyeron (Tabla 7).

Tabla 7. Niveles de autoestima y autoconcepto pre y post intervención

Medición	Variable	Grupo					
		1		2		3	
		N=16		N=12		N=15	
		M	DE	M	DE	M	DE
Pre	Autoestima	31.06	5.30	32.58	3.96	34.13	2.75
	Autoconcepto académico	25.44	3.14	26.00	2.17	25.07	3.41
	Autoconcepto Social	23.00	4.35	26.08	3.47	23.67	2.94
	Autoconcepto Emocional	17.25	4.93	19.00	3.46	19.47	3.58
	Autoconcepto Familiar	25.88	3.70	26.67	2.38	26.87	4.42
	Autoconcepto Físico	18.56	4.71	20.92	3.80	19.40	4.15
	Autoconcepto total	110.12	15.90	118.66	10.27	114.46	11.00
	IMC	28.84	3.28	27.00	2.84	28.18	7.50
Post	Autoestima	32.18	4.95	33.0	3.59	35.26	2.73
	Autoconcepto Académico	27.56	2.159	26.75	2.59	24.40	3.795
	Autoconcepto Social	24.56	3.162	22.50	4.58	23.40	3.11
	Autoconcepto Emocional	19.75	3.29	18.00	3.43	20.87	2.64
	Autoconcepto Familiar	27.31	2.54	26.92	2.39	27.00	3.89
	Autoconcepto Físico	22.19	4.56	21.58	3.528	20.60	3.46
	Autoconcepto total	121.37	11.10	115.75	12.38	116.26	9.66
	IMC	28.63	3.53	26.15	2.91	27.63	7.18

Como tercer objetivo se buscó analizar la relación entre auto concepto y autoestima con el estado nutricional de las mujeres antes y después del tratamiento

En la relación entre las diferentes variables del estudio con el estado nutricional inicial, se pudo observar que existe una correlación negativa ($p < 0.05$) entre el índice de masa corporal y la autoestima así como en el autoconcepto físico de las participantes (Tabla 8). Es decir mayor IMC, menor autoestima y menor autoconcepto físico.

Tabla 8. Relación entre IMC y valores iniciales de la autoestima y subescalas de autoconcepto.

Variable	r	p
Autoestima	-0.291	0.058
Auto concepto Académico	-0.128	0.413
Auto concepto Social	-0.033	0.833
Auto concepto Emocional	-0.216	0.164
Auto concepto Familiar	-0.018	0.909
Auto concepto Físico	-0.336*	0.028

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En la relación entre las diferentes variables del estudio con el estado nutricional final, se pudo observar que las únicas correlaciones negativas siguen siendo la autoestima final y el autoconcepto físico. Es decir a mayor IMC, menor autoestima y menor autoconcepto físico (Tabla 9). Cabe señalar que después de la intervención tanto la autoestima como el autoconcepto físico mejoraron.

Tabla 9. Relación entre IMC y valores finales de la autoestima y subescalas de autoconcepto

Variable	r	p
Autoestima	-0.125	0.425
Auto concepto Académico	0.006	0.968
Auto concepto Social	0.092	0.557
Auto concepto Emocional	0.051	0.748
Auto concepto Familiar	0.024	0.879
Auto concepto Físico	-0.223	0.151

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Como cuarto objetivo se buscó evaluar la diferencia en las variables tras la intervención, para ello se realizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas, buscando contrastar las medidas pre y post intervención en cada grupo de participantes, en donde se pudo observar que en el grupo 1 existen diferencias significativas entre las variables de autoconcepto académico, social, emocional, familiar y físico antes y después de la intervención, en el grupo 2 solo se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables de autoconcepto social e IMC, en el grupo 3 se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de autoconcepto físico e IMC. No se observan diferencias significativas en la variable de autoestima en ninguno de los tres grupos (tabla 10).

Tabla 10. Prueba de diferencias de rangos en mediciones antes y después de la intervención

Mediciones Pre y Post	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Z	p	Z	p	Z	p
Autoestima	-1.291 ^b	.197	-.316 ^b	.752	-1.619 ^b	.105
Autoconcepto Académico	-2.429 ^b	.015	-.843 ^b	.399	-.397 ^c	.691
Autoconcepto Social	-2.181 ^b	.029	-2.142 ^c	.032	-.721 ^c	.471
Autoconcepto Emocional	-2.084 ^b	.037	-.923 ^c	.356	-1.292 ^b	.196
Autoconcepto Familiar	-2.375 ^b	.018	-.308 ^b	.758	-.040 ^b	.968
Autoconcepto Físico	-2.835 ^b	.005	-.912 ^b	.362	-2.264 ^b	.024
IMC	-.853 ^c	.393	-3.061 ^c	.002	-3.067 ^c	.002

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo, b. Se basa en rangos negativos, c. Se basa en rangos positivos.

Como quinto objetivo se buscó evaluar el efecto de la intervención psicoeducativa en nutrición, sobre el auto concepto, autoestima y estado nutricional de las mujeres.

Tabla 11. Tamaño del efecto sobre el IMC, autoestima y autoconcepto

Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	d	d	d
IMC / Estado Nutricio	0.06	0.3	0.07
Autoestima	0.21	0.10	0.41
Autoconcepto	0.70	0.28	0.16

De acuerdo a las recomendaciones de Cohen (1992), el tamaño del efecto mayor encontrado en las variables de estudio fue en la Autoestima del grupo 2 y el menor tamaño del efecto se encontró en el estado nutricional del grupo 1, este mismo grupo alcanzó un tamaño del efecto mediano en el Autoconcepto, por otro lado grupo 3 alcanzó un tamaño del efecto mediano en la variable Autoestima y un tamaño del efecto trivial o pequeño en el estado nutricional.

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Discusión

La obesidad y el sobrepeso son condiciones que impactan en el estado nutricional, los datos encontrados en el grupo 1 con el 75% de preobesidad y en el grupo 2 con 66.7% también con preobesidad de este estudio, concuerdan con los reportados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), donde se reportó que el 74.3% de las mujeres de Nuevo León tienen esta condición. En el grupo 3 se contó con la participaci n de una Madre y su hija las cuales presentaban obesidad tipo II y tipo III, este hallazgo confirma los datos presentados por Hernández (2011) y Serene (2011). Donde explican que la existencia de uno o varios miembros en una misma familia con obesidad severa ha planteado la probable implicación de factores genéticos en la aparición de este cuadro a edades tempranas. Así, se ha podido determinar como el riesgo de padecer obesidad extrema a lo largo de la vida (IMC > 45), se multiplica por 7 cuando uno de los progenitores la padece.

González (1999), propone que la falta, escasez o posesión de Autoestima determina el comportamiento, así mismo Perea (2004) propone que una deficiente autoestima representaría un factor de riesgo para la salud, toda vez que no hay un equilibrio emocional provocando estados de ansiedad, depresión e incluso un sistema inmunológico deplorado por una profunda enemistad y falta de aprecio hacia sí mismo, lo anterior se reflejó en los valores de autoestima del grupo 1 de este estudio el cual presento los niveles más altos de IMC, es decir a menor autoestima mayor peso y deficiente estado nutricional.

Sin embargo estos datos no son concluyentes, toda vez que el grupo 3, presentaba niveles de autoestima inicial más alto y presentaba a su vez, IMC en los rangos de obesidad tipo I, tipo II y tipo III en la medición inicial.

Este mismo grupo después de la intervención psicoeducativa, obtuvo los niveles más altos de autoestima y mejoramiento del IMC en 0.76 de la media inicial. En la medición final este grupo describe a las personas que presentan una autoestima alta, tienen un mayor control de sus impulsos, son constantes en la búsqueda de soluciones constructivas, poco agresivos, se autoafirman y en general muestran una actitud positiva frente a su propio cuerpo (Moreno & Ortiz, 2009). A la fecha en este grupo de participantes 5 integrantes han recurrido a la consulta nutricional con resultados muy favorables a su estado nutricional.

México se encuentra en un proceso de desarrollo, que le ha traído beneficios en muchos aspectos, sin embargo también le ha traído una serie de cambios con una connotación negativa sobre todo en el aspecto de la dieta y la nutrición de sus habitantes (OCED, 2014), en el presente estudio se identificaron dos segmentos socioeconómicos medio y medio alto. Según Fausto, (2006), los alimentos con mayor contenido de azúcar y grasas saturadas están dirigidos a poblaciones con menor poder adquisitivo, sin embargo estos productos se ofertan a la población en general. En la muestra estudiada más del 50% del total de las participantes han estado bajo algún tipo de dieta para perder peso, y los alimentos que son eliminados de su consumo son precisamente este tipo de alimentos industrializados.

El estado nutricional es el resultado de una serie de hábitos, uno de estos hábitos es la realización de actividad física diaria, un estudio mostrado por Weisner (2002), obtuvo los mejores resultados en mujeres que realizaron un mayor grado de actividad física comparada con mujeres que aumentaron de peso durante un año y no practicaban ningún deporte, (Lockard et al., 2015). Esto es consistente con lo observado en esta investigación ya que el grupo 3 fue

conformado con mujeres que practicaban algún deporte alcanzando el 46.7% de normopeso y las participantes del grupo 2 que corrían todos los días, no hubo participantes en los rangos de obesidad tipo II y tipo III.

Estos resultados también resultan consistentes con una investigación realizada en niños y niñas en edad escolar donde explican que existe mayor sedentarismo en las niñas y este se incrementa con la edad (Mercado, Vilchis, 2013). En esta investigación el grupo 1, integrado por amas de casa no realizaban actividad física alguna y no se encontró ninguna participante con normopeso.

En la literatura revisada una investigación mostró que, en 2 grupos de mujeres que padecían obesidad y síndrome metabólico respectivamente, donde la intervención se basó en el control de las calorías y la práctica de ejercicio físico de manera regular resultó beneficioso en la reducción de peso en los 2 grupos (Lockard et al., 2015). Estos datos concuerdan con los resultados observados en el grupo 2 de este estudio ya que las participantes que conformaron este grupo corrían todos los días y fue el grupo que al inicio tenía el IMC en 27 y al final se encontró en 26.15 el IMC más bajo de los tres grupos.

Una de las variables de este estudio fue el autoconcepto y una de las subescalas es el autoconcepto familiar, al respecto Hasenboehler et al. (2009), determinaron que a valores más bajos de jerarquía, se asocian a valores más altos en el IMC, en este estudio aunque sutil la disminución en los valores del IMC los valores del autoconcepto familiar aumentaron.

El planteamiento del presente trabajo fue investigar que tanto la psicoeducación en nutrición mejoraba el estado nutricional y si el autoconcepto y la autoestima influyen en el mismo. De acuerdo con los resultados de esta investigación las participantes mostraron una mejora leve según la significación estadística sin embargo el efecto clínico en el estado nutricional en cada uno de los tres grupos es significativo toda vez que cualquier mejora en kilos o índices en la pérdida de peso es un gran comienzo para una vida más saludable.

Conclusiones

Las conclusiones que se derivan de la presente investigación son:

1. El abordaje del estado nutricional, al ser de origen multifactorial, su atención deberá ser atendida de manera multidisciplinaria, la atención de enfermedades crónico-degenerativas, derivadas de un deficiente estado nutricional y un aumento de peso, al ser atendido con una sola disciplina, ya sea nutrición, psicología, medicina o la práctica de ejercicio físico solamente; haría que la pérdida de peso y la mejora en el estado nutricional fuera de manera temporal y no permanente.

Sin embargo la columna vertebral en la pérdida y control de peso sigue siendo el consumo de alimentos limitado al número de calorías (Lockard et al., 2015), indicado para el paciente en cuestión, después de una evaluación nutricional.

En los casos donde, se detecte sobrepeso u obesidad secundaria a procesos metabólicos, será el médico quien coadyuvará en el control de peso con los medicamentos necesarios para un control del paciente.

El profesional en Psicología, será quien apoye a la paciente en identificar conductas de riesgo en relación con su alimentación, las cuales impacten en la salud. Para a través de una estrategia se logre conocer y controlar la conducta que la lleva a un estado nutricional deficiente.

La práctica regular de ejercicio físico, también deberá ser por recomendación de un profesional o entrenador preparado para ello. Ya que el segmento de la población a quienes se ha dirigido este estudio fue a mujeres adultas y en su gran mayoría madres de familia; las que debido a su ser mujer adulta requiere de atención especializada, por la edad específica y las capacidades de fuerza y movilidad para realizar ejercicio físico.

2. El auto monitoreo del peso en las mujeres adultas, haría que no perdieran de vista el riesgo al que se están enfrentando, dado los cambios fisiológicos por los que atraviesan las mujeres a lo largo del ciclo vital, aunado al estilo de vida,

cada vez más sedentario, cuando se realizó la primera medición de las participantes en esta investigación, en el grupo 1 y en el grupo 3 la mayoría de las mujeres reportaban no conocer su peso desde hace más de 6 meses y en algunos casos desde hace 2 o 3 años.

3. Alejar el ideal estético y promover el de la salud, la presión social por la delgadez, resulta en una distorsión de la realidad corporal del común de las personas al menos en la sociedad mexicana. Cuando se trató el tema de autoestima y se abordó el tema de "¿quién soy yo?", en su mayoría se expresaban desde la imagen física y les costaba trabajo aceptarse ya que expresaban querer ser diferentes físicamente (más delgadas), esperando sentirse exitosas cuando alcanzasen ser delgadas.

4. La difusión de información concreta y correcta a los distintos grupos de la población, con el objetivo de alejar prácticas equivocadas, consumo de productos adelgazantes, saltar comidas (no desayunar o no cenar), para el control del peso, solo perjudican más la salud. En el total de la muestra estudiada se encontró que el 44% del grupo había hecho alguna dieta en su vida y solo 7 participantes habían acudido al profesional de la salud, médico y nutriólogo.

5. La prevención desde el hogar, con prácticas de preparación de alimentos más sencillas (vapor, cocido, a la plancha y hervido). En el presente estudio se contó con la participación de 32 madres de familia y la media reportada fue de 1.7 hijos. Las inquietudes de las participantes entorno a la preparación de alimentos eran cómo hacer para que sus hijos y esposo, comieran más saludablemente y de qué manera podrían introducir la variedad de alimentos de las que se les hablaba en la intervención.

6. La atención a los factores psicológicos que inciden en la salud, tal como el auto concepto y la autoestima en mujeres adultas. Dentro de la literatura

revisada se encontró que en su gran mayoría las intervenciones para el control de peso y que además se consideraban factores psicológicos eran enfocados a población infantil y juvenil. En estos aspectos como la autoestima y el autoconcepto cuando se realizaron las sesiones dedicadas a estos temas, las participantes expresaron su interés por abundar en estos temas, por lo que se les recomendaron lecturas para la casa. Una vez que a la participante se les dijo que en ellas radicaba el poder cambiar y lograr todo cuanto quieran se enfocaron y propusieron metas en el grupo 1 y 2 se les propuso un desarrollo de un proyecto de manera práctica el cual fue presentado antes de terminar las sesiones. Así mismo en el grupo 1 se llevó a cabo un ejercicio de integración donde a cada una de las participantes se les invitó a presentar algo hecho por ellas mismas, diciendo yo hice esto, explicaban su manufactura y al final decían y lo hago muy bien. Al final de la exposición expresaron sentirse muy satisfechas y contentas de que las demás supieran que eran capaces de hacer algo que les gustaba hacer y lo hacían muy bien.

Lo anterior nos llevó a plantearnos que existe muy poco reconocimiento en los adultos y en este caso en las mujeres adultas dedicadas a sus familias. Donde la mayoría de sus actividades cotidianas giran en torno a la atención de los demás quedándose ellas (mujeres adultas), en segundo lugar.

Se necesita promover actividades creativas, académicas, deportivas para que las mujeres adultas con esta participación se reafirmen el autoconcepto y aumente la autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Elvarez C, Luz S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Alzate, Y. T. (2012). Estilos educativos parentales y obesidad infantil. (Tesis para obtener el grado de Doctorado en Educación), España, Valencia, Universitat de València, Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educación Departament de Teoria de l'Educación Pp 379 recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24285/TESIS%20EEP-Obesidad%20Infantil.pdf?sequence=1>
- American Psychological Association (2005). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12) ,1060-1073.
- Engel, L. A. Gómez, M. T. León, L. A. (2001). Relación entre las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal de los padres con las de sus hijos, entre los 8 y 11 años de estrato medio en Bogotá. (Tesis de grado), Universidad de la Sabana, Facultad de Psicología. Pp. 95 recuperado: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4911/1/130170.pdf>
- Ballester, A. R. Gil, L. M. Ceccato, R. Giménez, G. C. Ruíz, P. E. y Gil, J. B. (2012).  Atendemos a la salud integral de los hijos?, análisis de hábitos básicos de salud en menores de 9 años. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2 (1), 253-262.
- Badman, M., Flier, J., (2005). The gut and energy balance: Visceral allies in the obesity wars. *Science*.; 307:1909---14
- Barquera, S. Rivera-Dommarco, J. Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43 (5):464-477.

- Bastos, A., González, R., Molinero, O., Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*.18
- Basulto, J. (2013). El concepto de 'peso ideal' o 'peso perfecto' es un gancho habitual de los promotores de las dietas milagro. *Eroski Consumer*. 13 Julio 2013. Fundación Eroski, España
- Bolaños, R. P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*.10, 1069-1086.
- Booth, Pinkston & Poston (2005). Obesity and the built environment. *Journal American Diet Association*. 105 (5).
- Bourges, H., H. (2001). Alimentación y Nutrición en México, revista comercio exterior. pp 902, México
- Brown, J. E. (2011). *Nutrition Through the Life Cycle*; Kindle; 4th Edition, Brooks/cole.
- Busto, C., Escribano, R., Fernández, B., (2013). Kent, V Libro Historia de la probabilidad y estadística. Cap. 7. Las huellas de Quetelet en la estadística española., p. 106 España.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. 1ª edición. Buenos Aires; p.98.
- Cabello, G. M. Reyes, D.J. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos, *Revista Salud Pública y Nutrición*, 12 (1), Enero-Marzo 2011
- Cabezuelo, G., & Frontera Izquierdo, P. (2007). *Enséñame a comer. Hábitos, pautas y recetas para evitar la obesidad infantil*. Madrid: Editorial E daf S.
- Camilleri, G. M., Majeau, C., Bellisle, F., Hercberg, S., & Plineau, S. (2015). Association between Mindfulness and Weight Status in a General

Population from the NutriNet-Santé Study. PLoS ONE, 10(6), e0127447.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0127447>

Campillo, E. El Mono Obeso, (2007). La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arterosclerosis. Barcelona: Drakontoss.

Casanueva, E. Kaufer- Horwitz, M. Pérez - Lizaola, A. B., & Arroyo, P. (2008). Nutriología Médica. México: Médica Panamericana.

Castro, R.,B. (2013). Psic- Obesidad. UNAM; Boletín Electrónico de obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual. Volumen 3 , Número 11:
www.zaragoza.unam.mx/psic

Cohen, J. (1992) Statistical Power Analysis. Current Directions in Psychological Science.1, 98-101

Davison, K., Markey, C., Birch L.(2003). A longitudinal examination of patterns in girls weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. International Journal Eat Disorders; 33:320-332.

Deitel, M. & Shikora, S., (2002). The development of the surgical treatment of morbid obesity. Journal of the American College of Nutrition. 21 (5): 365.

Döring, N. Hansson, L. Andersson, E. Bohman, B. Westin, M. Magrusson, M., & Ramussen, F. (2014). Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial. BMC Public Health 2014 14:335. doi:10.1186/1471-2458-14-335

Ducara-Mora, P.E. (2011). Consideraciones sobre la inapetencia infantil y la adopción de hábitos alimentarios saludables. Revista de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de Colombia; 25 (2); 153-168.

Endevelt, R. Elkayam, O. Cohen, R. Peled, R. Tal-Pony, Grunwald, R., &

- Heymann, A. (2014). An Intensive Family Intervention Clinic For Reducing Childhood Obesity. JABFM, doi: 10.3122/jabfm.2014.03.130243
- Facchini, M., (2006). La preocupaci3n por el peso y la figura corporal de las ni7as y adolescentes actuales: 3d3 donde proviene?. Archivos Argentinos de Pediatr3a, 104(4):344-349.
- Fausto, G. J. Valdez, L. R. Aldrete, R. M., Lopez, Z. M. (2006). Antecedentes hist3ricos sociales de la obesidad en M3xico, Medigraphic Artemisa en l3nea, Agosto, VIII (2): 91-94.
- Flores, P. Y. C3rdenas, V. Trejo, O. 3vila, A. Ugarte, E. Gallegos, M. (2014). Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepci3n materna del peso y edad del hijo. Nutrici3n Hospitalaria. 29:822-828. DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7166
- Garc3a, F. y Musitu, G. (1999). AF5: Autoconcepto Forma 5. Madrid: TEA Ediciones
- Genevieve, D. Marquis, M. (2013). Relations entre les pratiques alimentaires maternelles et l'alimentation d'enfants quebecols d'age prescolaire, Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 74 (3). Fall 2013, 119-123.
- Guti3rrez, J.P. Rivera-Donmarco, J. Shamah-Levy. Villalpando-Hern3ndez, S. Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Mart3nez, M., Hern3ndez-3vila M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrici3n. Resultados Nacionales. Cuernavaca, M3xico: Instituto Nacional de Salud P3blica (MX).
- G3mez, F.J., (2011). Estilos de Vida Saludable. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina. Universidad Aut3noma de M3xico. <http://www.iingen.unam.mx/esmx/bancodeinformacion/memoriasdeeventos/jornadassalud/estilosdevidasaludable.pdf>
- Haerens, L. Craeynest, M. Deforche, B. Maes, L. Cardon, G., & De

- Bourdeaudhuij, I., (2008). The contribution of psychosocial and home environmental factors in explaining eating behaviours in adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition* 62, 51-59.
- Hasenboehler, K., Munsch, S. Meyer, A. H. Kappler, C., & Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index, and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 332-338
- Haycraft, E. Goodwin, H., & Meyer, C. (2013). Adolescents' level of eating psychopathology is related to perceptions of their parents' current feeding practices. *Journal of Adolescent Health*, 54 (2), pp. 204-208. DOI:10.1016/j.jadohealth.2013.08.007.
- Hernández-Cordero S. (2011). Prevention of infant obesity. *Gaceta Médica Mex.*; 147:46-50.
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Recuperado de: www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/defaultpx?mhog07&s=estc=22219
- Johnson, C. Sharkey, J. Dean, W. McIntosh, A., & Kubena, K. (2011). It's who I am and what we eat: Mothers' food-related identities in family food choice, *Appetite*. 57(1): 220-228. doi:10.1016/j.appet.2011.04.025
- Kime, N. (2008). Children's eating behaviours: the importance of the family setting. *Royal Geographical Society. Area*, 40(3), 315-3. doi:10.1111/j.1475-4762.2008.00834.x
- Klesges, L. M. Stein, R.J. Isbell, T.R. (1991): Parental influences on food selection in young children and its relationships to childhood obesity, *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 859 -864.
- Koch, A. Pollatos, O. (2014). Children's interoceptive sensitivity and eating behavior. *Frontiers of psychology*. 5. Doi: 103389/fpsyg.2014.01003
- Kong, A. Odoms-Young, A. Schiffer, L. Kim, Y. Berbaum, M. Porter, J. Blumstein, L. Bess, S. Fitzgibbon. (2014). The 18-Month Impact of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and

- Children Food Package Revisions on Diets of Recipient Families. *American Journal of Preventive Medicine*. 46(6): 543-551
[.http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.021](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.021)
- Konttinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Mannistö, S., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *Am J Clin Nutr* ajc.29732; doi:10.3945/ajcn.2010.29732
- Lockard, B., Earnest C. P., Oliver, J., Goodenough, C., Rasmussen, C., Greenwood, M., & Kreider, R., B., (2015). Retrospective Analysis of Protein- and Carbohydrate-Focused Diets Combined with Exercise on Metabolic Syndrome Prevalence in Overweight and Obese Women. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. doi:10.1089/met.2015.0096.
- López, A. V. M. (2011). Efectividad en la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor. (Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud), México, D. F., Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina. PP. 46. Recuperado de:
<http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/12240/Tesis%20psicoeducacion%20depresion.pdf?sequence=1>
- Lowell, B., Spiegelman, M., (2000). Towards a molecular understanding of adaptive thermogenesis. *Nature*.404:661---71.
- Macías, M. Quintero, S. Camacho, R. Sánchez, S. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*; 36 (4)1129-1135.
- Madrigal, F. H. Martínez, S. H. (1996). Manual de Cuestionario de dietas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Mahan, K. Escott-Stump, S. Raymond, J. (2011). Krause's Food & the Nutrition Care Process, Saunders; 13 edition, ISBN: 978-1437722338

- Martín, E. (2007). El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: El caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5): 519-258
- Mata, O. M. (2009). *Manual de Antropometría*, Facultad de Salud Pública y Nutrición Nuevo León: Editado por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Mercado, P., Vilchis, G.,(2013). La Obesidad Infantil en México. Alternativas en Psicología. *Revista Semestral*, Tercera época. Año XVII. Número 28, Febrero-Julio 2013. Universidad Iberoamericana, México, D.F. pp 49-56.
- McCormack, G., Hawe, P., Perry, R., Blackstaffe, A., (2011). Associations between familial affluence and obesity risk behaviours among children. *Paediatr Child Health*,;16:19---24
- McPhie, S. Skouteris, H. McCabe, M. Ricciardelli, L. A. Milgrom, J. Baur, L. A., & ... Dell'Aquila, D. (2011). Maternal correlates of preschool child eating behaviours and body mass index: a cross-sectional study. *International Journal Of Pediatric Obesity*, 6(5/6), 476-480. doi:10.3109/17477166.2011.598937
- Moreno, G. M.; Ortiz V, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, (27), núm. 2, diciembre, 2009, pp. 181-189. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile
- Moreno, J. Galiano, M. (2006). La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátrica Española*; 64 (11): 554-558.
- Morrissey, T. Jackowitz, A. Vinopal, K. (2014). Local Food Prices and Their Associations with Children's Weight and Food Security .*Pediatrics*; originally published online February 10, 2014; DOI: 10.1542/peds.2013-1963
- Neumark-Sztainer, D. Bauer, K. Friend, S. Hannan, P. Story. M., & Berge, J. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body

dissatisfaction disordered eating behaviors in adolescent girls? Journal of Adolescent Health. 47(3), 270-276. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.001.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, (2010). Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación.

Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012, (2012). Secretaría de Salud Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, proyecto de modificación, DOF: 22/1/2013

Ogden, J. (2005). Psicología de la Alimentación. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Ozãa, V. C. (2010). Diseño de un programa de capacitación dirigido a los padres de familia sobre la alimentación y nutrición de los niños y niñas de la escuela Santo Engel de Guaman° de segundo y tercer año de educación básica, en la ciudad de Quito provincia de Pichincha, año lectivo, 2009 - 2010. (Tesis pregrado), recuperada de: repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/1326/1/T-UTC-0919.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (2010). La cocina tradicional mexicana, cultura comunitaria ancestral y viva. Recuperado de: www.unesco.org/.../la-cocina-tradicional-mexicana-cultura-comunitaria-ancestral-y-viva.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, (2014). Estadísticas de la salud www.oecd.org/health/healthdata/ / www.oecd.org/mexico.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Y la Organización de las Naciones Unidas Para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2003). "Diet, Nutrition and The prevention of chronic diseases) pp.3 recuperado de: <http://www.greenfacts.org/es/alimentacion-nutricion>

Organización Mundial de la Salud, (2014). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No. 311, recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Orozco, J. Ruiz, A. (2013). Efectividad de un programa educativo para mejorar conocimientos sobre alimentaci3n saludable en ni1os y ni1as de 5 a1os en una I. E. I. de Chiclayo-2013. Salud y Vida Sipanense.1, (1).

Ortiz-P3rez, H. Molina-Frechero, N., & Castañeda-Castaneira, E. (2010). Indicadores antropom3tricos de sobrepeso-obesidad en adolescentes. Revista Mexicana de Pediatr3a, 241-247.

Pe1a, M., & Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud p3blica. USA, Publicaci3n Cient3fica No. 576. Organizaci3n Panamericana de la Salud.

Perea, R. (2004). Educaci3n para la salud del siglo XXI. En Educaci3n para la salud del siglo XXI (p3g. 106). Salamanca.

P3rez-Lancho, C. (2007), Alimentaci3n y Educaci3n Nutricional en la Adolescencia., Trastornos de la conducta alimentaria, 6, 600-634.

Plachta-Danielzik, S. Landsberg, B. Johannsen, M. Lange, D., & M3ller, J., (2010). Determinants of the prevalence and incidence of overweight in children and adolescents. Public Health Nutrition. Doi: 10.1017/S1368980010000583

Poder Ejecutivo Federal (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. M3xico: Secretar3a de Gobernaci3n. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

Poston, W., Foreyt, J., (2000), Successful management of the obese patient. American family physician; 61: 3615.

Presti, R. Lai, J. Hildebrandt, T., & Loeb, K. L. (2010). Psychological Treatments for Obesity in Youth and Adults. Mount Sinai Journal Of Medicine, 77(5),

- Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2108 Secretaría de Salud; recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
- Restrepo, S. Gallego, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología, Universidad de Antioquia, Medellín*, 19 (36), 127-148.
- Riedel, C. von Kries, R. Buyken, A.E. Diethelm, K. Keil, T. Grabenhenrich, L. Møller, M., & Planchta-Danielzik, S., (2014) Overweight in Adolescence Can Be Predicted at Age 6 Years: A CART Analysis in German Cohorts. *PLoS ONE* 9(3): e93581. doi:10.1371/journal.pone.0093581
- Rodríguez, M. Novalbos, R. Martínez, N. Escobar, J., & Castro, H. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorder of eating behaviour, *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 846 - 852. doi: 1038./sj.ejcn.1601884.
- Rodríguez, N. C., Caizo, G. A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. Facultad de Psicología Universidad de Málaga, España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12, (3) 389-403.
- Romero, V. E. Vélez, G. E. (2008). La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. 65 (6) 1-9.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Edición revisada Middletown, CT: Wesleyan University Press

- Sales, B. D., & Folkman, S. (2000). *Ethics in Research with Human Participants*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salkind, N. (2012). *Métodos de Investigación*. México: Pearson-Prentice Hall.
- Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity and clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 66 (4): 651-654.
- Serene, T., Shamarina, S., Mohd N., (2011). Familial and socioenvironmental predictors of overweight and obesity among primary school children in Selangor and Kuala Lumpur. *Malays J Nutr*.;17:151---62.
- Shils, M.E. Olson J.A. Shike M. Ross, C. A. (2002). *Nutrición en Salud y Enfermedad* Editores. Mcgraw-Hill Interamericana, México: 1035-1056.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del psicólogo* (4ª Edición). México, D.F., Edit. Trillas.
- Strauss, R.S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*; 105: e15.
- Suverza, A. Haua, K. (2010). *El ABCD de la evaluación del estado de nutrición*. 1ª ed. México D.F., Mc Graw Hill
- Tello Eduardo, (2012).. *Obesidad: aspectos emocionales y ambientales inciden en el sobrepeso*. Argentina Investiga Diciembre 2012.
- Ternouth, A., Collier, D., Maughan, B., (2009). Childhood emotional problems and self- perceptions predict weight gain in a longitudinal regression model. *BMC Medicine*. (7)46 doi:10.1186/1741-7015-7-46
- The Giessen Declaration (2005). Recuperado de:
<http://wphna.org/wp-content/uploads/2013/03/05-PHN-8-6A-The-Giessen-Declaration.pdf>, DOI: 10.1079/PHN2005768
- The University of Chicago, Pritzker School of Medicine. (2009). *Adolescent Nutrition*. Recuperado el 8 de Septiembre de 2011, de:
<http://pedclerk.bsd.uchicago.edu/adolescentNutrition.html>

- Timmons et al. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years), *Appl. Physiol. Nutr. Metabolism*. 37. (773-792), 2012. DOI: 10.1139/H2012-070
- Tremblay, M. LeBlanc, A. Kho, M. Saunders, T. Larouche, R. Goldfield, G. Gorber, C., Colley, R. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8;98.
- Vázquez, M. A.J. Jiménez, G.B. R. y Vázquez, M.J., R. (2004) Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 22, 247-250.
- Vázquez, R. Ruiz, M. Alvarez, R. Mancilla, J. M. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology, Revista Psicología Conductual* 18 (1), 105 -117.
- Vázquez, V. Reidl, L.M. (2013): El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*. 23, (1); 15-24.
- Vidal, M. Jans, M. (2006). Entrenamiento del paciente y de la familia en el círculo de raciones hidratos de carbono. *Avances en Diabetología*; 22 (4): 262-268
- Wardlaw, G., Hampl, J., Di Silvestro, R. (2010). *Perspectivas en Nutrición: Octava edición*, McGraw-Hill Interamericana. En Capítulo 13, Producción de energía y equilibrio energético. Pp 590 -601.
- Weinsier, R. (2002). Free-Living activity energy expenditure in women successful and unsuccessful at maintaining a normal weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75 .499.
- Webber, L. Cooke, L., & Wardle, J. (2010). Maternal perception of the causes and consequences of sibling differences in eating behaviour. *European Journal of Clinical Nutrition* 64, 1316-1322 | doi:10.1038/ejcn.2010.159.6

World Food Programme (2009). Hunger and Markets, World Hunger Series, WFP, Rome and Earthscan, London, recuperado de: FAO2009. <http://www.fao.org/fileadmin/templates/ERP/uni/F4D.pdf2>

World Health Organization (2014), Ten facts on obesity; recuperated of <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>

Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A., (2002). Obesity. The New England journal of Medicine. 3446: 591.

Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México: Secretaría de Salud; 2010. Disponible en http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

A continuaci3n Usted encontrar3 una serie de preguntas en relaci3n a diversos aspectos sobre su persona y algunas de sus conductas. Sus respuestas permitir3 analizar algunos factores diet3ticos, psicol3gicos y sociales que se asocian al sobrepeso y obesidad. El fin es comprender mejor estos problemas, de modo que los diferentes profesionales de la salud se sirvan de esta informaci3n para ofrecer tratamientos que se adecuen mejor a la poblaci3n a la que usted pertenece.

Le solicitamos que las respuestas que d3, sean fieles a su realidad para que puedan contribuir al entendimiento de esta problem3tica.

Aclaremos que toda informaci3n que usted nos proporcione ser3 tratada con absoluta discreci3n y solo para fines de investigaci3n, manteniendo el anonimato de su persona.

- Acepto participar en el estudio de forma voluntaria, autorizando el uso de esta informaci3n al investigador.
- No acepto.

Fecha _____

Si desea seguir participando en estudios en torno al tema de la Obesidad, Estado Nutricio y H3bitos alimentarios, por favor, proporcione un correo electr3nico para contactarle en lo futuro:

Si desea Usted mayor informaci3n sobre la presente investigaci3n o le interesa conocer los resultados de la misma, puede contactar a: L. N. Patricia Margarita Morales Campos, Tel. 83 61 23 06 y Celular 044 8114 70 79 28 Correo: promo.salud.mty@gmail.com

ANEXO 2

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Ciencias, Psicología de la Salud

HISTORIA NUTRIOLÓGICA

ADULTO



No. _____

Fecha: _____

I. Datos Generales

Nombre: _____ Edad: _____
 Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento _____
 Domicilio: _____ C.P. _____ Tel. _____
 E-mail: _____

II. Datos Socioeconómicos

Ocupación: _____ Horario: _____
 Ingreso Mensual _____
 ¿Cuánto destina a la compra de alimentos? _____
 ¿Cada cuando surte su despensa? _____

III. Antecedentes Fisiopatológico

	Personal	Familiares
Diabetes tipo _____		
Hipertensión Arterial		
Obesidad		
Cardiopatía		
Enfermedad Renal		
Enfermedad Hepática		

	Personal	Familiares
Trastorno Hormonal		
Cáncer _____		
Esofagitis		
Colitis		
Gastritis		
Úlceras		

Trastornos de la alimentación _____ Padecimiento Actual _____

Prescripción Médica:

IV. Datos Antropométricos

Peso actual: _____ Kg. Estatura: _____ cm Circunferencia Muñeca: _____ cm.
Circunferencia de Cintura: _____ cm. Circunferencia de cadera: _____ cm. ICC: ____
Riesgo _____
Peso Deseable: _____ Kg. IMC: _____ Dx: _____

V. Estilo de Vida

Actividad física: _____ Tipo: _____ Frecuencia: _____
Horas sueño: _____ Horas trabajo y /o escuela: _____
¿Consumes alcohol? _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
¿Fuma? _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

VI. Datos Dietéticos

No de Comidas que realiza al día: _____ ¿Cuántas? : _____
¿Cuánto tiempo tarda en comer?: _____ ¿Quién prepara su comida? _____
¿Dónde y con quién ingiere los alimentos? : _____
¿Ha realizado algún tipo de dieta? _____ Duración: _____
Consiste en: _____
¿Se ha inducido el vómito para control de peso? _____
¿Tiene periodos de atracones (comilonas)? _____
¿Ha presentado incremento o pérdida de peso recientes? _____
¿Cuántos kilogramos y en cuánto tiempo? _____

ANEXO 3

Escala de Autoestima de Rosenberg

Autoestima La Escala de Autoestima (Rosenberg, 1989) Nombre de variables AU_	de 1 a 4	El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. Punto de corte en la población adulta es de 29 puntos	Invertir ítems 2,5,8,9,10
--	----------	---	------------------------------

Contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
AU1. Sientes que eres una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los	1	2	3	4
AU2. Te inclinas a pensar que, en general eres un fracasada.	1	2	3	4
AU3. Crees que tienes varias cualidades buenas.	1	2	3	4
AU4. Puedes hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AU5. Crees que no tienes muchos motivos para sentirte orgullosa de Ti.	1	2	3	4
AU6. Tienes una actitud positiva hacia Ti misma.	1	2	3	4
AU7. En general estas satisfecha de Ti misma.	1	2	3	4
AU8. Desearías valorarte más.	1	2	3	4
AU9. A veces te sientes verdaderamente inútil	1	2	3	4
AU10. A veces piensas que no sirves para nada.	1	2	3	4

Rosenberg, M. (1989). Society and the Adolescent Self-Image. Edición revisada. Middletown, CT: Wesleyan University Press

ANEXO 4

ESCALA DE AUTO CONCEPTO					
Nombre	EDAD		FECHA		
Conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada Marque solo una respuesta para cada afirmación y dé su mejor respuesta. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.					MUY A MENUDO 5
			A MENUDO 4		
		DE VEZ EN CUANDO 3			
	CASI NUNCA 2				
	NUNCA 1				
AC 1. Hago bien mis responsabilidades en casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 2. Hago fácilmente amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 3. Tengo miedo de algunas cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 4. Soy muy criticad@ en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 5. Me cuido físicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 6. Mi familia y mi esposo me considera buena madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 7. Soy una persona amigable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 8. Muchas cosas me ponen nervios@	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 9. Me siento feliz en mi casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 10. Me buscan para realizar actividades deportivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 11. Trabajo mucho en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 12. Es difícil para mí hacer amig@s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 13. Me asusto con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 14. Mi familia está decepcionada de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 15. Me considero elegante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 16. Toda mi familia me estima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 17. Soy una persona alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 18. Cuando mis familiares mayores me dicen algo me pongo muy nervios@	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 20. Me gusta como soy físicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 21. Soy una buena madre y esposa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 22. Me cuesta hablar con desconocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 23. Me pongo nervios@ cuando mi familia me cuestiona algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 24. Mi familia me da confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 25. Soy buen@ haciendo deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 26. Mis familiares mayores y mi esposo, me consideran inteligente y trabajador@	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 27. Tengo muchos amig@s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 28. Me siento nervios@	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 29. Me siento querida por mis familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC 30. Soy una persona atractiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EL HUEVO, CARNES Y PISCADOS

t l q d d p c c w i t i n x i l q ← 5 t 1/3 t d c b p i x ← 5 c e b d d w b y t d 5 d d c o t d i x i c i x i x i t o c x o c p c t t t 1/3 i t ↓	/ i x i c i x i t t c c 1/3
3 5 5 i x o t e l w c z i c p c z t e.	
h i x x i x i x i x h b i x 1/3 z p d k i i x i x p c z t e.	
h z i x x i x i x i x l b i x 1/3 z p d k i i x i x p c z t e.	
h w l q i t o t t z p d k i i z t e.	
h w l q i t o t d t o i x z p d k i i z t e.	
h w l q i t o t r i x t e i x z p d k i i z t e.	
h w l q i t o t d i x t e x z p d k i i z t e.	
h z i e l p i x t t d t o i x e i x x z p d k i i z t e.	
h a h p l c t d t l c i t i e b i x t t i x d i x l i i e i x x e t z p d k i i z t e.	
h w i x i i d i x d i x d t o i x e i x i x t d z t r c p c z t e.	
h w l q i t i x i x t t p l c t p l e i c d i x c i x x e l c p l e i x i x e l e i x t p t e l p d d d l z t r c p c z t e.	
h w l q i t o t d i t r c t e c t z z t e e l e x i b e l c w i x p l c.	
h z i x c i x z t r c p c z z e.	
h z t d p i x e l d i x t t i x e i e l p i x t t c e i x e i x e t z i x e i x p l c i x p d k i i z z e.	
h z t d p i x t c e l c o c e l c e t e i e l e x i e t d d d d i e x t l e t z i x e i x p l c i x p d k i i z z t e.	
h z t d p i x t p e r i x t c p l e x d d l p e t z p d k i i z z t e t i t d i x	
h z h t t p l c e i x t e l e t e t e t t e e i t e e i x t t e e i t t z e i x p l c z t e.	
h z l p e l i t t e i x e i x z p d k i i z t e.	
h z t t p l c i x e l i l i x t e e l e i x t e i x t e t d z z e i x p l c z t e.	
h z t t d p i x e i l c d i x t e e l p i x t e l e l c t p l c o c e l c e t e t d d d i x t e t e i e l e x i e z t e.	
h z t d p i x e i l c d i x t e e l p i x t e l e t t p l c o c e l c e t e t d d d i x t e t e i e l e x i e z t e.	
h z t t d p i x e i l c d i x i x t i x l p i x t e i x i l p i x t e t p l e b l c e t i x z t e.	
h z d d d d d t t z p d k i i z z t e.	

Programa Psicoeducaci3n en nutrici3n

A continuaci3n se muestran los componentes del programa, los cuales se consideraron en cada una de las tem3ticas, para poder cubrir los objetivos espec3ficos propuestos.

- 1.- Objetivos realistas: identificaci3n de un peso saludable y un 3ndice factible p3r perdida de peso (0.22 a 0.45 kg/semana), con capacidad de vigilar el progreso por parte del paciente.
- 2.- D3ficit cal3rico: desarrollo de un plan alimenticio individualizado con suficientes calor3as para bajar de peso de manera gradual.
- 3.- Plan de comidas: elaboraci3n de los planes de comidas en torno a alimentos variados que sea posible obtener con facilidad y que toda la familia disfrute.
- 4.- Efectividad a largo plazo: el plan de control de peso se desarrollar3 alrededor del aprendizaje y la pr3ctica de las conductas que deben seguirse durante toda la vida, a trav3s de apoyo psicol3gico.
- 5.- T3cnicas pr3cticas de resoluci3n de problemas: creaci3n de estrategias para predecir problemas potenciales de control de peso y solucionarlos.
- 6.- Mantenimiento: disponibilidad de apoyo para p3r perdida de peso y su conservaci3n. Recurrir a los profesionales de la salud.
- 7.- Ejercicio regular: incluye entrenamiento de fuerza y ejercicios aer3bicos.
- 8.- Cultivar la imagen de s3 mismo: Construcci3n de confianza en s3 mismo en tanto se protege contra la alimentaci3n desordenada. Autoestima elevada.

Aunque la p3r perdida de peso resulte ben3fica para la salud, la manera en que se logra pueda contrarrestar el beneficio. Los h3bitos inadecuados de alimentaci3n remedios de herbolaria peligrosos y los f3rmacos de dieta son da¿inos para la salud, por lo que 3ste programa propone la triada de, alimentaci3n conducta y ejercicio, para un mantenimiento prolongado de un peso saludable (Brown, 2011).

bh 9{lj b	/ hb 9b l5h 9a #a/l/h	! / a! l5! 5 9{ aW 9D!	I hw { 59 aW . ! W tw9{9b/l [
3⇒わ	じ . 6 II↑ II6Lix↑↑↑ II6LIXot 1/3 ← 6IXot ↑ 6IXot じ II↑↑↑ II6LIXot 1/3 ↑ 6IXot じ 9↑↑↑ II6LIXot 1/3 ↑↑↑ II6LIXot 9 6IXot 6IXot 6IXot	9 6IXot W 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot [1/3 II6LIXot 6IXot II6LIXot	6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot
わ	じ ov 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot じ W 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot じ 9 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot t 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 9 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	9 6IXot 9 6IXot 6IXot 6IXot / 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot v 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot t 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot t 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	6IXot 6IXot 6IXot 6IXot
ゐ	じ [6IXot 6IXot じ ov 6IXot 6IXot / 6IXot 6IXot じ W 6IXot 6IXot ← 6IXot 6IXot じ 5 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 9 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	W 6IXot / 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot { t 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot [6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	6IXot 6IXot 6IXot 6IXot
系 ⇒ を	じ ov 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot じ ov 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 9 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	9 6IXot 9 6IXot t 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot 6IXot	6IXot 6IXot 6IXot

<p>ん</p>	<p>ゑ ! iX↑ PBT↑ Q↑↑ %hDXXI↑↑ %X I↑↑G↑↑T I↑↑X↑ DIX↑↑%X 9↑GXX↑OT Q↑G↑T I↑↑X↑</p> <p>t %hDXXI↑↑T I↑↑G↑Xix↑↑IX↑↑Q↑↑LpIX</p> <p>ゑ L↑H↑X↑I↑↑↑IX↑↑↑ %X ix↑%↑IX↑↑OT dG↑↑Q↑↑oG↑↑Q↑↑ ⇒ D↑hD↑X↑L↑G↑T I↑↑G↑X↑G↑hIX↑↑↑d↑IX↑</p> <p>ゑ 9↑G←5↑LpIXo I↑↑G↑T I↑↑L↑3</p> <p>9↑IX↑G↑IX↑ob I↑↑Q↑X↑%IX</p>	<p>9↑IX↑G↑Q↑I↑I↑%hIX↑OT %G↑ I↑ DIX↑↑↑</p> <p>5 G↑H↑I↑ G↑h↑i↑%hIX↑OT %G↑ I↑ DIX↑↑↑ ⇒I↑↑G↑T I↑↑X↑</p> <p>9↑IX↑G↑Q↑I↑OT d↑Lp↑ Q↑↑ OT %hD↑oG↑↑Q↑↑ ix↑%↑IX↑↑ [↑d↑Q↑↑OT ↑↑G←5↑Lp↑OT oG↑↑↑IX↑ ix↑X↑G↑IX↑ t↑↑G←5↑Lp↑</p>	<p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p>
<p>うゝ</p>	<p>ゑ °D↑L↑Q↑↑↑ G↑ I↑↑IX↑I↑%hD↑</p> <p>ゑ 5 G↑I↑G↑G↑↑↑dIX↑↑G↑IX↑oG↑↑Q↑↑OT 9↑L↑Q↑ I↑↑IX↑OT ねOT A↑%hD↑%X↑%hD↑ ix↑IX↑↑ I↑↑OT 9↑L↑Q↑</p> <p>ゑ a ↑IX↑IX↑OT d↑hD↑I↑%hD↑IX↑LpIX↑↑ I↑↑G↑IX↑↑L↑IX↑</p> <p>ゑ /IX↑↑ix↑OT oG↑↑Q↑↑←G↑↑Lp↑%hD↑ I↑↑IX↑ G↑hD↑ix↑I↑↑% OT Q↑↑dIX↑↑d↑Lp↑G↑T I↑↑hD↑I↑%hD↑IX↑ %Xix↑OT I↑↑L↑%hD↑L↑↑Q↑↑G↑↑↑IX↑↑oG↑↑Q↑↑</p> <p>ゑ [Q↑G↑ix↑↑Lp↑↑OT %OT↑L↑%hD↑IX</p> <p>9↑IX↑G↑IX↑ob I↑↑Q↑X↑%IX⇒↑G↑X↑%IX</p>	<p>9↑IX↑G↑Q↑I↑</p> <p>5↑ I↑IX↑↑Lp↑Q↑I↑OT ix↑ix↑Lp↑Q↑I↑OT L↑G↑T I↑↑X↑</p> <p>t↑↑G←5↑Lp↑</p> <p>5↑ I↑IX↑↑Lp↑Q↑I↑OT ix↑ix↑Lp↑Q↑I↑OT L↑G↑T I↑↑X↑</p>	<p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p>
<p>お</p>	<p>ゑ 9←G↑↑L↑%hD↑IX↑↑OT L↑G↑T I↑↑X↑ ⇒%hD↑↑G↑Lp %hD↑</p> <p>ゑ L↑H↑↑IX↑%hD↑IX↑</p> <p>ゑ I↑G↑Lp↑Q↑I↑dIX↑↑d↑Lp↑</p> <p>ゑ ! d↑G↑Lp↑ %hD↑↑↑G↑↑Lp↑ ⇒I↑IX↑G↑ I↑↑IX↑ %hD↑G↑Lp</p> <p>9↑IX↑G↑IX↑ob I↑↑Q↑X↑%IX⇒↑G↑X↑%IX ⇒↑ix↑LpIX↑ %hD↑IX</p>	<p>9↑IX↑G↑Q↑I↑</p> <p>9↑IX↑G↑Q↑I↑ 9</p> <p>5↑ I↑IX↑↑Lp↑Q↑I↑OT w↑G↑L↑OT ↑↑G↑d↑G↑X↑</p>	<p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI</p> <p>おI ix↑LpIX↑G↑LpIX↑</p>