



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**



***“Evaluación de un programa para modificar los
conocimientos sobre alimentación para la mejora de una
conducta alimentaria en escolares”***

Tesis que presenta

MARÍA BEATRIZ VÁZQUEZ DURÁN

Para obtener el título de

LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Asesor: Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz

Nezahualcóyotl, marzo de 2014



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Nezahualcóyotl, Estado de México, a 7 de febrero de 2014
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE ASESOR

**ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
PRESENTE**

Por este conducto me permito informarle que la pasante **MARÍA BEATRIZ VÁZQUEZ DURÁN** con número de cuenta: **0923471**, de la **LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD** ha concluido el desarrollo de su **TESIS** titulada: **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA MODIFICAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN PARA LA MEJORA DE UNA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESCOLARES”**.

Manifiesto que el trabajo de tesis, a mi juicio, reúne las características necesarias para ser revisado por la comisión especial nombrada para tal efecto.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

“2013, 50 Aniversario luctuoso del Poeta Heriberto Enríquez”

**DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ
ASESOR DE TESIS
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL**



C. C. P. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefa del Departamento de Titulación. UAP Nezahualcóyotl.
C. C. P. Archivo.

www.uaemex.mx

Av. Bordo de Xochiaca S/N Col. Benito Juárez C.P. 5700 Nezahualcóyotl, Estado de México, Tel. (0155) 5112-6426



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISOR

Nezahualcóyotl, Estado de México a 05 de marzo de 2014.

ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
PRESENTE

Anticipando un cordial saludo, me es grato comunicarle que una vez revisado el trabajo de tesis titulada: **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA MODIFICAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN PARA MEJORA DE UNA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESCOLARES”** de la pasante **MARIA BEATRIZ VÁZQUEZ DURÁN** número de cuenta **0923471** cumple con los requisitos teórico – metodológicos suficientes para ser presentado en el examen recepcional correspondiente.

ATENTAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo
“2014, Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM”


DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE
PTC



c. c. p. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefe de Titulación. ✓

www.uaemex.mx

Av. Bordo de Xochiaca S/N Col. Benito Juárez C.P. 5700 Nezhahualcóyotl, Estado de México, Tel. (0155) 5112-6426



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Nezahualcóyotl, Estado de México, a 26 de febrero de 2014

Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISOR.

ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA

SUBDIRECTOR ACADÉMICO

P R E S E N T E:

Anticipando un cordial saludo, me es grato comunicarle que una vez revisado el trabajo de tesis titulado: **"EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA MODIFICAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN PARA LA MEJORA DE UNA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESCOLARES"**, de la pasante **María Beatriz Vázquez Durán** con No. de cuenta **0923471**, considero que cumple con los requisitos teórico-metodológicos suficientes para ser presentado en el examen recepcional correspondiente.

A T E N T A M E N T E

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2014, 70 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

Dr. en C.S.C. Manuel Leonardo Ibarra Espinosa

PTC DE LES



c.c.p. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefe de Titulación.

c.c.p. Archivo.

www.uaemex.mx

Av. Bordo de Xochiaca S/N Col. Benito Juárez C.P. 5700 Nezahualcóyotl, Estado de México, Tel. (0155) 5112-6426

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres Cecilia Durán y Abel Vázquez, quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza, por lo que han hecho de mí y los amo. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. Espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

A mis hermanos Efrén y Abel que siempre me han motivado a seguir adelante, porque han estado a mi lado apoyándome y disfrutando de cada logro alcanzado, a mi encantadora hermana Cecilia que cuando veía que flojeaba estaba ahí para regañarme y motivarme pero sobre todo por recordarme que tenía una tesis que hacer, a mis abuelos (Q.D.E.P.) que aunque ya no están con nosotros les dedico este triunfo porque sé que desde donde estén también comparten mi felicidad.

A mis amigas Eloisa, Karina y Angélica que siempre tenían palabras alentadoras para mí, que han compartido conmigo cada uno de los tropiezos y logros alcanzados y por esa amistad de años y que espero que siga por muchos años más porque ya son parte de mi familia, también a mi amiga Sahrahit quien me apoyo y alentó para continuar cuando parecía que me iba a rendir, Diana que trabajo conmigo en este proyecto y aprendimos mucho una de la otra, además de que durante la carrera nos ayudamos siempre porque las 2 trabajábamos y nos desvelábamos juntas haciendo tareas. A mis amigos Carlos y Víctor quienes fueron siempre un apoyo emocional, porque tenían las palabras que necesitaba para impulsarme a seguir, estando al pendiente de cómo iba, por siempre estar

dispuestos a escucharme. Al compañero y amigo David que sólo se nos adelanto, porque tenía la meta de seguir superándose y concluir esta etapa Q.D.E.P.

A mis profesores gracias por su tiempo ya que fueron parte importante en mi formación desde que inicie hasta el final, por tenerme paciencia así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A todos los que estuvieron a mi lado no lo hubiera logrado sin su apoyo, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto. Les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean.

María Beatriz.

Agradecimiento

Primeramente agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por protegerme a mí y a mi familia durante todo este camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades en mi vida. A los profesores, gracias por su tiempo, apoyo y enseñanza, un especial agradecimiento al Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz por su valiosa guía, la paciencia que me tuvo en este tiempo y por la dirección de este trabajo, por la atenta lectura, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

Agradezco también a los que colaboraron en la misma, los estudiantes de 5to año de la escuela primaria “Miguel Hidalgo y Costilla” turno matutino, quienes participaron en la fase intervención, al director por apoyar esta idea y permitirme la realización de la tesis.

A mis revisores quienes también aportaron en la realización de esta tesis, nuevamente a mis profesores por sus enseñanzas a lo largo de mi carrera, que sin todos ustedes nada de esto habría sido posible, a mis amigos gracias por confiar y creer en mí y haber hecho de esta etapa un trayecto de vivencias que nunca olvidaré. Por último agradezco en especial a mis padres Cecilia y Abel por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, que han estado apoyándome en todo momento. ¡Ya soy Licenciada!

María Beatriz.

Índice

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria..... | i |
| Agradecimiento | iii |
| Resumen | 1 |
| Introducción..... | 4 |
| Capítulo 1. Planteamiento del problema. | 7 |
| 1.1 Hipótesis | 8 |
| 1.2 Objetivos..... | 8 |
| 1.3 Justificación | 9 |
| Capítulo 2. Marco teórico..... | 10 |
| 2.1 Definiciones..... | 10 |
| 2.1.1 familia. | 10 |
| 2.1.2 costumbre. | 10 |
| 2.1.3 nutrición. | 11 |
| 2.1.4 hábitos alimentarios..... | 12 |
| 2.1.5 cultura..... | 13 |
| 2.1.6 hábito..... | 14 |
| 2.2 Antecedentes..... | 14 |
| 2.3 Epidemiología..... | 20 |
| 2.4 Aspectos normativos y jurídicos | 23 |
| 2.5 Factores de riesgo y protección | 36 |
| 2.5.1 factores determinantes de la alimentación. | 38 |
| 2.6 Estudios preventivos | 38 |
| 2.7 Proceso de concientización Paulo Freire. | 47 |

| | |
|---|-----------|
| Capítulo 3. Método | 49 |
| 3.1 Tipo de estudio..... | 49 |
| 3.2 Diseño de investigación | 49 |
| 3.3 Participantes..... | 49 |
| 3.4 Instrumento | 49 |
| 3.5 Programa de intervención | 51 |
| 3.6 Procedimiento | 53 |
| Capítulo 4. Resultados..... | 55 |
| Capítulo 5. Análisis de resultados | 64 |
| Capítulo 6. Conclusiones..... | 68 |
| Referencias | 72 |
| ANEXOS | 78 |

Resumen

La presente investigación se realizó con el fin de no sólo crear conciencia en los hábitos alimentarios, sino también lograr un cambio en las conductas alimentarias de los niños, además de dar a conocer los alimentos que aportan nutrientes al cuerpo y los que son dañinos para la salud, ya que los niños deben ser considerados como los consumidores adultos del mañana. Es importante mencionar que los hábitos vienen generados de la cultura alimentaria que se recibe en el entorno en donde se desarrolla el ser humano, por lo anterior la meta de este estudio fue evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación para la mejora de una conducta alimentaria en niños. El tema abordado en esta investigación es considerado un problema ya que no solo intervienen la salud sino también las conductas o costumbres que traemos desde el hogar, estos son patrones que seguimos de generación en generación. La escuela es el segundo lugar donde los niños están expuestos al consumo de cualquier alimento desconociendo si es saludable o no. El objetivo es evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación para la mejora de la conducta alimentaria en niños, es importante intervenir con un programa de conductas alimentarias sanas, además de crear conciencia de cuales son sanos y cuáles no lo son, de los beneficios y así como de los riesgos que implica el exceso de consumir alimentos no nutritivos, el propósito es que los niños puedan adoptar nuevas formas y conductas nutritivas en su alimentación. Se considera importante esta investigación, ya que se pretendía indagar y conocer como está repercutiendo las costumbres alimentarias en niños, que a su vez esto depende de que se lleve a cabo una sana alimentación, ya que es indispensable para su desarrollo y tener un óptimo desempeño escolar. Las conductas que se adoptan desde pequeños son las que forjarán como ser humano y estarán siendo transmitidas como un patrón de generación en generación; por eso se implementó un programa con la finalidad de adoptar nuevos conocimientos para la mejora de la alimentación en los niños, debido a que en esta etapa de la vida es donde pueden modificarse conductas y

así poder lograr una mejora en la ingesta de alimentos. La forma en que se alimenta cada persona es el resultado particular de una compleja interacción de factores fisiológicos y psicológicos individuales y factores sociales y culturales. Mientras que la nutrición es eminente involuntaria, inconsistente y continua, el acto de comer es intermitente y en esencia, voluntario y consciente, aunque finalmente lo regulan mecanismos fisiológicos, en especial las sensaciones de hambre y la saciedad. **Método:** El diseño de esta investigación fue de tipo explicativo ya que se dieron argumentos con la variable dependiente que son los conocimientos sobre la alimentación en escolares, así como en la variable independiente que es el programa para modificar los conocimientos de la alimentación. Fue experimental porque se realizó la aplicación de una intervención de tipo Pre y Post test sobre el sujeto de estudio. Longitudinal, porque se realizó una intervención antes y después, finalmente prospectiva pues se hicieron mediciones del presente hacia el futuro. Se aplicó el instrumento a un grupo de 50 niños 22 hombres y 28 mujeres de una edad de entre 9 a 12 años de edad de una escuela primaria pública. Se aplicó un instrumento hecho por el Instituto Europeo de la Alimentación Mediterránea (IAMED) en enero del 2008, CREALMAP, instrumento de creencias alimentarias vs 1.0, el cual evalúa la frecuencia habitual de la ingesta de alimento o grupo de alimentos durante un periodo de tiempo determinado. El programa de intervención fue una propuesta realizable, creativa y detallada en su aplicación, se diseñó en busca de una mejora preventiva sobre la presencia de conocimientos en cuanto a las costumbres que influyen en la alimentación y que estas pudieran afectar en el desarrollo tanto físico como de salud en los niños. Con lo que se pretendió en el programa fue indagar y conocer que tanto conocían sobre la alimentación, reforzar los conocimientos que ya tenían sobre una alimentación sana y así su calidad de vida sea plena y tengan un desarrollo óptimo. Es importante mencionar que la familia es donde comienza la educación, es la pauta que sigue cada uno de los individuos para su formación, desde características tan esenciales como el carácter, forma de ser, de vestir, alimentarse entre otras; con el paso del tiempo pueden ir surgiendo modificaciones, variaciones de las concepciones de dichas costumbres, creencias y valores. El programa se basó en

6 sesiones y con una duración de una hora aproximadamente y un tiempo de 7 días. Las sesiones que se llevaron a cabo fueron: aplicación del instrumento de creencias alimentarias vs 1.0 (CREALMAP), actividades dinámicas y sesiones de reflexión personal. **Resultados:** Los resultados de la tabla indicaron que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la Pre y Post prueba, antes de la intervención se pudo observar que en base a la cuestión *hay que ir a comprar sin hambre*, el 16% mostró indiferencia y después de la intervención con el taller disminuyó al 4%, mientras que los que estaban de acuerdo antes de la intervención fue de 20%, después se mostró con un 0%. En el presente estudio se obtuvo que 54% de los niños piensa que *comer ensaladas en las comidas es sano*. Cabe mencionar que el consumo de vegetales, y frutas en esta etapa de la vida proporcionan beneficios a su salud. Este resultado contrasta al reportado por Suárez y Ezquivel (2003) quienes encontraron que 35% de los niños opina que un niño en edad escolar debe consumir vegetales. Estos resultados podría deberse a que en ambos programas no sólo se trabajó en la educación alimentaria sino también en conseguir que el consumidor sea responsable, es importante trabajar con métodos que motiven a llevar un cambio en los comportamientos alimentarios tomando en cuenta que estos varían de acuerdo a la edad. **Conclusiones:** Como Educadores para la Salud es importante que se realicen este tipo de propuestas, programas de apoyo en el que se ataquen las necesidades de la población para tener mejoras en cuanto a la calidad y estilos de vida. Por otra parte es importante considerar en el estudio a los padres o los encargados de la alimentación de los niños, ya que también se pueden detectar debilidades y/o fortalezas en ellos, lo cual ayude a establecerse conductas alimentarias saludables. Y finalmente la propuesta que se hace es que una vez implementado el programa de intervención, es que se haga nuevamente la aplicación del cuestionario después de 6 meses, el cual nos servirá para identificar si las conductas o conocimientos sobre una alimentación saludable permanecen en el individuo.

Introducción

Se indaga en el tema sobre los hábitos alimentarios en niños ya que es parte de la educación diaria y que a su vez están influidas por costumbres, espacio geográfico, vegetación, preparación de alimentos y horarios de comida; por lo que se retoman las costumbres en escuelas ya que estas contribuyen en la alimentación de niños durante su estancia en la escuela. La Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO) dice que los niños deben ser considerados como los consumidores adultos del mañana. Las costumbres alimentarias se aprenden temprano, y las escuelas pueden desempeñar un papel importante al promover criterios de selección alimentaria y pautas dietéticas sanas y sostenibles (FAO, 2011).

Los niños en edad escolar constituyen uno de los grupos prioritarios que deben recibir una educación en nutrición; es particularmente importante impartir esta formación de forma efectiva.

Es importante mencionar que los hábitos vienen generados de la cultura alimentaria que se recibe en el entorno, es decir desde el contacto directo que se tiene con los padres. Considerando que estas nuevas costumbres como ver televisión por largos periodos durante el día, no hacer ejercicio y el famoso video juego, intervienen en el desarrollo físico del niño. La alimentación no implica simplemente el acto de comer sino también una serie de comportamientos o conductas que se adquieren progresivamente en el ámbito familiar y en comedores escolares.

Por lo anterior la meta de este estudio fue evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación para la mejora de una conducta alimentaria en niños.

Para cumplir con esta meta en el capítulo 1 se habla sobre la problemática que aqueja actualmente a nuestro país, que es la alimentación

En el capítulo 2 se habla sobre algunos de los conceptos que nos ayudan a complementar esta investigación y que además se entienda la problemática de

estudio, con que con el conjunto de estas características ayuden a delimitar y contextualizar este tema.

La importancia de la dieta como causa de diversas enfermedades y la posibilidad de intervención educativa en el periodo escolar, hacen recomendable conocer las actitudes de los jóvenes respecto a la nutrición y sus hábitos alimentarios.

Un punto importante es rescatar índices de obesidad infantil, así como de desnutrición.

Se hace referencia a los aspectos normativos y jurídicos de acuerdo al tema de investigación, sobre la seguridad alimentaria y nutricional, la norma oficial mexicana para el fomento de la salud escolar.

Se habla sobre los factores de riesgo y protección, ya que es importante rescatar puntos sobre la preservación de la calidad de vida y de una alimentación saludable, asimismo se puede encontrar factores beneficios y que además son de vital importancia en la nutrición del niño.

En el capítulo 3 se habla sobre el tipo de investigación que se realiza, así como el programa de intervención que se aplica un cuestionario antes y después. Se describe los participantes en el programa.

El instrumento que se aplica tiene la función de conocer y de identificar en nivel de conocimiento que tienen las personas referentes a las guías alimentarias, orientado a los alimentos de menor consumo; frutas, verduras, pescado y legumbres. Conductas alimentarias-sedentarias; hace referencia al tiempo de inactividad durante el día y la asociación a un menor consumo de alimentos.

El programa de intervención se diseña con la finalidad de obtener una mejora preventiva sobre los conocimientos que están influyendo en que la alimentación se saludable o no. Al crear conciencia sobre el consumo de alimentos saludables y sobre actividades que estarán mejorando la salud, se podrá prevenir enfermedades como obesidad o por el contrario tener desnutrición.

En el capítulo 4 se reflejan los resultados obtenidos, se muestra en que apartados o en que preguntas hubo datos significativos a través de la intervención.

En el capítulo 5 se muestran el análisis de los resultados en el que se detalla las diferencias entre la Pre y Post prueba.

En el capítulo 6 se concluye sobre el trabajo realizado, así como mencionar sobre si se cumplen los objetivos realizados al inicio de la investigación. También sobre el programa de intervención que se aplicó de la aceptación que tuvo en los niños y de las propuestas que hace el Educador para la Salud.

Capítulo 1. Planteamiento del problema.

El tema abordado en esta investigación es considerado un problema ya que no sólo intervienen la salud sino también las conductas o costumbres que traemos desde el hogar, estos son patrones que seguimos de generación en generación.

La alimentación es uno de ellos, siempre en casa desde pequeños se copian costumbres de los mismos padres; es por eso que se aborda este tema con niños desde la perspectiva de las costumbres tanto en la familia como en la escuela.

La escuela es el segundo lugar donde los niños están expuestos al consumo de cualquier alimento desconociendo si este es saludable o no.

Además, cabe mencionar que en niños podrían cambiar conductas alimentarias no saludables siempre y cuando cuenten con la información necesaria para hacerlo y entonces así ellos puedan en un futuro cambiar y/o modificar su calidad de vida. Es por esto que se considera necesario intervenir con un programa de conductas alimentarias sanas para que los niños adopten nuevas formas y conductas nutritivas en su alimentación.

El Educador para la Salud juega un papel importante ya que es el personal capacitado para no sólo identificar problemáticas en comunidades sino también para diseñar programas de intervención mediante estrategias que van encaminadas a fomentar, crear y promover hábitos saludables, para que así los niños tengan el alcance de un desarrollo óptimo mediante el empoderamiento y que así se puedan prevenir enfermedades, en el presente estudio se aborda la problemática sobre los hábitos alimentarios que no son saludables para niños escolares y así además de diseñarse se implementaron sesiones educativas para modificar y crear nuevas conductas alimentarias.

Tomando en cuenta que la forma en que se alimenta cada persona es propia de la educación que se recibe desde pequeños y que así es como se vuelve una costumbre; que si bien es cierto influye toda una rutina que tenga cada familia, por ejemplo el que los padres tengan un trabajo que les ocupe la mayor

parte del día dejándolo agotado y sin “tiempo para preparar una alimentación sana para toda la familia”; las escuelas no tienen las debidas precauciones sobre la alimentación de los niños dándoles a consumir productos de baja calidad nutricional. Es por eso que se considera de vital importancia conocer que es lo que los niños consumen a diario y que se creé en ellos una sana alimentación y posteriormente tengan una sana calidad de vida. Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta: ¿La implementación de un programa puede influir en los conocimientos sobre las costumbres familiares y escolares en la alimentación en niños?

1.1 Hipótesis

H_A La implementación de un programa influye en los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación.

H_0 La implementación de un programa no influye en los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación.

1.2 Objetivos

Objetivo general: Evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación para la mejora de la conducta alimentaria en niños.

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación.
- Aplicación de un programa para la mejora de la conducta alimentaria en los niños.

1.3 Justificación

Se considera importante esta investigación, ya que se pretende indagar y conocer cómo está repercutiendo las costumbres alimentarias en niños, que a su vez esto depende de que se lleve a cabo una sana alimentación, ya que es indispensable para su desarrollo y tener un óptimo desempeño escolar. Recordemos que la educación no sólo depende de la escuela donde el niño asiste. Es importante mencionar que la familia es donde comienza la educación, es la pauta que sigue cada uno de los individuos para su formación, desde características tan esenciales como el carácter, forma de ser, de vestir, alimentarse, entre otras; con el paso del tiempo pueden ir surgiendo modificaciones, variaciones de las concepciones de dichas costumbres, creencias y valores.

Las conductas que se adoptan desde pequeños son las que forjarán como ser humano y estarán siendo transmitidas como un patrón de generación en generación; es importante que se reciba la educación alimentaria no sólo en el ámbito escolar, sino también en llegar a las familias ya que la persona que es encargada de alimentar a toda la familia debe tener conocimiento de los nutrimentos necesarios para lograr una mejor calidad de vida.

Es por eso que se implementó un programa con la finalidad de adoptar nuevos conocimientos para la mejora de la alimentación en los niños, debido a que en esta etapa de la vida es donde pueden modificarse conductas y así poder lograr una mejora en la ingesta de alimentos. Cabe mencionar que el objetivo es que conozcan que algunos de los alimentos son dañinos para la salud, sin embargo no son del todo prohibidos, sino que el consumo de ellos debe ser en menor cantidad a comparación de los que proporcionan nutrientes para conservar nuestra salud.

No olvidemos que los niños son más vulnerables al tener al alcance ciertos productos como frituras, dulces, etc., ya que al no haber quien los guíe sobre el consumo de dichos productos, serán consumidos y tal vez con frecuencia.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Definiciones

2.1.1 familia.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo (OMS, 2009).

2.1.2 costumbre.

La costumbre es una forma inicial del derecho consuetudinario que consiste en la repetición constante de un acto que con el paso del tiempo se vuelve obligatoria y por necesidad, consentimiento colectivo y apoyo del poder político llega a convertirse en ley (Machicado, 2010).

La costumbre es una norma de conducta nacida de la práctica social y considerada como obligatoria por la comunidad. La costumbre surge de manera espontánea por la práctica efectiva y repetida de una determinada conducta por un grupo social manifestada externamente a través de un uso social. En un sentido jurídico se puede decir que la costumbre consiste en la reiteración de actos, o conductas repetidas durante cierto tiempo, con la creencia de que se está cumpliendo una norma jurídica (López, 2006).

2.1.3 nutrición.

Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (OMS, 2012).

De otra manera, la nutrición es definida como la ciencia que estudia el aprovechamiento de los nutrientes en nuestro cuerpo, el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico; garantizando que todos los procesos fisiológicos se efectúen de manera correcta con el alimento suministrado, logrando así una salud adecuada y previniendo enfermedades (Royo, 2011).

Según la definición de la OMS la nutrición es el proceso a través del cual los organismos vivos toman y transforman en su interior sustancias sólidas y líquidas, que le son extrañas y que necesitan para el mantenimiento de la vida, el funcionamiento de sus órganos, la producción de energía y el crecimiento (Galilea, 2010).

La nutrición es una ciencia que se encarga de estudiar los nutrientes (sustancias nutricias/alimenticias o nutrimentos) que constituyen los alimentos, la función de estos nutrientes, las reacciones del organismo a la ingestión de los alimentos y nutrientes, y como interaccionan dichos nutrientes respecto a la salud y a la enfermedad (la relación entre la nutrición, la salud y la enfermedad). Además, la ciencia de la nutrición se dedica a investigar las necesidades nutricionales del ser humano, sus hábitos y consumo de alimentos, y la composición y valor nutricional de esos alimentos. La nutrición como un conjunto de procesos se dirige hacia el estudio de la ingestión, digestión, absorción, metabolismo y excreción de las sustancias alimenticias (nutrientes/nutrimentos) por medio de los cuales se produce energía para que ese organismo vivo puede sostenerse, crecer, desarrollarse y en la mayoría de los casos reproducirse (Lopategui, 2000).

2.1.4 hábitos alimentarios.

Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres (Secretaría de Salud, 2012).

Los hábitos alimentarios se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. Con esta guía aprenderemos lo que es una dieta sana y la importancia de hacer ejercicio físico (Confederación de ámbito estatal de consumidores y usuarios, 2008).

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones, ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan, cuantitativamente, por un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal. Los hábitos alimentarios nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con el medio social. Sufren las presiones del marketing y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias (Uriarte, 2008).

2.1.5 cultura.

Conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores y las creencias. La cultura da al hombre la capacidad de reflexión sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. Por ella es como discernimos los valores y realizamos nuestras opciones. Por ella es como el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevos significados y crea obras que lo trascienden (UNESCO, 1982).

Vale la pena rescatar la información registrada por cronistas e historiadores con el fin de dar publicidad al manejo de las explotaciones agrarias, indispensables para producir, almacenar y procesar los alimentos que requería la población de cada región, la cual sirvió simultáneamente para sostener a sus opresores. Dentro de esta riqueza cultural es importante rescatar la información sobre comportamientos extraños o extravagantes para los humanos del presente siglo, como la antropofagia, la idolatría, los compromisos matrimoniales y la exhumación de sus cadáveres (UNESCO, 1982).

La cultura es una abstracción, es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto nuestro conocimiento de la cultura de un grupo va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que vamos a poder concretar en patrones específicos de comportamiento de acuerdo a su entorno (Herrero, 2002).

La cultura son las representaciones simbólicas, que nacen de las interpretaciones del mundo. Es todo aquello que hace a la forma de vida de un pueblo, comunidad o grupo: usos, costumbres, tradiciones, manera de comunicarse y todo lo que hace a la identidad de ese grupo (Montalván, 2000).

2.1.6 hábito.

Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar (Instituto Nacional de Nutrición, 1998).

Los hábitos se construyen a través del tiempo, creados a partir de satisfacer algún tipo de necesidad, ya sea física, mental o sentimental y que por ello se vuelven parte de la vida cotidiana de una persona o varias. Estos hábitos también pueden transmitirse de padres a hijos o entre iguales, ya que como se ha llevado determinada actividad por un periodo de tiempo, se piensa que es bueno tener ciertas actitudes habituales (Uriarte, 2008).

2.2 Antecedentes

La forma en que se alimenta cada persona es el resultado particular de una compleja interacción de factores fisiológicos y psicológicos individuales y factores sociales y culturales. Mientras que la nutrición es eminentemente involuntaria, inconsciente y continua, el acto de comer es intermitente y en esencia, voluntario y consciente, aunque finalmente lo regulan mecanismos fisiológicos, en especial las sensaciones de hambre y la saciedad. El hambre "avisa" al organismo que necesita reponer su provisión de nutrientes y la saciedad le indica que dicha provisión ha sido debidamente satisfecha. El hambre y la saciedad son de una precisión sorprendente para controlar la cantidad de alimentos que se ingiere de manera que equivalga al requerimiento energético (Bourges, 2001).

Frente a la diversidad de factores ambientales que afectan la calidad de la alimentación, se considera que la educación en nutrición en la escuela representa una manera eficiente de alcanzar a un amplio sector de la población, que incluye no sólo a los niños y jóvenes, sino también a sus maestros, sus familias y la comunidad de la que forman parte (OMS, 1998).

Sin embargo, otros elementos pueden interferir con dichos mecanismos; uno es el apetito o el antojo, que es el deseo de comer un alimento o preparación específicos. Mediante interacciones complejas influyen también otros muchos factores, como conocimientos y prejuicios, gustos y preferencias, recuerdos y estados de ánimo, actitudes y temores, valores y tradiciones, hábitos y costumbres, caprichos y modas. Por supuesto, no son menos importantes los muy diversos factores históricos, geográficos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, comerciales, económicos, culturales e incluso religiosos que determinan la disponibilidad local de alimentos, el acceso de la población a ellos y los recursos culinarios para prepararlos (conocimientos, infraestructura material y de conservación). Debido a la complejidad y la variedad de los factores mencionados, la alimentación humana es especialmente susceptible a sufrir distorsiones cualitativas y cuantitativas (Bourges, 2001).

Los hábitos de alimentación son las actitudes de un niño y la distribución del horario a lo largo del día (tiempo de sueño, trabajo escolar, juego, actividades extra escolares y relación familiar) repercuten en sus hábitos alimentarios y en su apetito (FAO, 1998).

La mayor parte de los comportamientos alimentarios suelen quedar fijados en la infancia, situación que hace esta edad especialmente adecuada para la intervención educativa en el niño y en la familia (Casado, Casado & Díaz, 1999).

México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil. La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (AMNU 2010).

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era

normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar (Parra, 2005).

La constitución de la familia se remonta hasta los primeros momentos del hombre, incluso numerosas especies animales constan de una organización más o menos compleja en cuanto a materia familiar se refiere. La estructura familiar era patriarcal. Por lo que la familia no es un elemento estático sino que ha evolucionado en el tiempo en consonancia con las transformaciones de la sociedad relacionada con los factores políticos, sociales, económicos y culturales. Debido a esta evolución la familia ha cambiado su estructura e incluso sus funciones (Hareven, 1995).

Entre lo que entendemos, cómo la cultura tiene que ver con nuestra forma de alimentarnos es necesario también saber un poco de cómo la historia de la alimentación está estrechamente relacionada con la evolución del hombre. Todos los seres vivos necesitan alimentarse para vivir. Los hábitos alimentarios del ser humano han ido variando para poder adaptarse a las adversidades que el medio presentaba. El tipo de alimento que el hombre ha tenido que ingerir para su sustento, ha cambiado a través de los tiempos, porque se encontró obligado a comer aquellos que tenía más próximos y eran más fáciles de obtener con las escasas herramientas que poseía. La enorme capacidad de adaptación del ser humano al medio y a las circunstancias, conlleva la aparición de diferentes modos de alimentarse en las distintas sociedades. Por otra parte, esto hace que los hábitos alimentarios de una población no sean estáticos sino adaptables a las lógicas variaciones de su entorno vital, la cultura, la educación y diversos factores que lo rodean a este (Balboa, 2008).

El concepto de identidad cultural ha interesado a los filósofos, científicos sociales, literatos, desde hace varias décadas. Se ha reflexionado acerca de la esencialidad o la identidad del ser americano sostenía que un hombre no solo es su cuerpo sino su manera de comer, su forma de pensar, sus costumbres, su religión e inclusive su falta de religión. El vasto universo del patrimonio cultural de nuestro continente está conformado e integrado desde tiempos precolombinos por

diversas manifestaciones tanto del orden material como espiritual o simbólico (Balboa, 2008).

Dentro del orden material podemos citar artefactos de las más diversas materias primas (piedra, madera, cerámica, metal), el utillaje también diverso y vinculado a las formas de explotación económica, así como las construcciones monumentales: tanto ceremoniales como domésticas o utilitarias. El alimento o cocina de un pueblo es patrimonio cultural a pesar de su intangibilidad. A su vez existe todo un corpus patrimonial tangible complementario, directamente vinculado para a dicha actividad. En el proceso de apropiación se produce una remodelación o reformulación de dichos elementos para adaptarlos a nuestras características identitarias primigenias de esa manera pasan a formar parte de la materia con la que se amasa nuestra identidad y, por ende, se convierten en parte de la misma (Torres, Madrid, & Santoni, 2004).

En este punto creemos necesario definir qué es lo que entendemos por cocina. Según Rozin y Rozin el término “cocina” alude al “cuerpo de prácticas relacionadas con la alimentación que es culturalmente elaborado y transmitido”. Ahora cabe preguntarnos ¿Por qué consideramos que la cocina étnica o la gastronomía regional o nacional son patrimonio cultural? Pues, porque a pesar de su intangibilidad, que en este caso se parece más a la transitoriedad que a la inmaterialidad, la alimentación es un producto de la actividad material y simbólica del hombre, enmarcado en determinados sistemas culturales y sociales, producto de la transmisión intergeneracional. Al ser un emergente de la actividad del hombre en el marco de las diferentes culturas, la alimentación tiene sus propios rasgos característicos, peculiares y propios, diferentes de los de otra cultura. Se podría decir que tiene una estructura determinada, una gramática que establece que alimentos se pueden combinar y cuáles no, que alimentos comer en determinada situación y cuáles no. En este sentido es una producción rica en matices que merece conservarse (Torres, Madrid & Santoni, 2004).

En los años cuarenta del siglo pasado, la expansión de los sistemas comerciales y de los medios masivos de comunicación provocó una profunda transformación de los hábitos alimentarios al incrementarse la disponibilidad de

alimentos industrializados. No obstante la adopción de estos hábitos no se realiza de manera homogénea en todos los estratos sociales, de ahí que, para las siguientes décadas la alimentación en México, se clasifique de acuerdo al grado de aceptación que los alimentos industrializados tienen entre la población, con lo que surgen tres dietas principales. Primero la dieta indígena, centrada en el consumo de maíz, frijol, chile, pulque y algunas verduras (nopal, quelites) a los cuales se añaden alimentos como el azúcar, café y pequeñas cantidades de carne o huevo. En segundo lugar se encuentra la dieta mestiza (consumida por la clase media), caracterizada por un incremento en el consumo del frijol, verduras, leche, carne, huevos y la adopción cotidiana de algunos alimentos industrializados como pastas para sopas, harinas de trigo y refrescos. Por último, está la dieta denominada variada, la cual es propia de las poblaciones con mayor poder adquisitivo y que se caracteriza por añadir a la alimentación mestiza productos más variados y seleccionados, adoptando hábitos de países desarrollados con especial tendencia al consumo de alimentos industrializados. Evidentemente, en la actualidad el patrón alimentario dista mucho del delineado en esta clasificación, el cual es tan solo un reflejo de las diferentes dietas prevalecientes en México en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado. El patrón alimentario mexicano en los albores del siglo XXI presenta tres rasgos básicos: en primer lugar, varía entre regiones y grupos sociales por depender de la desigual distribución del ingreso en el país; en segundo se encuentra en un estado de transición latente ya que se enfrenta a cambios que tienen que ver con la dinámica de la industria alimentaria y la globalización de los mercados cada vez más rápidos en calidad, cantidad y forma de preparar alimentos y, tercero, tiende a ser desequilibrado, a pesar de que supera los requerimientos calóricos mínimos, sobrepasando las recomendaciones nutricionales en algunos alimentos, mientras que otros son deficientes. Por ejemplo, en las zonas rurales se observa una mayor diversificación de la dieta al aumentar el consumo de alimentos de origen animal e industrializado, lo cual la semeja a la de poblaciones urbanas. Esto hace que se presenten enfermedades crónico-degenerativas que antes fueron típicas sólo de las ciudades (Ortiz, Vázquez & Montes, 2005).

La nutrición, ubicada entre las ciencias naturales aplicadas (biomédicas, particularmente) inicio en 1780 con el descubrimiento de Lavoisier de que los seres vivos actúan como un motor que “quema” los alimentos para obtener de ellos la energía necesaria para funcionar. A principios del siglo XX, se descubrió que la carencia de pequeños compuestos químicos – las vitaminas- podían causar trastornos en la salud. Así se desarrolló un cuerpo de conocimientos en torno a los elementos nutricios que el ser humano requiere ingerir cotidianamente para mantener un desempeño fisiológico normal. Mientras que la comida se encuentra situada en un punto de encuentro entre lo biológico, lo social y lo cultural, las disciplinas científicas que estudian el comportamiento alimentario han erigido observatorios unilaterales producto del recorte de sus respectivos campos de estudio, en los cuales han construido teorías y conceptos muy específicos de cada ciencia en particular (Oseguera, 2001).

Los hábitos alimentarios son los que mejor determinan el nivel de salud individual y colectiva. Los hábitos alimentarios están influenciados por muchos factores que condicionan su correcta adopción; el hogar es la mejor escuela de formación en nutrición, de ella se adquiere la mayoría de las pautas de consumo: preferencias, frecuencia, cantidad, calidad; asociadas a características culturales, sociales y económicas, que generalmente se llevan hasta la edad adulta y se transmiten de generación en generación, conforme a los cambios del entorno. La institución educativa es también de gran influencia en el momento de definir las pautas de consumo alimentario; en ella se experimenta la libertad de elección, la variada oferta de alimentos, la opinión de los compañeros, la difusión de los medios de comunicación; que en diferente medida modifican el comportamiento alimentario de los individuos. De esta forma es necesario proporcionar a la población conocimientos para favorecer la adquisición de destrezas y habilidades en materia de nutrición; la educación nutricional se puede definir como “la parte de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de unos hábitos alimentarios saludables, en consonancia con los conocimientos científicos en materia de nutrición, persiguiendo el objetivo último

de promoción de la salud del individuo y de la comunidad (López, Yepes, Beltrán, & Cardona, 2007).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 1998) dice:

- Una nutrición apropiada es fundamental para el desarrollo físico y mental de niños y adolescentes;
- Los escolares son consumidores actuales y futuros que necesitan información y educación específicas para adquirir patrones alimentarios saludables y perdurables;
- Como futuros padres, los escolares jugarán un importante papel en el desarrollo de sus descendientes;
- Como miembros de la unidad familiar, los escolares constituyen un importante vínculo entre la escuela y el hogar, así como con la comunidad.

La promoción de la salud para el personal escolar es importante porque los docentes y el personal administrativo deben ser conscientes y responsables de los mensajes que transmiten como modelo a seguir para los alumnos y otras personas. Además, se ha demostrado que la promoción de la salud del personal escolar, mediante la promoción de la actividad física y un régimen alimentario saludable, puede mejorar su productividad y estado de ánimo, y reducir gastos médicos o de seguro (OMS, 2008).

2.3 Epidemiología

Generalmente se identifica a las mujeres con lo considerado femenino y a los hombres con lo considerado masculino; sin embargo, en México y en la mayoría de las sociedades, se establece una relación de jerarquía e inequidad entre ambas realidades, principalmente en relación con el acceso a los recursos, la toma de decisiones, la autodeterminación y de manera no menos importante, en lo relacionado con la división del trabajo en la vida cotidiana (Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia, 2005).

El panorama de la nutrición en México hasta hace tres o cuatro la desnutrición era fundamentalmente un problema de las áreas rurales; lo sigue siendo, pero ahora también lo es y de modo creciente en las áreas urbanas, no sólo por la importante migración rural a las ciudades sino porque en éstas han surgido grandes cinturones de miseria. La desnutrición se mide por medio de indicadores. Los más empleados en preescolares son el peso y la estatura y los índices derivados de esas medidas, los cuales señalan retraso en el crecimiento ponderal o estatura que no es exactamente lo mismo que desnutrición. Sin embargo, son buenos indicadores de ella, pues por una parte el crecimiento es muy sensible a la desnutrición y por la otra, ésta es la causa más común de retraso del crecimiento (Bourges, 2001).

La prevalencia de desnutrición aguda en el ámbito nacional representa actualmente la proporción esperada en una distribución de niños sanos y bien alimentados, es decir, menor a 2.5% de niños por debajo de -2 desviaciones estándar en una población bien nutrida, situación que se ha mantenido desde la encuesta de 1999. Sin embargo, el análisis por grupos de edad (información no presentada) muestra que a lo largo de cuatro encuestas nacionales la desnutrición continúa ubicándose entre 3 y 5% en niños menores de un año de edad, superior a la prevalencia nacional. Debe recordarse que la desnutrición aguda incrementa el riesgo de infección y muerte, en especial entre los niños que no son alimentados al seno materno (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional en Nutrición (ENSANUT) 2012, en todo el país 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda (emaciación). La baja talla en preescolares disminuyó 13.3 puntos porcentuales entre 1988 y 2012, al pasar del 26.9% al 13.6%. Las mayores prevalencias de baja talla se encuentran en el sur del país con 19.2%; a su vez, las localidades rurales de esta región presentan una prevalencia del 27.5%, 13.9 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (13.6%). Los niños en edad escolar (ambos sexos), de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad. Al analizar las tendencias puede

observarse que las cifras de sobrepeso y obesidad en escolares no han aumentado en los últimos seis años (ENSANUT 2006 a 2012).

Las tendencias en el estado de nutrición de los niños mexicanos son favorables para el periodo de 2000 a 2012. Por un lado muestran una disminución sostenida de la proporción de niños y niñas que padecen anemia, cuyos mejores resultados se observan en el grupo de edad más vulnerable a la deficiencia de hierro: entre los 12 y 23 meses de edad. Por otro lado, a pesar de los retos macroeconómicos la desnutrición crónica (medida a partir de la relación de la talla con la edad) continuó disminuyendo en el país, en todas las regiones y, particularmente, entre los más pobres. Aun así sigue estando presente, y esto requiere reforzar los programas orientados a su prevención, mientras que la desnutrición aguda ya no se constituye como un reto de salud pública en México (ENSANUT 2012).

Como se sabe, si no se tiene una buena alimentación no hay una buena nutrición, pero esta conducta se obtiene dependiendo la economía, costumbre y hábito de cada miembro de la familia. De acuerdo con la información difundida de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, en México persisten condiciones elevadas de desnutrición, mientras que están en aumento manifestaciones de mala nutrición por exceso. Algunos resultados generales del estudio sugieren que 30% de la población menor de 5 años tiene un déficit de energía y consumos bajos de zinc, hierro y vitamina A, así como ingesta por arriba de las recomendaciones de proteínas y vitamina C (Martínez & Villezca, 2003).

En los niños de 5 a 11 años existen problemas de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso: 16.1% de los escolares presenta baja talla para su edad y 4.5%, bajo peso; otro grave problema es la anemia, con una tasa nacional de 19.5%; además, uno de cada cinco niños presenta sobrepeso u obesidad. Los problemas de mala nutrición, sobre todo en los infantes, tienen efectos negativos en la formación de capital humano, que es el recurso más valioso para el desarrollo social y económico de un país (Martínez & Villezca, 2003).

2.4 Aspectos normativos y jurídicos

De acuerdo al tema que se investiga se hace mención de las siguientes normas:

Artículo 25 de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

La Seguridad Alimentaria y Nutricional es un tema prioritario en el ámbito internacional y nacional por ser la alimentación, un elemento básico para la vida y el desarrollo humano. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se reconoce la alimentación como un derecho humano. En el artículo 25 de esta declaración se establece que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”. Aunque tradicionalmente los derechos humanos se asocian sobre todo con el ámbito civil y político, vale la pena subrayar que a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se reconoce con igual jerarquía diversos derechos económicos, sociales y culturales, que en 1966 dieron origen al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En dicho Pacto se establece la obligación de los estados de garantizar el derecho a la alimentación, el cual se considera cumplido cuando las personas tienen acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada y a los medios para obtenerla. Además, el Gobierno de Costa Rica en el artículo 6, de la Constitución Política, da rango constitucional a los tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. El derecho a una adecuada alimentación, también ha sido planteado en diversos foros, tales como la Cumbre Mundial de la Alimentación (1996). Su efectiva aplicación señala que existe seguridad alimentaria cuando toda la población, y en todo momento, tiene acceso físico, social y económico a alimentos seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias para una vida activa y saludable. Es decir, ésta depende de que exista disponibilidad, acceso y una adecuada utilización biológica de los alimentos. (PMA-CEPAL, 2009). En el 2002 se incluye en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se incluyen directrices en apoyo al derecho a la alimentación

adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria. Lo anterior plantea el deber de los Estados de garantizar una alimentación saludable a todos sus ciudadanos, adoptando los principios de universalidad e igualdad para lograr la satisfacción de este derecho elemental para la vida. El consumo está condicionado por la producción de alimentos en el hogar, el nivel de ingresos, el tamaño de la familia, la distribución intrafamiliar de los alimentos, la educación nutricional, los conocimientos en la selección, la preparación y la cocción, según las costumbres y tradiciones del lugar, el efecto de la publicidad (positivo o negativo) y medios de comunicación en la selección de alimentos para su consumo. Los cambios en los hábitos alimentarios requieren de estrategias integradas de modificación de conductas y acciones educativas para mejorar las prácticas de alimentación y la nutrición. Estas acciones son estratégicas en la SAN, por lo cual, es importante ampliar su cobertura y dar continuidad al trabajo con niños en edad escolar, madres lactantes, adultos mayores y grupos en riesgo social. El énfasis en el valor nutritivo de las dietas es esencial para estas poblaciones (Organización Panamericana de Salud, 2011).

Educación para la Salud: al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

A) El Plato del Bien Comer: a la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.

B) Nutrimento: a toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Poco o más de la mitad de ellos pueden, además, ser sintetizados por el organismo si se cuenta con los precursores apropiados.

C) Promoción de la salud: al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-009-SSA2-1993, Para el Fomento de la Salud del Escolar. SCHOOLCHILD

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

NOM-009-SSA2-1993 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL FOMENTO DE LA SALUD DEL ESCOLAR.

Introducción.

La población de México se encuentra constituida en un alto porcentaje por población menor de 15 años. Dentro de este grupo, más de 20 millones de niños se ubican en el nivel de educación básica.

Aun cuando no hay datos precisos sobre el impacto de diferentes afecciones en el escolar, ciertos problemas de salud son causa de ausentismo y de deserción; otros, aunque no obstaculizan la asistencia a clases, disminuyen su rendimiento, afectan su aprendizaje y constituyen un problema para alumnos, maestros, padres de familia y para el país en general.

La edad escolar es una de las más importantes en la evolución del hombre. En ella se alcanza la maduración de muchas funciones y se inicia el proceso que le permite integrarse a la sociedad; por lo mismo, proteger la salud del escolar es fundamental.

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 incluye la promoción y cuidado de la salud del escolar, dentro de los programas para lograr el acceso universal a los servicios con equidad y calidad, a través de la participación de todas las instituciones de salud públicas y privadas y del trabajo compartido con otros sectores, para alcanzar más y mejores resultados.

La Norma trata de contribuir a dar respuesta a la problemática de salud del escolar, dentro de la orientación de la atención primaria a la salud y del derecho constitucional de la protección a la salud, así como del compromiso de México de atender prioritariamente a la niñez.

Por todo lo anterior, el contenido de esta Norma enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar, para evitar daños y secuelas y favorecer el desarrollo integral de este importante núcleo de población.

Objetivo y Campo de Aplicación

- a. Esta Norma tiene por objeto establecer actividades, criterios y estrategias de operación del personal de salud para el fomento de la salud del escolar.
- b. Esta Norma es aplicable en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado de atención a la salud, que desarrollen y ejecuten acciones para el fomento de la salud de los educandos del nivel de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional.
 - o Definiciones y Terminología

Para efectos de esta Norma se entiende por:

- a. Adicción: Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
- b. Atención al daño: Conjunto de acciones que realiza el personal de salud, tendientes a limitar el daño y restaurar la salud.
- c. Comunidad escolar: Grupo humano reunido con el propósito de fomentar formalmente la educación entre sus miembros.
- d. Consejo Escolar de Participación Social: Figura colegiada del Sistema Educativo Nacional, integrada con padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros y representantes de su organización sindical,

directivos de la escuela, exalumnos, así como con los demás miembros de la comunidad interesados en el desarrollo de la propia escuela.

- e. Consejo Municipal de Participación Social: Figura colegiada del Sistema Educativo Nacional, en el que se encuentran representadas las autoridades municipales, padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros distinguidos y directores de escuelas, representante de la organización sindical de los maestros, así como representantes de organizaciones sociales y demás interesados en el mejoramiento de la educación.
- f. Consejo Estatal de Participación Social: Órgano de consulta, orientación y apoyo del Sistema Educativo Nacional, en el que se encuentran representados los padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros y representantes de su organización sindical, instituciones formadoras de maestros, autoridades educativas, estatales y municipales, así como de sectores sociales especialmente interesados en la educación.
- g. Consejo Nacional de Participación Social: Instancia nacional de consulta, colaboración, apoyo e información del Sistema Educativo Nacional, en la que se encuentran representados padres de familia y sus asociaciones, maestros y su organización sindical, autoridades educativas, así como los sectores sociales especialmente interesados en la educación.
- h. Cultura de la salud: Conjunto de concepciones, ideologías y conocimientos que los grupos humanos tienen acerca de la salud y lo manifiestan a través de símbolos, ritos, prácticas y conductas sociales, para elevar su calidad de vida.
- i. Detección Precoz del Daño: Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de detección oportuna de enfermedades.
- j. Educación para la salud: Proceso organizado y sistemático con el cual se busca orientar a las personas a reforzar, modificar o sustituir conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar y lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

- k. Estilos de vida: Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales.
- l. Fomento de la salud: Proceso que promueve la autorresponsabilidad social en el cuidado de la salud y del ambiente, mediante políticas sanas, reorientación de los servicios de salud y de los estilos de vida, con la plena participación de la población, sus instituciones y autoridades.
- m. Grupo escolar: De acuerdo a las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos, que son: los preescolares, cuyas edades van de 4 a 5 años, escolares de primaria, de 6 a 14 años y escolares de secundaria, de 12 a 15 años.
- n. Participación social: Proceso mediante el cual se relacionan y organizan entre sí individuos, grupos, instituciones y autoridades, para identificar problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinarse para su ejecución, gestión de recursos y control y seguimiento de las acciones.
- o. Personal docente: Recursos humanos cuya preparación académica les permite dedicarse profesionalmente a la enseñanza, en los niveles preescolares, escolares primarios o escolar secundaria.
- p. Personal de salud: Recursos humanos de los establecimientos de salud, que realizan acciones de educación, prevención, atención a la salud y rehabilitación, así como de apoyo y de participación social.
- q. Programación curricular: Sistematización de contenidos teórico-prácticos para el desarrollo integral de los educandos, de acuerdo a un grado y a un nivel educativo específico.
- r. Trastorno de conducta: Comportamiento inadecuado del individuo, de carácter temporal o permanente y que refleja alteraciones emocionales, neurológicas o de otra índole.
 - Especificaciones
 - I. Disposiciones generales
 - II. Las acciones para el fomento de la salud del escolar son:

a) Acciones básicas:

- educación para la salud,
- prevención,
- o Detección de factores de riesgo,
- o Protección específica,
- o Saneamiento del medio
- detección precoz del daño,
- atención al daño,
- rehabilitación.

b) Acciones de apoyo:

- planeación,
- capacitación,
- comunicación educativa.

c) Acciones de participación social:

- promoción,
- organización.

III. Los destinatarios del fomento de la salud son los preescolares, escolares de primaria y escolares de secundaria del nivel de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional. Se recomienda extender estas acciones a los alumnos del nivel Medio Superior.

IV. Las autoridades de salud deben promover y establecer coordinación con las autoridades educativas federal, local y municipal, para llevar a cabo las acciones básicas, las acciones de apoyo y las de participación social para el fomento de la salud del escolar.

V. Acciones básicas.

VI. Educación para la salud.

VII. El contenido de educación para la salud está incluido en los programas curriculares de los niveles preescolares, escolar primaria y escolar secundaria y se refiere a:

- El cuerpo humano, que comprende anatomía, funciones, crecimiento y desarrollo, herencia.

- Riesgos y daños a la salud, que comprende identificación de agentes y situaciones de riesgo, desnutrición, enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y de transmisión sexual, adicciones y sus connotaciones personales, familiares, laborales y sociales; efectos de la contaminación ambiental en la salud.
- Factores condicionantes de la salud, que comprende servicios básicos, vivienda, educación, vestido, agua y drenaje; alimentación, higiene, seguridad (accidentes, violencias y abuso); integración familiar; inmunizaciones, ejercicio, deporte y descanso; ambiente; recreación y cultura.
- Derecho a la protección de la salud, que comprende legislación, servicios de salud, protección civil.
- Responsabilidad individual y social en salud, que comprende ambiente, cuidados y protección; participación social; sexualidad (ejercicio sano, responsable y seguro); prevención de accidentes; estilos de vida.

VIII. El personal de salud debe apoyar al personal docente en el desarrollo de la temática de educación para la salud, de acuerdo a los programas curriculares establecidos para los niveles preescolar, escolar primaria y escolar secundaria, así como en aquellos derivados de la situación de salud específica de cada lugar.

IX. El personal de salud debe orientar las acciones educativas hacia el desarrollo de una cultura de la salud, que promueva:

- la responsabilidad en la participación individual, familiar y colectiva en pro de la salud,
- la valoración de una vida saludable,
- el fortalecimiento, modificación o desarrollo de hábitos, conductas y actitudes sanas,
- la relación entre lo aprendido y la realidad, para ser utilizado en beneficio del alumno, su familia y la comunidad,
- la interrelación entre lo biológico y las causas y factores que lo afectan o benefician,
- la valoración y el respeto a la medicina tradicional.

X. Prevención

XI. El personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar en las actividades de prevención, que son:

a) La detección de factores de riesgo acerca de:

- condiciones del agua de consumo, ambientales, de seguridad e instalaciones del plantel
- enfermedades que afectan a los escolares
- seguridad vial
- venta de alimentos en la escuela y sus alrededores
- inducción a las drogas o su venta ilícita
- estilos de vida (hábitos alimentarios e higiénicos, consumo de drogas y otros)
- negligencia de los padres
- maltrato al menor, tanto físico como mental.

Para la identificación de estos factores se deben realizar:

- recorridos por las instalaciones del plantel y su entorno,
- encuestas y revisión de registros sobre las enfermedades que afectan a los escolares,
- detección de placa bacteriana,
- revisión de la cartilla de vacunación de preescolares y escolares de primaria, durante las inscripciones,
- peritajes sobre las condiciones del edificio, que se solicitarán a quien corresponda,
- visitas a la cooperativa escolar y a los expendios de alimentos,
- encuestas sobre estilos de vida,
- reuniones para conocer la opinión de la comunidad escolar sobre estos y otros factores de riesgo y sus posibles soluciones.

b) Protección específica, que se refiere a la realización de actividades correctivas de los riesgos detectados, entre otros:

- vacunación a preescolares y escolares de primaria
- auto aplicación de colutorios de fluoruro de sodio y eliminación de placa bacteriana a preescolares y escolares de primaria

- simulacros de evacuación
- acciones de autoayuda entre padres de familia a través de grupos, para analizar y resolver problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, aprendizaje y conducta, alimentación e higiene, salud sexual y reproductiva
- apoyo a la seguridad vial
- actividades culturales, deportivas y recreativas
- vigilancia del entorno escolar para protección de los escolares:

c) Saneamiento del medio

Vigilancia de:

- disposición, manejo y separación de basura,
- limpieza periódica de los depósitos de agua,
- cloración y manejo del agua,
- existencia o construcción y funcionamiento adecuado de servicios sanitarios,
- conservación del alcantarillado y drenaje,
- control de fauna nociva y transmisora.

Campañas a favor del ambiente:

- conservación del edificio escolar,
- limpieza del edificio escolar y su entorno,
- control del ruido y otros contaminantes.

XII. Las actividades de prevención deben realizarse con base en normas, programas, procedimientos e instrumentos establecidos, o bien, acordados por las autoridades de salud, en coordinación con las de educación.

XIII. Detección precoz del daño

XIV. El personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar, en particular del personal docente en el espacio escolar, y de los padres de familia, para realizar la detección precoz del daño en los alumnos, que comprende:

a) Observación cotidiana de señales físicas, síntomas, alteraciones de la conducta o deterioro del aprovechamiento, que sugieran problemas de agudeza visual, auditiva, mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, maltrato al

niño, enfermedades de la piel, infecciones gastrointestinales, respiratorias o trastornos posturales.

b) Aplicación de procedimientos sencillos, previa capacitación, para:

- identificar riesgo de mala nutrición mediante toma de peso y talla o, en su caso, medición del perímetro braquial,
- identificar trastornos de agudeza visual a través del examen con la cartilla de Snellen.
- identificar problemas auditivos mediante la prueba del minuto,
- detectar caries a través de la revisión bucal,
- identificar defectos posturales a través de la observación de pies, rodillas y hombros,
- valorar problemas de aprendizaje y conducta,
- reconocer señales de consumo de drogas.

c) Promoción del examen médico anual.

- XV. Las actividades de detección precoz del daño se pueden realizar con base en procedimientos e instrumentos establecidos, o bien, acordados por las autoridades de salud, en coordinación con las de educación.
- XVI. Los alumnos identificados con problemas de salud, mediante las detecciones realizadas en las escuelas, deben ser referidos a las unidades de salud. Para ello, el personal de salud debe promover la participación de los maestros y de los padres de familia.
- XVII. Atención al daño. Las actividades de atención encaminadas a la limitación del daño son: atención médica rutinaria, atención de urgencias y curaciones. Las debe realizar el personal de salud de acuerdo a la normatividad que en la materia ha establecido la Secretaría de Salud.
- XVIII. Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación para acordar el mecanismo de referencia y contra referencia, el cual debe ser conocido y respetado por los establecimientos de las instituciones respectivas.
- XIX. Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación para promover la instalación de módulos de atención temporal o permanente en

el espacio escolar, de acuerdo a necesidades y recursos disponibles. Es recomendable que cada plantel cuente con botiquín de primeros auxilios.

- XX. El personal de salud debe atender a los alumnos referidos por el personal docente en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y en los servicios temporales o permanentes que operen en el espacio escolar.
- XXI. El personal de salud del primer nivel de atención debe realizar en los escolares referidos: examen médico completo, diagnóstico y tratamiento de los problemas detectados, así como atención de urgencias.
- XXII. El personal de salud del primer nivel de atención debe referir a los alumnos, que así lo requieran, al segundo nivel de atención, a personal calificado o a instituciones de apoyo públicas, sociales o privadas.
- XXIII. El personal de salud promoverá cursos de capacitación a profesores y alumnos para la aplicación de primeros auxilios, prevención de accidentes y comportamiento en casos de desastre.
- XXIV. Rehabilitación. La rehabilitación comprende acciones tendentes a restaurar la capacidad física, sensorial o mental del escolar y promover facilidades para el desempeño de los discapacitados.
- XXV. Los escolares que requieran rehabilitación deben ser referidos por el servicio de salud a personal calificado o a instituciones especializadas públicas, sociales o privadas.
- XXVI. La rehabilitación debe llevarse a cabo a través de diferentes acciones, entre otras: ayuda alimentaria directa, lentes para trastornos de agudeza visual, auxiliares para problemas de audición, obturación de piezas dentales, ejercicios o prótesis para defectos posturales, terapia individual o familiar para problemas de aprendizaje y conducta, así como de adicciones.
- XXVII. El personal de salud promoverá y participará con el personal docente en el registro de los resultados de las revisiones efectuadas a los escolares, así como del manejo de los problemas encontrados.
- XXVIII. El personal de salud debe promover ante los consejos escolares de participación social, la coordinación y concertación con asociaciones,

instituciones y autoridades, para apoyar a los padres de familia a cubrir el costo de la rehabilitación de los escolares que lo requieran.

XXIX. Acciones de apoyo

a. Planeación

✚ Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación y los consejos escolares de participación social para la planeación de las acciones de salud escolar, en el ámbito que les corresponda.

✚ La planeación de acciones para el fomento de la salud del escolar comprende:

- diagnóstico sobre el universo a atender, necesidades y recursos disponibles,
- programa de trabajo por ciclo escolar, acorde al diagnóstico realizado,
- definición de estrategias de operación y tareas para ejecutar el programa,
- lineamientos para el seguimiento y la evaluación.

XXX. Capacitación. El personal de salud debe coordinarse con el de educación para realizar:

- un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación y los recursos disponibles,
 - un programa anual de capacitación, por ciclo escolar, que responda al diagnóstico.
- a. La capacitación debe orientarse al desempeño del personal de salud y de educación en las actividades de salud escolar en las que participan.
 - b. El personal de salud debe promover el apoyo de los consejos de participación social, de otras instituciones, grupos y autoridades, para llevar a cabo el programa anual de capacitación, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.
 - c. Comunicación educativa. La comunicación educativa debe orientarse a la información, difusión y promoción del fomento de la salud del escolar.
 - d. Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación para desarrollar las acciones de comunicación educativa en los ámbitos escolar y social.

- e. La comunicación educativa debe desarrollarse en el espacio escolar mediante periódicos murales, volantes, carteles, pláticas y otras acciones o medios. En el ámbito extraescolar, a través de los medios de comunicación masiva.

XXXI. Acciones de participación social.

La participación social comprende la incorporación individual y colectiva organizada en apoyo de las tareas y acciones de salud escolar, tanto en los espacios educativos, como en el entorno social. Se lleva a cabo a través de la promoción y organización.

a. Promoción

Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación y con los consejos de participación social a nivel escolar, municipal, estatal y nacional, para promover la participación de los niveles de gobierno correspondientes y de la sociedad en general, apoyándose en los comités locales, municipales y estatales de salud.

b. Organización.

La orientación y organización de la participación social deben responder a los programas de trabajo establecidos.

- c. Las autoridades de salud deben coordinarse con las de educación para promover la articulación de las acciones de salud escolar, con las que realizan los grupos sociales y el gobierno, en favor del bienestar general.

2.5 Factores de riesgo y protección

El estado nutricional está determinado por factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones que se agravan mutuamente. Un aspecto de trascendental importancia en el estado nutricional son los hábitos y las costumbres alimenticias, los cuales

se ven influenciados por el ambiente donde el niño se desarrolla. En la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares, amigos y de personas que ellos consideren modelo para la alimentación, con variados efectos en el patrón de alimentación que pueden contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso del estado de salud. La influencia de la madre es bastante fuerte en esta etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos. En la etapa escolar “el mundo del niño se amplía, al igual que las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar y se expone a diferentes alimentos y diversas formas de prepararlos, con distintos horarios y lugares. En Colombia se desarrollan diferentes programas y proyectos que buscan contribuir a mejorar la situación alimentaria y nutricional de este grupo de población desde la escuela. Uno de estos programas es el de Restaurantes escolares, que en las últimas décadas ha demandado la movilización de importantes recursos humanos y la destinación de muy elevados presupuestos. La familia ha sido conceptualizada por la antropología y la sociología como una institución articulada con la sociedad, ligada a la conservación de la vida y a la socialización de nuevas generaciones. Desde esta perspectiva la familia se convierte en agente fundamental de la transformación de valores y conductas aceptadas por la sociedad como deseables, además de ser la base del desarrollo emocional debido a que entre los integrantes de la familia se desarrollan estrechos lazos afectivos basados en obligaciones y sentimientos de pertenencia. En ese sentido, es importante dar cuenta de la familia y del contexto socioeconómico y cultural que la rodea con la finalidad de identificar como influye ella en el desarrollo de los diferentes comportamientos alimentarios que pueden beneficiar o afectar la salud de los escolares (Restrepo, & Maya, 2005).

2.5.1 factores determinantes de la alimentación.

Comer es una necesidad biológica ineludible; de ello depende de la conservación de la vida. Sin embargo, para el ser humano es mucho más que eso: es estímulo placentero para los sentidos; medio de expresión estética; instrumento eficaz de comunicación y vinculación social; elemento central de ritos, celebraciones festivas y ceremonias luctuosas; instrumento para mantener y fortalecer el sentido de identidad y, en fin, forma predilecta para expresar las peculiaridades de cada cultura. Sin embargo, otros elementos pueden interferir con dichos mecanismos; uno es el apetito o el antojo, que es el deseo de comer un alimento o preparación específicos. Mediante interacciones complejas influyen también otros muchos factores, como conocimientos y prejuicios, gustos y preferencias, recuerdos y estados de ánimo, actitudes y temores, valores y tradiciones, hábitos y costumbres, caprichos y modas. Por supuesto, no son menos importantes los muy diversos factores históricos, geográficos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, comerciales, económicos, culturales e incluso religiosos que determinan la disponibilidad local de alimentos, el acceso de la población a ellos y los recursos culinarios para prepararlos (conocimientos, infraestructura material y de conservación). Debido a la complejidad y la variedad de los factores mencionados, la alimentación humana es especialmente susceptible a sufrir distorsiones cualitativas y cuantitativas (Bourges, 2001).

2.6 Estudios preventivos

En el presente se apartado se presentan estudios que hayan hecho intervención que tienen que ver con el tema que se investiga en el presente trabajo.

En la investigación “Modelo educativo nutricional para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares obesos”, se evaluó la efectividad de un modelo de educación nutricional para la reducción de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en niños escolares obesos. Se realizó un diagnóstico previo para identificar las características generales de este grupo de niños y determinar el estado nutricional, los conocimientos, las actitudes y las

prácticas alimentarlas. Dicho estudio fue de tipo cuasiexperimental el cual incluyó 31 niños obesos divididos en dos grupos: 15 casos y 16 controles. Todos los niños tenían entre 7 y 12 años, con obesidad; se realizaron 5 sesiones educativas en las que se utiliza un libro de actividades, cuentos y juegos. En el análisis de la dieta reportó disgusto por el consumo de frutas y vegetales e inadecuado consumo de macronutrientes y micronutrientes. También se identificaron inadecuados conocimientos relacionados con la alimentación adecuada para la prevención de enfermedad cardiovascular. Sus resultados reportaron que al consultar a los niños respecto lo que significa para ellos alimentarse, 67% describió asociaciones relacionadas con términos como: consumir alimentos variados, fuerza física, salud, comer en exceso, consumir frutas y vegetales, "comer para adelgazar "o" con crecimiento y sólo 65.5% de los niños respondió afirmativamente al consultárseles respecto a si existía relación entre alimentación y salud, de los cuales 32% asocia la alimentación con salud. Un 58% de los niños opinó que un niño en edad escolar debe consumir frutas y 35% vegetales. Los autores concluyeron, que el modelo educativo propuesto fue diseñado para la enseñanza de niños en edad escolar sin importar su estado nutricional, se sugiere su implementación en diferentes escuelas del país, con el propósito de que al llegar a la edad adulta la población tenga mejores índices de salud (Suárez & Ezquivel, 2003).

En el estudio "Un juego de cartas durante los recreos escolares mejora los hábitos alimentarios en adolescentes" el cual tiene como objetivo mejorar los hábitos alimentarios saludables (desayuno, ingestas de fruta y agua, consumo de refrescos, bollería-golosinas y fritos) en adolescentes; su método fue una intervención que se llevó a cabo durante 3 meses, con alumnos de entre 12 y 16 años, mediante una propuesta educativa a través de un juego de cartas basado en el desarrollo de hábitos saludables de vida y actividad físico-deportiva y que se desarrolló en los recreos escolares. Se empleo un diseño cuasi experimental, se contó con 2 grupos (experimental y control), participaron 48 adolescentes de un universo de 197. Los resultados en este estudio tras la puesta en práctica de la intervención se dice que lograron mejoras significativas en 5 de los 6 hábitos

trabajados (la excepción fue el consumo de fritos) en el grupo experimental. Entre ellas sobresale especialmente la diferencia altamente significativa ($p \leq 0,001$) obtenida en el Desayuno y la Fruta, entre pretest y posttest y entre pretest y retest (tres meses después de finalizada la intervención). Sin embargo, en el grupo control no se produjeron diferencias significativas en ninguno de ellos. Los autores concluyen que una intervención escolar realizada desde el departamento de Educación Física, mediante compromisos saludables a través de juego de cartas, mejora los hábitos alimentarios en adolescentes (Pérez & Delgado, 2012).

En el programa “Efecto de intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesidad texto y contexto enfermagem” menciona que un alto porcentaje de niños y adolescentes con obesidad tiende a convertirse en adultos obesos. El objetivo que tuvo esta investigación fue determinar la efectividad de una intervención de enfermería con el propósito de modificar la actividad física y el consumo de alimentos ricos en grasa, en jóvenes adolescentes con sobrepeso u obesidad. El diseño fue pre-experimental con pre y post prueba y una medición de seguimiento; se trabajó con 18 estudiantes obesos o con sobrepeso. La duración de la intervención fue de nueve semanas e incluyó cuatro sesiones educativas y ocho de actividad física; el seguimiento se realizó a la treceava semana. Los autores concluyen que en cuanto a sus resultados de este estudio mostraron una disminución en el consumo de alimentos ricos en grasa, que no permaneció al mes de seguimiento. Hubo incremento en actividades físicas de intensidad moderada y alta. El apoyo de los padres en conservación de conductas de auto cuidado no fue el esperado (Soto & Gallegos, 2004).

En el programa “Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar” se habla sobre la implantación de hábitos alimentarios saludables en la población infantil en el ámbito escolar y familiar, ya que los autores consideran que es de gran importancia para la prevención de la obesidad infanto-juvenil. El objetivo de esta investigación fue conocer los hábitos del almuerzo de una población escolar, su prevalencia de sobrepeso y obesidad así como instaurar hábitos dietéticos saludables y educar nutricionalmente a esta para

mejorar las costumbres alimentarias a través de un almuerzo saludable; en el método se realizó un estudio prospectivo de intervención en escolares, donde se incluyeron niños de 10-13 años. Este estudio se llevó a cabo en 3 fases pre intervención la primera consistió en la aplicación de un cuestionario de frecuencia de almuerzo y de alimentos consumidos, la segunda intervención fue hecha a través de charlas formativas al profesorado y los padres sobre “la importancia de una correcta alimentación en el escolar”, enfocadas en la trascendencia de una alimentación sana y equilibrada que incluyese un almuerzo saludable diariamente en el escolar y entrega del almuerzo durante dos semanas a los alumnos que incluía lácteos, fruta y bocadillo tradicional; por último se aplicó un cuestionario de frecuencia de almuerzo y de alimentos consumidos. Los resultados que obtuvieron fueron que la frecuencia de sobrepeso fue del 10.6% y de obesidad del 2.6%. Tras la intervención realizada se produjo un incremento del 9.2% de individuos que almorzaban y una modificación de los alimentos consumidos. Los autores concluyen que la modificación de los hábitos dietéticos del almuerzo de los escolares es posible con campañas sencillas de intervención nutricional (López, Cano, García & García, 2011).

En el proyecto “Prevención de obesidad en preescolares y escolares de escuelas Municipales de una comuna de Santiago de Chile: proyecto piloto 2006” en el año 2006 desarrollaron un proyecto piloto de intervención de 5 meses para prevenir la obesidad en preescolares y escolares de pre-kinder a 4° grado en 7 escuelas públicas de una comuna de clase media-baja de Santiago de Chile. El objetivo del proyecto fue evaluar la factibilidad de implementar una intervención de más largo plazo y darle sugerencias a las autoridades para poder hacerlo en mejor forma. En las 7 escuelas se implementaron actividades educativas dirigidas a los niños, incluyó 7 ejes temáticos: Alimentos, Alimentos Saludables, Estado Nutricional, Enfermedades relacionadas con la Alimentación, Higiene Personal, Ambientes Saludables y Cultura Alimentaria, pero además en 4 de éstas, se implementó un programa para los profesores. Este consistió en Consejería personalizada en hábitos de vida saludable, evaluaciones antropométricas y

bioquímica. Las iniciativas se evaluaron en una muestra de 522 escolares (estado nutricional y aptitud física) y en 38 profesores intervenidos (IMC, circunferencia de cintura, glicemia, HDL, colesterol total y triglicéridos) y los 19 sin intervención (IMC y circunferencia de cintura). Se determinó además la calidad de las clases de educación física. Los resultados mostraron una tendencia en los escolares de menor edad de disminuir el porcentaje de obesidad, mejorando significativamente la aptitud física. En los profesores intervenidos se apreció una tendencia a disminuir el IMC y circunferencia de cintura. Se mostró que es factible implementar un programa de más larga duración recomendando mejorar las clases de educación física y aumentar el tiempo disponible para Consejería y capacitación de profesores (Kain, Concha, Salazar, Leyton, Rodriguez, Ceballos & Vio, 2009).

En el estudio “Diferencias entre los sexos en un programa de prevención de la obesidad en medio escolar en la Argentina: un ensayo aleatorizado” fue prospectivo en el cual participaron 405 niños de 9 a 11 años de edad, realizado en seis escuelas de las zonas pobres de Rosario, Argentina, de mayo a octubre del 2008. Se realizó en función de la situación socioeconómica, se escogieron las escuelas mediante una distribución aleatoria sencilla; se evaluaron los participantes al inicio del estudio y 6 meses más tarde, después de haber completado la intervención. El programa consistió en cuatro talleres encaminados a mejorar los conocimientos de los niños sobre la nutrición y el ejercicio saludables; educar a los padres y los cuidadores; ofrecer opciones sanas en la cafetería escolar. Los principales criterios de valoración fueron la ingestión de alimentos sanos o malsanos por parte de los niños (evaluada mediante un cuestionario sobre la frecuencia semanal de consumo de alimentos) y el índice de masa corporal de los niños. Se evaluaron 387 niños y de ellos 369 contaron con una nueva evaluación (205 del grupo de intervención y 164 del grupo testigo). Las niñas de las escuelas donde tuvo lugar la intervención aumentaron la ingesta de tres de los cinco alimentos sanos propuestos por el programa (las frutas, las verduras y los cereales con bajo contenido de azúcar). Los niños de los grupos de intervención y de los grupos de referencia no lograron mejorar su ingesta de

alimentos sanos, pero los que pertenecían al grupo de intervención disminuyeron significativamente el consumo de hamburguesas y perros calientes. Los autores concluyen que las niñas estaban más dispuestas a mejorar su alimentación. En términos generales, con el programa, la probabilidad de aumentar el consumo de alimentos saludables fue mayor que la probabilidad de disminuir el consumo de alimentos malsanos. Es necesario tener en cuenta las diferencias entre los sexos cuando se diseñan intervenciones preventivas (Rausch, Kovalskys & De Gregorio, 2013).

En el estudio “Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria en escolares de Cajamarca”, se aplicó un pretest para el diagnóstico de conocimientos para enfocar los aspectos a reforzar. El contenido desarrollado fue adaptado del manual “Las cinco claves para mantener los alimentos seguros” elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, se desarrolló varias técnicas participativo-comunicativas para garantizar la participación de todos los alumnos. Al final se aplicó una prueba para medir los logros obtenidos. Se trabajó con 37 escolares, antes de la intervención aproximadamente 30% tenían conocimientos inadecuados sobre el lavado de manos, 60% en contaminación cruzada de alimentos, 51% en cocción de alimentos, 43% poseían nociones inadecuadas acerca de la importancia de la refrigeración de los alimentos y 76% desconocía de los agentes causales de las enfermedades transmitidas por alimentos. Una vez efectuada la intervención educativa estas proporciones disminuyeron aproximadamente a 3%, 32%, 3%, 19% y 30% respectivamente. Al final de la intervención, 92% manifestaron conocimientos generales adecuados, incluido el 46% de los escolares que mejoraron o modificaron sus conocimientos antes inadecuados. Algunos de los cambios observados fueron altamente significativos. La intervención logró que los escolares obtengan estos conocimientos y los relacionen con los alimentos y la higiene de alimentos, logrando introducir, mejorar o modificar significativamente estos conceptos. De acuerdo con los resultados obtenidos los autores concluyeron que la intervención educativa tuvo un impacto significativo sobre los conocimientos que tienen los

niños. Sin embargo, debido a que no se consideró un grupo control no se puede afirmar que los niños hayan adquirido conocimientos relevantes en forma significativa (Rivera, Rodríguez, & Zarpán, 2008).

En el estudio “Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria” es una investigación educativa que se realizó con estudiantes de 6 a 9 años de edad, fue un total de 102 sujetos; tuvo como objetivo fundamental averiguar los posibles cambios en la ingesta de alimentos, en las actividades diarias y en los hábitos de higiene y salud, en niños y niñas sanos en un campus de verano. Realizaron dos intervenciones educacionales, que incluían tres evaluaciones, una pre-intervención y dos evaluaciones más después de cada intervención educacional. Se estableció un estudio longitudinal prospectivo con una evaluación previa y dos evaluaciones posteriores. Los niños fueron distribuidos aleatoriamente en grupo experimental ($n = 72$) y grupo control ($n = 30$). La intervención se realizó en grupos de 10 niños mediante 2 sesiones de 50 minutos de comprensión, debate y conclusiones de la “Pirámide del estilo de vida saludable” diseñada para niños y adolescentes. La pirámide tiene cuatro caras (objetivos dietéticos diarios, actividades diarias, pirámide tradicional de alimentos adaptada a niños y adolescentes, hábitos de higiene y salud) y una base con consejos de nutrición, actividad física y deporte para crecer con salud. Los resultados muestran que antes de la primera intervención educativa no se observaban diferencias significativas en la ingesta de alimentos entre el grupo experimental y el grupo control. En ambos grupos un elevado porcentaje de sujetos (70-80) consume mantequilla, embutidos y dulces; mientras que no tienen una adecuada ingesta de cereales, frutas y frutos secos. En el grupo experimental, después de la primera intervención, se observó una reducción significativa en la ingesta de leche entera, embutidos y dulces; así como un incremento del consumo de frutas y cereales ($p < 0.001$). En el grupo control no se observaron cambios significativos. Los autores concluyen que una intervención educativa basada en la explicación y comprensión de la “Pirámide del estilo de vida saludable” puede inducir, en el contexto de un campus de verano, a modificaciones significativas a

corto y largo plazo en los hábitos de salud de niños de 6 a 9 años lo que puede contribuir a modificar factores de riesgo de enfermedad en la vida adulta (Reverter, Legaz, Jové, Mayolas & Vinacua, 2012).

En el estudio “Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria” el objetivo principal del trabajo consistió en cuantificar los cambios posibles en la ingesta y actividades diarias y en los hábitos de higiene y salud en un colegio privado español de nivel medio/alto, tras dos intervenciones educativas con la “Pirámide de estilo de vida saludable”. Un objetivo secundario fue conocer el estado de nutrición basal de los niños y niñas de la cohorte. Para ello eligieron niños de ambos sexos, entre 6 y 9 años, un total de 52 participantes conformado por 28 niños y 24 niñas. La primera intervención educativa en la cual se les entregó material educativo, una mini pirámide de “consulta” para que se las llevaran a sus domicilios, se les explicó en qué consistía la pirámide. Seis días después, se les hizo la segunda encuesta, primera post-intervención, para evaluar resultados a corto plazo. Al día siguiente de pasarles la encuesta se hizo una segunda intervención educativa de recuerdo, de las mismas características que la primera. Posteriormente se hizo una tercera encuesta, segunda post-intervención, con el fin de cuantificar los resultados obtenidos al comienzo del curso académico. Los resultados obtenidos por los autores son que es significativo a corto plazo la reducción en la ingesta de los embutidos y el aumento en la de frutas. Sin embargo el incremento de la ingesta de frutas si se pierde a más largo plazo. Por otra parte, en lo referente al aumento de la ingesta de cereales el resultado es significativo pero a más largo plazo, aunque tiene una tendencia clara a corto plazo. Por último en este apartado, hubo una reducción significativa de la ingesta de dulces a corto plazo, pero con pérdida de la significación a más largo plazo, la reducción de dulces y embutidos así como el aumento en la ingesta de frutas fueron significativos a corto plazo (Ruiz, Ruiz, Hernández, Álvarez & Saavedra, 2009).

En el estudio que se realizó llamado “Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la educación física escolar” surge de la preocupación en la adquisición de estilos de vida poco saludables ya que es considerado un problema cada vez más preocupante en la actualidad. La realización de un adecuado desayuno, la ingesta de 5 piezas de fruta al día, la práctica de actividad física o reducir el consumo de bollería y golosinas, entre otros, son algunos de los hábitos que se desarrollaron en este trabajo. Se realizó una intervención de 6 meses donde el objetivo fue el de mejorar los hábitos saludables de vida y/o actividad física de alumnos de 4º de E.S.O. (con una muestra final de 52 sujetos), lo que determinó la variable dependiente, mientras que la variable independiente fue la metodología propuesta desde el “Decálogo saludable”, caracterizada fundamentalmente por el trabajo colaborativo entre escuela y familia y por el fomento de la responsabilidad del alumnado. Los hábitos saludables que se llevaron a cabo en ningún momento fueron imposiciones del profesor, sino compromisos que el alumnado adquirió voluntariamente con su propia salud personal, variando cada uno de ellos en función de la realidad de partida: ausencia, deficiencia o existencia (en el caso de hábitos negativos para su salud). Tras la intervención destaca, en primer lugar, la alta implicación del alumnado participante, con un total de 128 compromisos saludables, lo que representó una media de 2 compromisos por alumno y en segundo lugar, la mejora altamente significativa ($p \leq 0.001$) producida en los hábitos relacionados con el desayuno y el consumo de fruta, así como la evolución significativa ($p \leq 0.05$) experimentada también en la ingesta de agua, refrescos, bollería, actividad física, higiene dental y postural. Los autores concluyen que en definitiva, los resultados obtenidos, muestran una mejora altamente significativa en los hábitos relacionados con el desayuno y el consumo de fruta, así como una evolución significativa experimentada también en otros 7 hábitos (agua, refrescos, bollería, actividad física, dientes e higiene postural -apuntes y mochila-), lo que avala la metodología desarrollada en el alumnado de secundaria. Sería interesante poder hacer intervenciones similares, que repliquen la presente, durante más tiempo y con medidas de seguimiento, (retest) después de 1 o más años escolares, haciéndolo

además en diferentes centros escolares de diferentes contextos socioeconómicos y ambientales (Pérez & Delgado, 2010).

2.7 Proceso de concientización Paulo Freire.

Para Freire (1971), la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre para transformarlo; es un arma vital para la liberación del pueblo y la transformación de la sociedad y por ello adquiere una connotación ideológica y políticamente claramente definida.

En la concepción Freireana (1971) la educación ocupa el papel central del proceso de concientización-liberación. La educación es el instrumento por excelencia tanto para la opresión como para la liberación, para que se logre una educación concientizadora, tanto el educador como el educando tienen que vivir experiencias mutuas, tener comunicación constante y trabajar en conjunto a nivel social e individual.

La concientización según Freire, es un proceso de acción cultural a través del cual las mujeres y los hombres despiertan a la realidad de su situación sociocultural, avanzan más allá de las limitaciones y alienaciones a las que están sometidos a sí mismo como sujetos conscientes y creadores de su futuro histórico (Villalobos, 2000).

En otros términos, la concientización implica mucho más que “despertar” o “tomar” conciencia. Por lo menos dos dimensiones adicionales más están implicadas en este concepto. Primero, la concientización debe verse como un proceso disciplinado e intencional de acción y educación, que Freire denominó “acción cultural”. En sus palabras, se trata de la forma en que confrontamos la cultura. Significa ver la cultura siempre como un problema, no dejar que se vuelva estática, que se convierta en un mito y nos mistifique.

Segundo, la concientización debe entenderse como un proceso continuo que implica una praxis, en el sentido de la relación dialéctica entre acción y reflexión (Villalobos, 2000).

De acuerdo con Chesney (2008) Freire planteo 3 fases para el proceso de concientización: la mágica, la ingenua y la crítica. En cada una de ellas, el oprimido define problemas, luego reflexiona sobre las causas y finalmente, actúa, es decir, cumple con las tareas concretas que supone la realización de los objetivos liberadores.

En la fase mágica, el oprimido se encuentra en situación de impotencia ante fuerzas abrumadoras que lo agobian y que no conoce ni puede controlar. No hace nada para resolver los problemas. Se resigna a su suerte o a esperar a que ésta cambie sola.

En la fase ingenua, el oprimido ya puede reconocer los problemas, pero sólo en términos individuales. Al reflexionar sólo entiende a medias las causas, no entiende las acciones del opresor y del sistema opresivo. En consecuencia, cuando pasa a la acción, adopta el comportamiento del opresor. Dirige su agresión hacia sus iguales o a su familia y, a veces, hacía sí mismo.

Por último en la fase crítica, se alcanza el entendimiento más completo de toda la estructura opresiva y logra ver con claridad los problemas en función de su comunidad. Entiende cómo se produce la colaboración entre opresor y oprimido para el funcionamiento del sistema opresivo (Chesney, 2008).

Capítulo 3. Método

3.1 Tipo de estudio

El diseño de esta investigación fue de tipo explicativo ya que se dieron argumentos con la variable dependiente que son los conocimientos sobre la alimentación en escolares, así como en la variable independiente que es el programa para modificar los conocimientos de la alimentación.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación fue experimental porque se realizó la aplicación de una intervención de tipo Pre y Post test sobre el sujeto de estudio. Longitudinal, porque se realizó una intervención antes y después, finalmente prospectivo pues se hicieron mediciones del presente hacia el futuro.

3.3 Participantes

Se aplicó el instrumento a un grupo de 50 niños, 22 hombres y 28 mujeres de una edad de entre 9 a 12 años de edad de la escuela primaria pública “Miguel Hidalgo y Costilla” de Cd. Nezahualcóyotl ubicada en la colonia Virgencitas, los cuales se encontraban inscritos durante el periodo 2012-2013. El tamaño de la muestra fue calculado con el programa Stats versión 2.0, considerando un error de estimación de 0.5 y una confiabilidad mínima de 95%.

3.4 Instrumento

Se aplicó un instrumento hecho por el Instituto Europeo de la Alimentación Mediterránea (IAMED) en enero del 2008, CREALMAP, instrumento de creencias alimentarias vs 1.0, el cual evalúa la frecuencia habitual de la ingesta de alimento o grupo de alimentos durante un periodo de tiempo determinado, dando una información global de la ingesta durante un amplio periodo, permite estimar el patrón de consumo de alimentos, informa los riesgos de una ingesta durante un periodo, permite estimar el patrón de consumo de alimentos y clasificar la

población en categorías, tanto de frecuencia como de cantidades de alimentos. Es un cuestionario muy utilizado y ha demostrado tener correlaciones moderadas con datos de ingesta obtenidos de historias dietéticas por entrevistas, su estructura hace que sea fácil su tratamiento por métodos informáticos, es un método muy utilizado. En cuanto a la alimentación deportiva se refiere a la actividad física realizada y la relación que existe con el consumo de ciertos alimentos que interfieren directamente en su realización, de forma positiva o negativa. Consumo alimentos innecesarios; agrupa 2 preguntas que revelan el consumo innecesario de calorías; viendo televisión y el consumo de bebidas de fantasía (Pino, Díaz, & López, 2011).

La aplicación y validación original del cuestionario permitió a los autores contribuir con una herramienta de bajo costo que permitiera conocer aspectos más íntimos de las conductas alimentarias que forman parte de los hábitos de personas que asisten a centros de salud públicos. El cuestionario que se sometió a evaluación factorial contiene treinta y ocho de las 48 preguntas originalmente formuladas, detectándose 11 dimensiones; preocupación alimentaria; que hace referencia al interés que muestran las personas por mantener un peso saludable y alimentarse saludablemente. Seguimiento de indicaciones de salud; identifica el nivel de compromiso tanto con los Centros de Salud como con la consulta nutricional y consecuentemente el seguimiento de indicaciones alimentarias saludables. Alimentación fuera de horarios: hace referencia al consumo de alimentos entre comidas asociado a conductas psicológicas. Guías alimentarias; trata de identificar en nivel de conocimiento que tienen las personas referentes a las guías alimentarias del Ministerio de Salud, orientado a los alimentos de menor consumo; frutas, verduras, pescado y legumbres. Conductas alimentarias-sedentarias; hace referencia al tiempo de inactividad durante el día y la asociación a un menor consumo de alimentos. La confiabilidad del cuestionario en el presente estudio fue de .56 calculada con el coeficiente alfa de Cronbach.

3.5 Programa de intervención

El programa de intervención fue una propuesta realizable, creativa y detallada en su aplicación, se diseñó en busca de una mejora preventiva sobre la presencia de conocimientos en cuanto a las costumbres que influyen en la alimentación y que estas pudieran afectar en el desarrollo tanto físico como de salud en los niños.

- Qué pretende el programa.

Indagar y conocer que tanto conocían sobre la alimentación, reforzar los conocimientos que ya tenían sobre una alimentación sana y así su calidad de vida sea plena y tengan un desarrollo óptimo. Es importante mencionar que la familia es donde comienza la educación, es la pauta que sigue cada uno de los individuos para su formación, desde características tan esenciales como el carácter, forma de ser, de vestir, alimentarse entre otras; con el paso del tiempo pueden ir surgiendo modificaciones, variaciones de las concepciones de dichas costumbres, creencias y valores.

Crear conciencia en la forma que se alimentan los niños, de acuerdo a los alimentos que consumen en la escuela y en casa, disminuyendo el consumo de comida chatarra.

Plantear a los niños estrategias de una alimentación saludable.

Mejora de hábitos alimentarios, para evitar enfermedades como sobrepeso y obesidad en los niños y puedan tener una mejor calidad de vida.

Es importante resaltar que el programa es preventivo y se basa a la atención primaria.

- Desarrollo del programa.

El programa se basó en 6 sesiones y con una duración de una hora aproximadamente y un tiempo de 7 días. Las sesiones que se llevaron a cabo fueron: aplicación del instrumento de creencias alimentarias vs 1.0 (CREALMAP), actividades dinámicas y sesiones de reflexión personal (Ver anexo 4).

Fue diseñado para ser aplicado de forma colectiva, considerando que el número idóneo de participantes se encuentre entre 20 y 50 niños.

El objetivo final fue concientizar sobre los conocimientos en la alimentación de los niños.

Los temas y actividades que se trabajaron en el programa se describen a continuación.

UNIDAD I. Presentación del programa. Esta unidad tiene los siguientes objetivos: presentar el “Programa sobre conductas alimentarias en escolares”; dar a conocer las reglas del programa; presentar a los participantes y aplicar el instrumento de creencias alimentarias vs 1.0 (CREALMAP). Esta unidad incluye los siguientes temas y actividades: presentación del programa, reglas del juego, presentación de los participantes y aplicación del instrumento de creencias alimentarias vs 1.0 (CREALMAP).

UNIDAD II. La alimentación. Esta unidad tiene los siguientes objetivos: presentación de los alimentos saludables y de los alimentos que el consumo en exceso de ellos nos perjudican en la salud, a través de cromos en donde el niño identificará que el exceso de los alimentos con grandes cantidades de calorías, carbohidratos y grasas son cuando causan un daño a la salud; se llegará a la reflexión con el cuento que se llevará ilustrado y tomaremos en cuenta la participación de los niños tomando opinión, así mismo elaboraran un dibujo de las consecuencias que se causan al consumir en exceso los alimentos a través de la reflexión que les dejó el cuento.

UNIDAD III. Identificación de alimentos saludables. Esta unidad tiene como propósito evaluar a los niños qué tanto se ha empoderado con las sesiones anteriores. Llevando a cabo las actividades de: “twister alimentario”, “lotería de alimenticia”, así mismo nos daremos cuenta de que el niño ha aprendido de acuerdo a las instrucciones que se le darán. Al término de la actividad les daremos un dulce de amaranto explicándoles que este tipo de dulces son saludables y cuáles son los beneficios de consumir amaranto.

UNIDAD IV. La importancia de hacer ejercicio. Esta unidad está conformada del empoderamiento de la importancia de hacer ejercicio o una actividad física para

poder mantener una salud estable, práctica de una sesión de actividad física (zumba kids).

UNIDAD V. Plato del buen comer. Esta unidad comprende tres puntos: el conocimiento del plato del buen comer donde se les explicará los alimentos que se deben de consumir y en cuántas cantidades, así como la entrega de una imagen del plato del buen para que se lo lleven a casa y les expliquen a sus papás, taller de cocina donde les llevaremos diferentes alimentos y ellos prepararán su desayuno (aquí mismo les explicaremos la importancia de esta comida ya que es la esencial de todo el día), dentro de este taller también se pusieron algunos alimentos no muy recomendables para observar que cantidad de estos toman los niños; y por último el conocimiento de alimentos hechos de avena sus beneficios y propiedades de estos.

UNIDAD VI. Evaluación de la alimentación. Esta unidad está conformada de dos puntos únicamente y constan de: Se realizará un repaso de la alimentación donde haremos participar a los niños continuamente entre la exposición y se realizará un collage de la alimentación saludable y la alimentación no saludable. El cierre se hace con esta última sesión y se les entregará un juguete a cada niño por habernos regalado su tiempo y atención en cada sesión.

3.6 Procedimiento

Se acudió a la escuela primaria en el turno matutino para solicitar el permiso con las autoridades de la misma y proceder a hacer dicha intervención (Anexo 1), posterior a esto se entregó el consentimiento informado (Anexo 2) a alumnos y padres de familia. Se realizó una presentación con los alumnos que duró alrededor de 15 minutos, se hizo también una dinámica para entablar el lazo de confianza y así empezar a conocernos. Después se aplicó el cuestionario el cual fue aplicado a manera de entrevista con cada uno de los niños que participarían en la intervención con la finalidad de que no quedara ninguna pregunta sin contestar.

En la siguiente sesión se realizó la presentación del programa que se estaría trabajando en la intervención, esta duró 20 minutos aproximadamente. Posterior a esto las sesiones se llevaron a cabo durante aproximadamente 3 semanas teniendo un total de 6 sesiones, se realizaron 2 sesiones por semana.

Al final de cada sesión se hacían pequeñas dinámicas de reflexión para que los niños demostraran que es lo que habían aprendido durante la clase, así como dar su opinión y puntos de vista, también se les entregó un incentivo para motivarlos a participar.

Después de la intervención se procedió a aplicar el postest, el cual fue el mismo cuestionario que se aplicó al inicio, el propósito era conocer que cambios se presentaron en los niños con la intervención.

Capítulo 4. Resultados

La muestra incluyó niños de 9 a 12 años, de los cuales 22 son hombres y 28 son mujeres dando un total de 50 niños, todos de quinto año de primaria conformados de los grupos de 5to grupo A al quinto año grupo D. Los niños que no participaron son los que ese día no asistieron y por lo tanto ya no se les tomó en cuenta para el estudio.

A continuación se muestran los resultados obtenidos durante la prueba para probar si existen diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente que son los conocimientos sobre la alimentación en escolares, así como en la variable independiente que es el programa para modificar los conocimientos de la alimentación, para lo cual se aplicó la prueba T, para la tabla 1.

Medias y desviaciones estándar de preguntas de interés.

| Preguntas | Pre- prueba M (DE) | Pos- prueba M (DE) | t | p |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|
| 1.- Hay que ir a comprar sin hambre | 2.44 (0.95) | 1.76 (0.52) | 4.72 | .00 |
| 2.- Comprar en la cooperativa de la escuela es cómodo | 3.08 (1.01) | 2.62 (0.86) | 4.27 | .00 |
| 3.- Ir a comprar a la cooperativa de la escuela es complicado | 3.12 (0.89) | 3.63 (0.92) | 3.28 | .00 |
| 4.- A la hora de comprar te ayuda guiarte por lo que compran los demás | 3.38 (0.62) | 2.78 (0.97) | 0.63 | .00 |
| 5.- En mi casa cocinan en función de los | 3.12 | 3.16 | 0.56 | .62 |

| | | | | |
|---|--------|--------|------|-----|
| gustos de los hijos | (1.17) | (1.11) | | |
| 6.-Me gusta la comida de mi casa | 3.80 | 3.56 | 3.28 | .00 |
| | (0.81) | (0.79) | | |
| 7.- Es igual de satisfactorio comer en mi casa que en la escuela | 2.60 | 2.50 | 1.70 | .10 |
| | (1.19) | (1.16) | | |
| 8.- Las comidas en caldo son un buen alimento | 3.84 | 3.96 | 2.58 | .01 |
| | (0.93) | 0(.92) | | |
| 9.- Hay que comer carne todos los días | 3.24 | 3.12 | 1.77 | .08 |
| | (1.00) | (0.98) | | |
| 10.- En casa se come mejor que en la escuela | 3.68 | 3.42 | 2.45 | .09 |
| | (0.93) | (1.03) | | |
| 11.- Lo más importante de una comida es que me guste | 4.00 | 4.04 | 0.70 | .49 |
| | (0.88) | (0.78) | | |
| 12.- Lo más importante de una comida es que sea sana | 3.92 | 3.96 | 0.70 | .49 |
| | (0.94) | (0.86) | | |
| 13.- Yo sé comer sano pero no lo hago | 3.38 | 3.04 | 4.06 | .00 |
| | (0.72) | (0.94) | | |
| 14.- Se puede comer sano aunque sea fuera de casa | 3.54 | 3.50 | 0.57 | .57 |
| | (0.79) | (0.81) | | |
| 15.- Comer mal te hace sentir culpable | 2.68 | 2.58 | 2.33 | .02 |
| | (0.68) | (0.70) | | |
| 16.- Si mi madre trabaja fuera, en casa se come peor | 2.30 | 2.58 | 2.61 | .01 |
| | (0.97) | (1.09) | | |
| 17.- Hay que educar para que coman sano | 4.10 | 4.16 | 1.77 | .08 |
| | (0.73) | (0.68) | | |
| 18.- Como frutas después de las comidas | 3.66 | 3.56 | 0.93 | .36 |
| | (1.02) | (1.07) | | |
| 19.- Estar delgado significa que comes sano | 3.08 | 2.50 | 4.42 | .00 |
| | (1.07) | (0.99) | | |
| 20.- La comida chatarra es saludable | 2.20 | 1.72 | 3.56 | .00 |

| | | | | |
|--|----------------|----------------|------|------|
| | (0.97) | (0.81) | | |
| 21.- Comer ensaladas en las comidas es sano | 3.50 (0.65) | 3.88 (0.72) | 3.86 | .00 |
| 22.- Comer sano es comer poco | 3.28 (0.88) | 2.92 (0.92) | 3.28 | .00 |
| 23.- Alimentarse bien es importante para estar sano | 4.38 (0.67) | 4.42 (0.61) | 0.81 | .42 |
| 24.- Respetar unos horarios de comida es importante para la salud | 3.62 (0.72) | 3.68 (0.68) | 0.68 | .45 |
| 25.- Tengo que cambiar mis hábitos en alimentación para hacerlos más saludables | 3.34 (0.77) | 3.34 (0.80) | 0.00 | 1.00 |
| 26.- La publicidad influye en lo que como | 3.42 (1.07) | 3.24 (1.06) | 1.93 | .06 |

t= prueba T

p= Significancia

M= Media

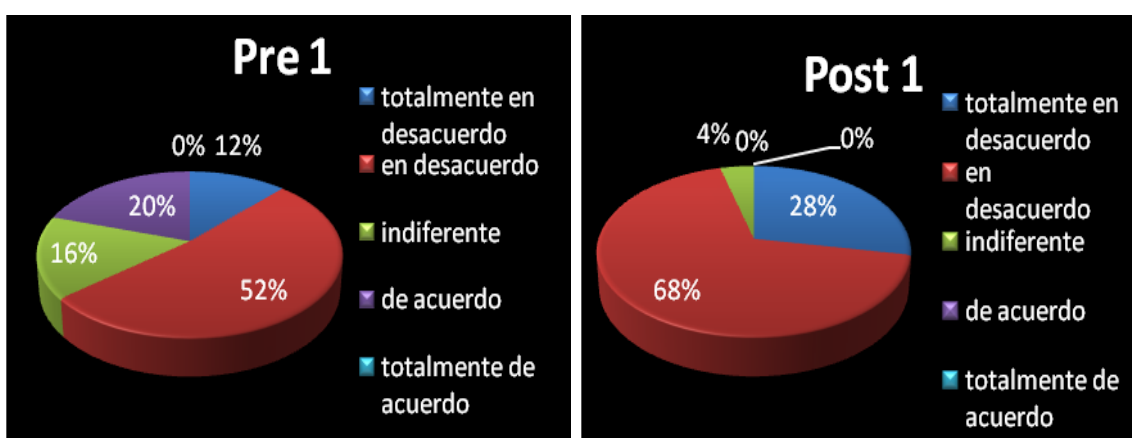
DE= Desviación estándar

Los resultados de la tabla indicaron que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la Pre y Post prueba en los resultados de las preguntas: Hay que ir a comprar sin hambre, Comprar en la cooperativa de la escuela es cómodo, Ir a comprar a la cooperativa de la escuela es complicado, A la hora de comprar te ayuda guiarte por lo que compran los demás, Las comidas en caldo son un buen alimento, Yo sé comer sano pero no lo hago, Si mi madre trabaja fuera, en casa se come peor, Estar delgado significa que comes sano, La comida chatarra es saludable, Comer ensaladas en las comidas es sano, Comer sano es comer poco.

Resultados del cuestionario.

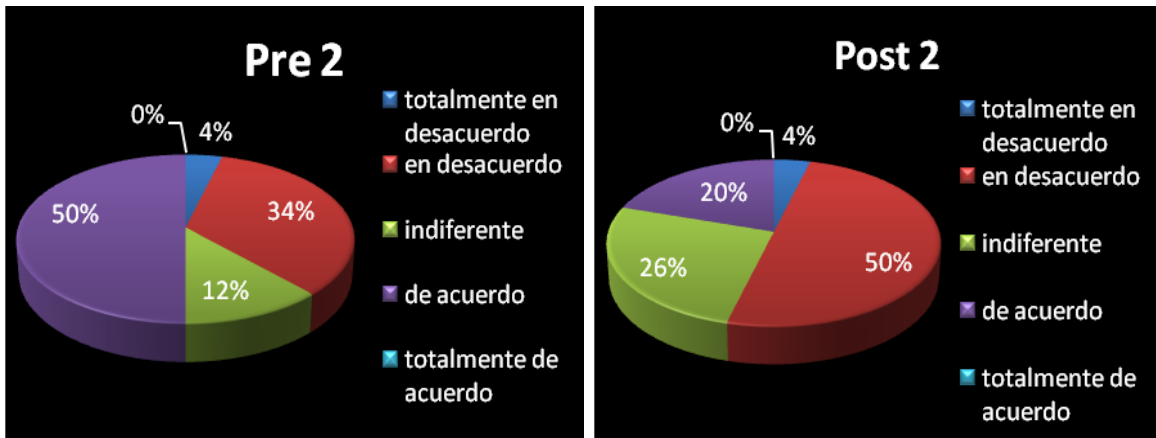
Dentro del cuestionario, el cual tiene la función de conocer que alimentos se consumen con frecuencia, antes de la intervención se pudo observar que en base a la cuestión *hay que ir a comprar sin hambre*, el 16% mostró indiferencia y después de la intervención con el taller disminuyó al 4%, mientras que los que estaban de acuerdo antes de la intervención fue de 20%, después se mostró con un 0% (Figura 1).

Figura 1. Hay que ir a comprar sin hambre.



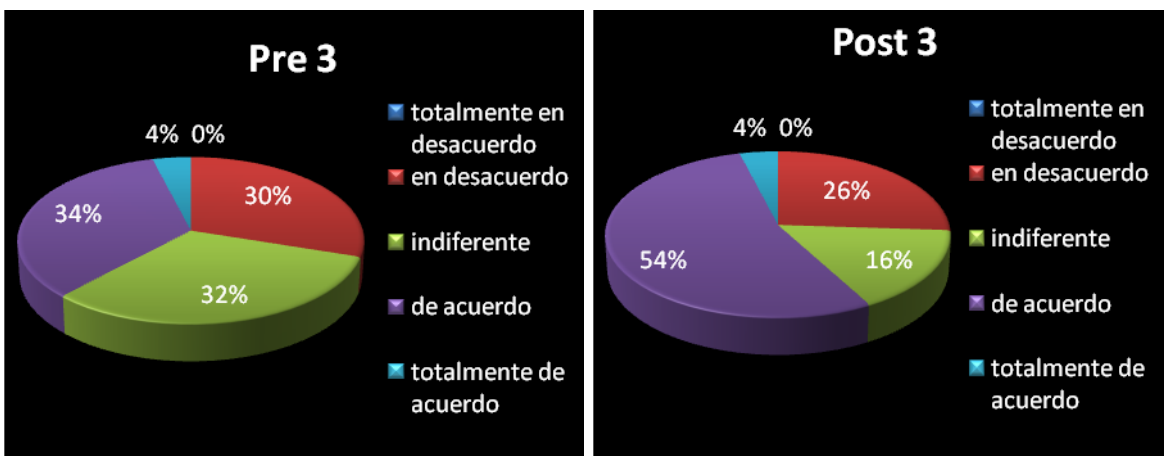
En relación a comprar en la cooperativa de la escuela es cómodo, antes del taller el 34% mencionó haber estado en desacuerdo, después aumentó al 50%, otros que dijeron estar de acuerdo con el 50%, disminuyó después del taller con 20% (Figura 2).

Figura 2. Comprar en la cooperativa de la escuela es cómodo.



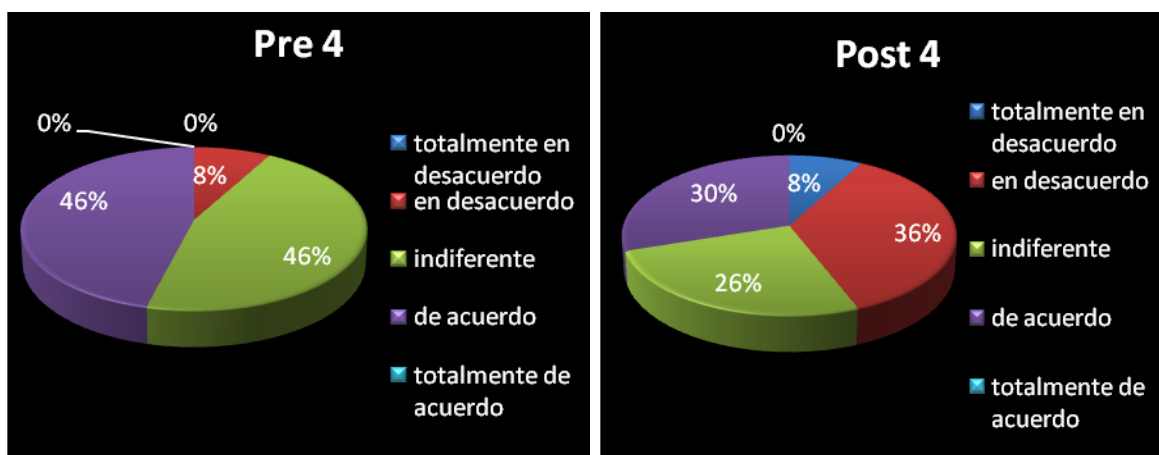
En cuestión a ir a comprar a la cooperativa de la escuela es complicado, el 34% de los niños dijo estar de acuerdo antes del taller, después aumentó con un 54%, además el 32% que decía estar indiferente, se modificó con 16% después del taller (Figura 3).

Figura 3. Ir a comprar a la cooperativa de la escuela es complicado.



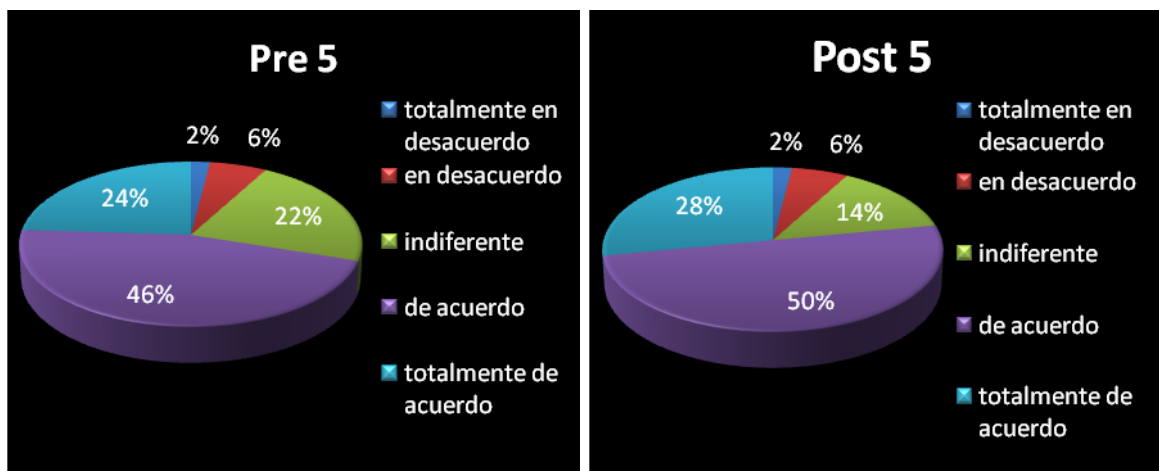
Por otro lado, 8% respondió estar en desacuerdo en cuanto a la hora de comprar te ayuda guiarte por lo que compran los demás, después de la intervención el 36% dijo estar en desacuerdo (Figura 4).

Figura 4. A la hora de comprar te ayuda guiarte por lo que compran los demás.



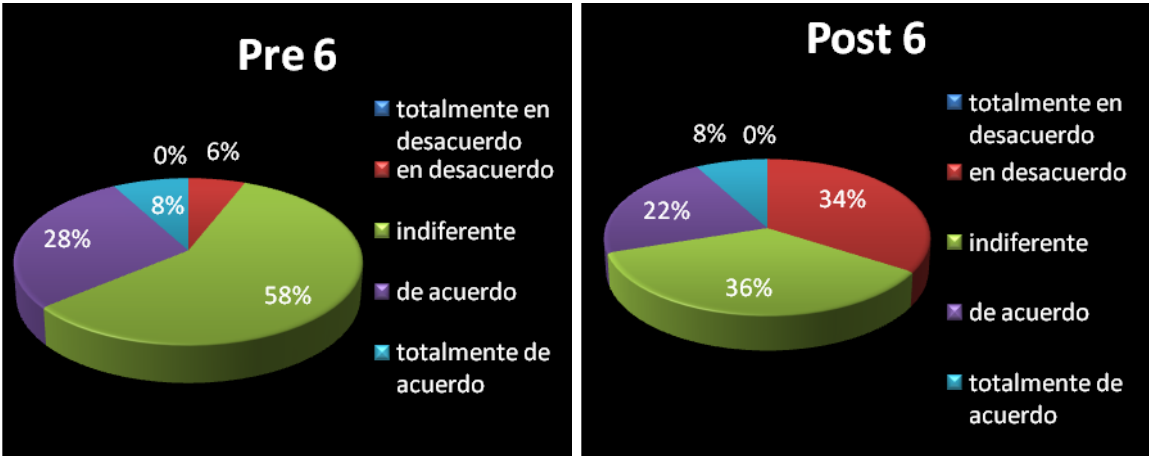
En cuanto a las comidas en caldo son un buen alimento, 22% se mostró indiferente, después de la intervención disminuyó a un 14%, por otra parte los que dijeron estar de acuerdo en el pretest con un 46%, después aumentó en un 50% (Figura 5).

Figura 5. Las comidas en caldo son un buen alimento.



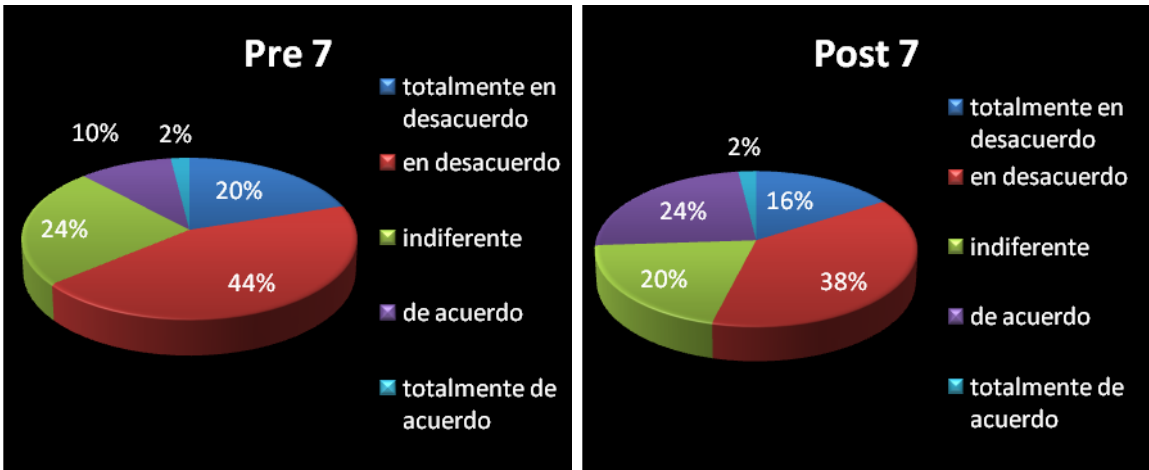
En lo que refiere a yo sé comer sano pero no lo hago, antes del taller dijeron estar indiferentes 58% de los niños, en el postest el porcentaje se redujo quedando con 36% de los niños que decían estar indiferentes, mientras que un 6% decía estar en desacuerdo, después se produjo un cambio con la intervención dando 34% al estar en desacuerdo (Figura 6).

Figura 6. Yo sé comer sano pero no lo hago.



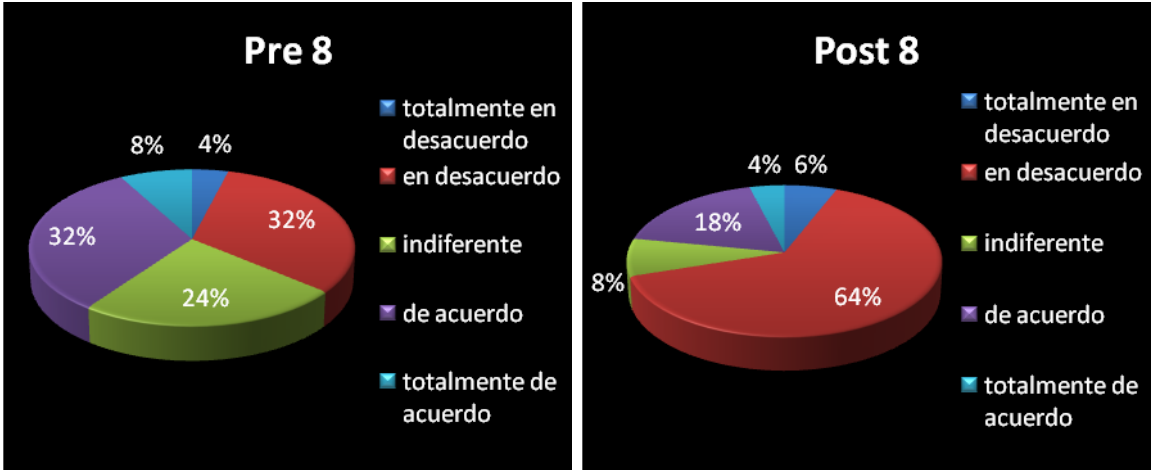
Por otra parte en base a si mi madre trabaja fuera, en casa se come peor, 10% respondió estar de acuerdo, después del taller aumenta con 24% (Figura 7).

Figura 7. Si mi madre trabaja fuera, en casa se come peor.



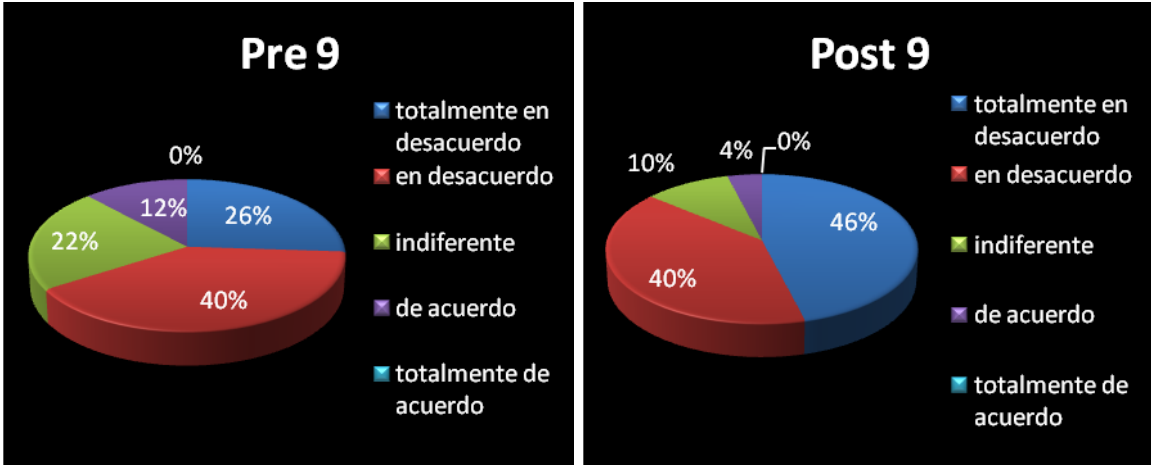
Acerca de estar delgado significa que comes sano, antes de la intervención 32% decía estar en desacuerdo, otro 32% decía estar de acuerdo y 24% mostró indiferencia, en el postest los resultados fueron 64% para quienes están en desacuerdo y 8% los que aún mostraron indiferencia (Figura 8).

Figura 8. Estar delgado significa que comes sano.



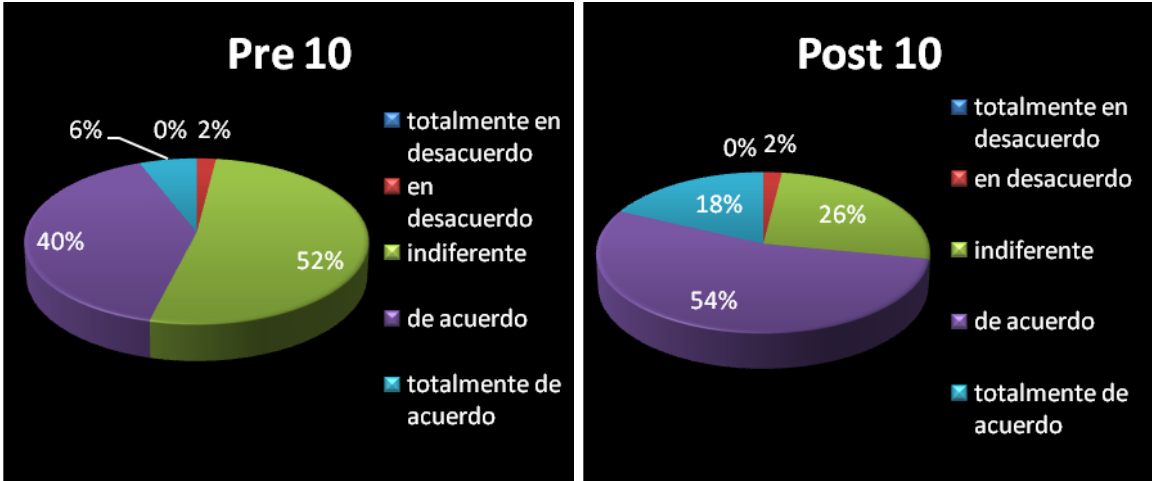
Mientras que en cuanto a la comida chatarra es saludable 26% decía estar totalmente en desacuerdo, 40% dijo estar en desacuerdo y 22% mostró indiferencia, en comparación con el postest 46% dijo estar totalmente en desacuerdo, sólo 10% mostró indiferencia y 4% dijo estar de acuerdo (Figura 9).

Figura 9. La comida chatarra es saludable.



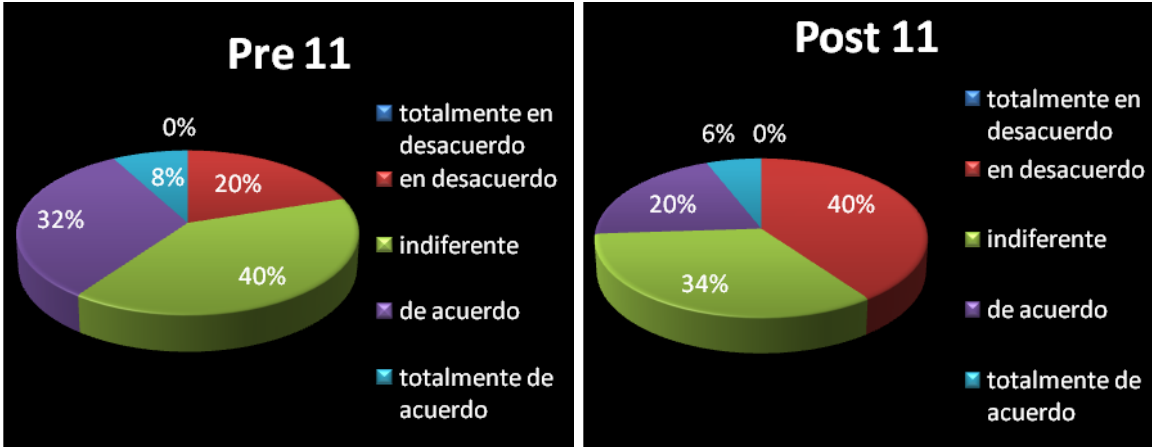
En lo que refiere a comer ensaladas en las comidas es sano 52% de los niños dijeron estar indiferentes ante esta cuestión, mientras que 40% respondió estar de acuerdo, después en el postest 54% dice estar de acuerdo y sólo 26% de ellos mostró indiferencia (Figura 10).

Figura 10. Comer ensaladas en las comidas es sano.



A cerca de comer sano es comer poco 20% de los niños respondieron estar en desacuerdo, 40% esta indiferente a la cuestión antes del taller, después de la intervención 40% dijo estar en desacuerdo y con 34% los que aún mostraron indiferencia (Figura 11).

Figura 11. Comer sano es comer poco.



Capítulo 5. Análisis de resultados

En el presente estudio se tratan factores de costumbres alimentarias, además de las conductas que traemos de casa y que permanecen a largo plazo los estilos de vida de cada individuo. Tomando en cuenta que la forma que se tiene de alimentarse es propia de la que se recibe desde niños, es así como sin darnos cuenta se hace una costumbre, seguida de la rutina que hay en una familia para el consumo y el horario, también intervienen los lugares en donde se alimenta. Por otra parte la educación influye en que tanto se sabe de cómo alimentarse sanamente, la escuela es el segundo lugar donde los niños pasan más tiempo, el niño aprende básicamente por imitación, por influencia de padres, amigos y de la información académica, teniendo como consecuencia que los hábitos de alimentación sean saludables o no. Por lo tanto, se llega así a una de las mayores preocupaciones en la sociedad, el crear y llevar a cabo hábitos saludables que permitan un desarrollo óptimo en los niños y el llevar una vida plena.

En el presente estudio se obtuvo que 54% de los niños piensa que comer ensaladas en las comidas es sano. Cabe mencionar que el consumo de vegetales, y frutas en esta etapa de la vida proporcionan beneficios a su salud. Este resultado contrasta al reportado por Suárez y Ezquivel (2003) quienes encontraron que 35% de los niños opina que un niño en edad escolar debe consumir vegetales. Estos resultados podría deberse a que en ambos programas no sólo se trabajó en la educación alimentaria sino también en conseguir que el consumidor sea responsable, es importante trabajar con métodos que motiven a llevar un cambio en los comportamientos alimentarios tomando en cuenta que estos varían de acuerdo a la edad.

Por otra parte en cuanto a la aseveración estar delgado significa que comes sano, los resultados en el presente estudio indicaron que 64% dice estar de acuerdo y en comparación con Suárez y Ezquivel (2003) 67% de los niños que tenían entre 7 y 12 años asocian “comer con adelgazar”, la importancia de la

alimentación y la nutrición pueden influir en los conocimientos que harán razonar sobre tener una necesidad de cambio y del desarrollo de habilidades que permitirán la elección adecuada de alimentos sin tener como meta el estar delgados sino más bien alimentarse de manera saludable para sentirse bien con su propio cuerpo.

En relación a ir a comprar a la cooperativa de la escuela es cómodo 50% dijo estar en desacuerdo, comparando los resultados con López, Cano, García y García, (2011) reporta que 92% de los niños almorzarían diariamente si se les facilitara el alimento en el colegio, ya que los que no almorzaban alcanzó 18% de los individuos, esto puede deberse a que las escuelas que ya cuentan con una cooperativa, no se den abasto para atender a todos los niños en la hora de receso, pero en las escuelas con las que no se cuenta con una cooperativa piensan que sería más fácil alimentarse si tan sólo los compraran en la escuela. Es importante que las instituciones educativas ya sean públicas o privadas, implementen programas donde se imparta educación nutricional y haya actividades que motiven a llevarlas a cabo, con esto no solo se fomentará una mejoría en la calidad de vida y un mejor desarrollo en los niños, sino que también ayudará a disminuir los índices de obesidad infantil, creando hábitos saludables.

Mientras que en cuanto a la comida chatarra es saludable 26% decía estar totalmente en desacuerdo, 40% dijo estar en desacuerdo y 22% mostró indiferencia, en comparación con el postest 46% dijo estar totalmente en desacuerdo, sólo 10% mostró indiferencia y 4% dijo estar de acuerdo, según Pérez y Delgado (2010) en el estudio realizado en la ciudad de Granada donde participaron 52 alumnos en una intervención con una duración de 6 meses, resulta muy revelador en lo que a los hábitos alimentarios de los adolescentes se refiere, ya que 50% reconocía consumir, diaria o habitualmente, bollería y golosinas, llegando a superar 65% en el caso de los fritos (o cocina precocinada) y 70% en el de los refrescos, lo que contrasta con la ingesta recomendada de agua, que es realizada simplemente por 30%, en el postest de este mismo estudio hay una disminución a 63% en lo que refiere al consumo de fritos, refrescos 57% y bollería

38%, estos pueden deberse a que la intervención que realizaron fue por un periodo de 6 meses, además que el proceso interviene la familia y en sus dinámicas había un compromiso que cada uno de los participantes elaboró con la finalidad de mejorar su salud. En otro estudio realizado por Soto y Gallegos (2004) en un estudio realizado con niños y adolescentes con el propósito de modificar la actividad física y el consumo de alimentos ricos en grasa, donde se reporta que se mostró una ligera tendencia en la disminución de alimentos ricos en grasa, después haber hecho una intervención de 8 sesiones, en el pretest se mostró un 37% de los que consumían estos alimentos, en el postest disminuyó a 14%, estos autores aseveran que se debe no sólo a las sesiones educativas sino a que hubo también un incremento de en actividades físicas aumentando el autoestima de los adolescentes y niños. Un estudio realizado por Rausch, Kovalskys y De Gregorio, (2013) en Argentina en el que participaron niños de 9 a 11 años de edad, se hizo intervención para mejorar los conocimientos de los niños sobre la nutrición y el ejercicio saludable, ya que antes de la intervención se presentaba con un 38% los niños que consumían comida rápida, tras las sesiones educativas con duración de 5 meses hubo un cambio en la ingesta de la comida rápida disminuyendo a 34%, los autores creen que este periodo de intervención es muy corto por lo que pasados 6 meses de haber concluido dicho estudio, realizan nuevamente la aplicación de su cuestionario y notaron que aumentan los conocimientos pero no hay un cambio significativo en el comportamiento.

En la pregunta alimentarse bien es importante para estar sano, se desconoce porque en el presente estudio no se obtuvo resultados favorables, esto puede deberse a que pudo existir confusión , es necesario profundizar y revisar a detalle los temas que se abordaron en esta investigación para que el termino estar saludable en base a una buena alimentación quede claro, en el estudio realizado por Rivera, Rodríguez, y Zarpán, (2008) reportaron que después de su intervención 92% de los participantes en su investigación manifestaron conocimientos generales adecuados en alimentación, esto puede deberse a que

los autores implementaron un manual basado en la Organización Panamericana de Salud para niños escolares.

En la presente investigación también se les cuestiono sobre como frutas después de las comidas, no se obtuvo cambio en la conducta, es importante que se profundice en este aspecto ya que el que consuman o no frutas después de la comida es responsabilidad de los padres, en comparación con el estudio realizado por Reverter, Legaz, Jové, Mayolas y Vinacua (2012) en una escuela primaria con niños de entre 6 a 9 años de edad, reportaron antes de la intervención que sólo 27% consumía frutas, después de la intervención hubo un incremento teniendo como resultado 67% ahora consumía frutas, en este estudio vuelven a aplicar su encuesta después de 2 meses y tienen que no se mantuvieron el consumo de frutas, observaron una disminución significativa de 28%, esto puede deberse a que en ambos estudios la ingesta de las frutas depende básicamente de que los padres o encargados de alimentar a los niños, puedan dárselos, ya que los niños pueden tener el conocimiento de que las frutas son nutritivas pero si en casa no los tienen en su menú o no está en sus posibilidades económicas el poder consumirlas no tendrán este aporte nutritivo que los niños necesitan. Por otra parte en otro estudio realizado por Ruiz, Ruiz, Hernández, Álvarez y Saavedra, (2009) también con niños de 6 a 9 años de edad, en la que se realizó la aplicación del cuestionario, al siguiente día comenzó la intervención, una semana después se aplica el mismo cuestionario, se hace una segunda intervención para finalizar con la aplicación del cuestionario, reportaron que es significativo a corto plazo el aumento de frutas, $p= 0.021$ antes en la primera intervención y $p= 0.804$ en la segunda intervención ya que en la primera intervención se mostró el aumento de la ingesta de frutas, sin embargo este se pierde a largo plazo.

Capítulo 6. Conclusiones

Se concluye que en base a la evaluación del programa, se obtuvo un impacto en los niños, ya que en los resultados de la pre prueba mostraron conocer vagamente de lo que es una alimentación sana, sin embargo con la intervención en hábitos alimentarios que se realizó, se muestra que ahora tienen un conocimiento más amplio de lo que es alimentarse sanamente.

Los niños ahora cuentan con información sobre los alimentos que son saludables, aunque es importante que esta sea reforzada para que tengan un desarrollo óptimo y saludable, así como hacer de un hábito esta calidad de vida, los niños aprenden en casa y en la escuela, ya que es el lugar donde pasan la mitad de tiempo.

Si nos adentramos en los problemas en alimentación, con ello podemos decir que para que puedan ser atacados, es preciso que se implementen sesiones educativas en alimentación no sólo en escuelas sino también con la familia para llevar una alimentación saludable. En escuelas el programa tendría beneficios en cooperativas y cafeterías, con la finalidad de que a los estudiantes se les proporcionen alimentos ricos en nutrientes.

Cabe destacar que los alimentos llamados o mejor conocidos como “chatarra” no se cataloguen como “malos”, simplemente que al no aportar nutrientes al cuerpo humano, el exceso de ellos podría tener consecuencias a la salud.

Como Educadores para la Salud es importante que se realicen este tipo de propuestas, programas de apoyo en el que se ataquen las necesidades de la población para tener mejoras en cuanto a la calidad y estilos de vida.

Para probar el objetivo: *Evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación para la mejora de la conducta alimentaria en niños*, se hizo esta prueba T para muestras relacionadas, los resultados

indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas entre la Pre y Post prueba.

Respecto al objetivo identificar los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación se concluye que los niños antes de la intervención si tenían identificados los alimentos que conocen como “comida chatarra” saben que no aportan a su salud, sin embargo un porcentaje de ellos mostró indiferencia, es decir que no sabían que alimentos son los que aportan a su cuerpo nutrientes, se logra identificar que es lo que ellos tienden a pensar cuando se les habla de alimentación sana o saludable, dieron puntos de vista de lo que comen en casa y lo compartieron con sus compañeros.

En el objetivo aplicación de un programa para la mejora de la conducta alimentaria en los niños se ve reflejado el cambio de conocimientos, considerando que el periodo de la intervención fue corto, si pueden lograrse cambios en la noción y conductas, no obstante habría que valorar estos conocimientos en un sentido de permanencia, en el estudio realizado por Ruiz, Ruiz, Hernández, Álvarez & Saavedra, (2009) concluyen que es significativo a corto plazo la reducción en la ingesta de los embutidos y el aumento en la de frutas, pero se pierde a largo plazo.

Por otra parte es importante considerar en el estudio a los padres o los encargados de la alimentación de los niños, ya que también se pueden detectar debilidades y/o fortalezas en ellos, lo cual ayude a establecerse conductas alimentarias saludables.

La educación para la salud no sólo se debe abordar desde la escuela, también se debe y se puede desarrollar desde otros campos para lograr una mayor eficacia con el fin de educar en todas las etapas evolutivas del ser humano, ya que siempre estará inmerso en la sociedad.

La importancia de implementar programas en alimentación en niños va encaminada a la educación y a la constante preocupación por tener una calidad de

vida saludable, esto se puede lograr mediante el empoderamiento en comunidades para llevar así una alimentación sana. En cuanto a la educación del niño, interviene la educación institucional, la cual siempre está a cargo de los profesores, los padres también juegan un papel importante, que si bien es cierto es informal pero los niños siempre aprenderán de los padres imitando conductas y hábitos. Tomando en consideración estos puntos se tendría que empoderar no sólo al educando sino también hacer una intervención que involucre a los encargados de alimentar y velar por la educación de los niños.

Ahora bien una vez implementado el programa de intervención, no se asegura que realmente los hábitos y conductas alimentarias que no eran saludables, hayan sido cambiados y que además permanezcan por un periodo de largo plazo, con respecto a los resultados obtenidos en la presente investigación tenemos que en cuanto a conocimientos si hubo un cambio, pero finalmente en el hogar se desconoce si de verdad se apliquen estos conocimientos.

La propuesta que se hace es que una vez implementado el programa de intervención, es que se haga nuevamente la aplicación del cuestionario después de 6 meses, el cual nos servirá para identificar si las conductas o conocimientos sobre una alimentación saludable permanecen en el individuo. Otro punto importante es que el empoderamiento sobre el tema en llevar una alimentación saludable es realizarla con padres o tutores (responsables de la alimentación en la familia) y también a profesores como encargados de la educación formal, el alcance en comunidades será mayor en el fomento de conductas y hábitos alimentarios saludables.

El Educador para la Salud juega un papel importante en la comunidad para fomentar hábitos saludables a través de la promoción de la salud y estilos de vida saludables, creando conciencia en el ser humano, cabe mencionar que para poder diseñar programas que favorezcan a comunidades y que estos a su vez tengan impacto, es necesario identificar las problemáticas para poder así atacar cada uno de ellos identificando las necesidades, entonces poder dar paso a la

implementación de estrategias con las que se podrán prevenir enfermedades. En el caso de esta investigación el Educador para la Salud promueve hábitos alimentarios saludables para los niños, pero como ya había mencionado anteriormente, es primordial impartir una educación saludable en los adultos encargados de la alimentación de los niños, porque si se educa en conjunto se tendrá un mayor alcance y que con esto se tenga una mejor calidad de vida, así como tener un desarrollo óptimo en el caso de los niños.

Cabe mencionar que para promocionar estilos de vida saludables, es necesario implementar estrategias que sean atractivas para las comunidades y no sólo llegar a impartir sesiones, es importante que nos aseguremos de que realmente esta impactando y dejando la enseñanza a los sujetos. Es importante también mencionar que si ya existen programas de apoyo para mejorar conductas alimentarias y que además ya se estén implementando en escuelas, el Educador para la Salud se puede incorporar a ellos, para continuar en la contribución de hábitos y estilos de vida saludables.

Para que el este trabajo pueda desempeñarse se debe tomar en cuenta el contexto de las comunidades, en este caso se realizó un estudio en escuela pública sin embargo, habría que indagar en escuelas públicas para atacar necesidades e identificar si ya existen conocimientos sobre una alimentación saludable, pues esperar que se mantengan así, que también se apliquen a la vida cotidiana, pero además que estos sean reforzados, para que así estos sean transmitidos a futuras generaciones y que con el paso del tiempo se vayan erradicando la prevalencia de la obesidad, por medio de conductas más saludables.

Referencias

Asociación Mexicana Naciones Unidas, AMNU (2010). *México, Cuarto Lugar de Obesidad Infantil*. Disponible en: http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=31:ar

Balboa, O. (2008). Antecedentes históricos de la alimentación. *Servicios de Alimentos Colectivos*. Disponible en: <http://admonseasantecedentes.blogspot.mx/2008/10/historia-de-la-alimentacion.html>

Bourges, H. (2001). La alimentación y la Nutrición en México. *Comercio Exterior*, 51; 10. Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/sp/articleReader.jsp?id=6&idRevista=31>

Casado, M., Casado, I. & Diaz, G. (1999) La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. *Revista Española Salud Pública*, 4, 1-10.

Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia (CEMyF) (2005). *Secretaría de Salud*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7598.pdf>

Chesney, L. L. (2008). La concientización de Paulo Freire. *Universidad Central de Venezuela*, 11, 53-74.

Confederación (de ámbito estatal) de Consumidores y Usuarios. (2008). Hábitos alimentarios. *Hábitos alimentarios saludables*. Disponible en: http://www.cecua.es/publicaciones/habitos_alimentarios.pdf

Diario oficial (2012). Salud. *Secretaría de la salud*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/cdi/nom/compi/Proy-Mod-NOM-043-SSA2-2005.pdf>

ENSANUT (2012). Resultados nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Disponible en: [http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012Resultados Nacionales.pdf](http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf)

FAO (1998) FAO's La educación en nutrición de las escuelas primarias. *Program on nutrition education in schools (inédito)*. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/X0051T/X0051T08.HTM>

FAO, (2011). La educación nutricional en escuelas. *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura*. Disponible en la página web: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/nutritioneducation/49740/es/>

Galilea, (2011). Definición de nutrición. *Nutrición y Dietética*, 1, 7-8.

Hareven, K. (1995). Historia de la familia y la complejidad del cambio social. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 1, 99-149.

Herrero, J. (2002). Cultura. *¿Qué es Cultura?* Disponible en: <http://www-01.sil.org/training/capacitar/antro/cultura.pdf>

Instituto Nacional de Nutrición. (1998). Lactancia Materna. *Orientaciones para el Personal de Salud. I.N.N. Caracas, Venezuela*. Disponible en: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>

Kain, J., Concha, F., Salazar, G., Leyton, B., Rodríguez, M., Ceballos X. & Vio, F. (2009). Prevención de obesidad en preescolares y escolares de escuelas Municipales de una Comuna de Santiago de Chile: proyecto piloto 2006. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 59, 139-146.

Lopategui, E. (2000). Conceptos básicos de Nutrición. *Salud y Nutrición*. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/Nutricion/ConcptBa.html>

López, A., Cano, J., García, I. & García, M. (2011). Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. *Nutrición Hospitalaria*, 26, 560-565.

López, E. (2006). Definición costumbre. *Iniciación del Derecho*. 24-26 http://books.google.com.mx/books?id=2BkJPY8Sp9YC&dq=costumbre+definicion&source=gbs_navlinks_s

López, M., Yepes, H., Beltrán, M. & Cardona, J., (2007). Consumo de alimentos en niños y niñas de 6 a 10 años de edad. Instituciones educativas públicas y privadas. *Investigaciones Andina*, 14, 30.

Machicado, J. (2010). Concepto de Costumbre. *Apuntes Jurídicos*. Disponible en: <http://jorgemachicado.blogspot.mx/2010/08/costumbre.html>

Martínez, I. & Villezca, P. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Información y Análisis*. 21. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/alimento03.pdf>

Montalván P. (2000). Cultura. *Definición cultura*. Disponible en: <http://www.definicion.org/cultura>

Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-009-SSA2-1993. (1993). *Para el Fomento de la Salud del Escolar*. SCHOOLCHILD. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx /unidades/cdi/nom/009ssa23.html>

OMS. (2008) Marco de Política Escolar: Ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario. *Actividad Física y Salud*. 22-23

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (1982). *Declaración de México sobre las Políticas Culturales*. Disponible en: http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico_sp.pdf/mexico_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). Healthy nutrition: an essential element of a health promoting school. *WHO Information Series on School Health, document*. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/X0051T/X0051T08.HTM>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nutrición*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2009). Disponible en: <http://alejandrocobtis149ctsv.blogspot.mx/2009/10/la-oms-define-familia-como-los-miembros.html>

Organización Panamericana de Salud. (2011). Política Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Ministerio de salud*, 54.

Ortiz, A., Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*, 13, 16-18.

Oseguera, D. (2001). La comida: ¿Lugar de encuentro entre disciplinas científicas? *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 7, 141-148.

Parra, H. (2005). Origen de la familia. *Relaciones que dan Origen a la Familia*. 5-9 Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamilia.pdf>

Pérez, I. & Delgado, M. (2010). Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la educación física escolar. *Revista de Educación*, 38, 10-44.

Pérez, I. & Delgado, M. (2012). Un juego de cartas durante los recreos escolares mejora los hábitos alimentarios en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 2055-2065.

Pino, J., Díaz, C. & López, M. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 38, 41-51.

Rausch, C., Kovalskys, I. & De Gregorio, M. (2013). Diferencias entre los sexos en un programa de prevención de la obesidad en medio escolar en la Argentina: un ensayo aleatorizado. *Panam Salud Pública*, 34, 75-82.

Restrepo, S. & Maya, M., (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*, 19, 127-148.

Reverter, J., Legaz, A., Jové, M., Mayolas, M. & Vinacua, C. (2012). Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12, 611-623.

Rivera, M., Rodríguez, C. & Zarpán, L. (2008). Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria en escolares de Cajamarca. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, 163-164.

Royo, A. (2011). Nutrición. *Salud, Terapia y Técnicas Médicas*. Disponible en: <http://www.saludterapia.com/articulos/terapias-y-tecnicas/168-terapias-medicas/1220-definicion-nutricion.html>

Ruiz, S., Ruiz, F., Hernández, C., Álvarez, A. & Saavedra, P. (2009). Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 596-606.

Soto, N. & Gallegos, E. (2004). Efecto de intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesidad *Texto & Contexto Enfermagem. Universidad Federal de Santa Catarina Brasil, 13, 17-25.*

Suárez, M. & Ezquivel, V. (2003). Modelo educativo nutricional para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares obesos. *Revista Costarricense de Salud Pública. 12, 1-15.*

Torres, G., Madrid, L. & Santoni, M. (2004). El alimento, de la cocina étnica, la gastronomía nacional. Elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural. *Scripta Ethnologica, 26, 56-59.*

Uriarte, S. (2008). Hábitos alimentarios. *Los Hábitos Alimentarios.* Disponible en: <http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=1967>

Villalobos, J. (2000). Educación y concientización: legados del pensamiento y acción de Paulo Freire. *Universidad de los Andes, Venezuela, 4, 17-24.*

ANEXOS

ANEXO 1 Permiso para realizar estudio

Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, a ___ de ____ de ____

A quien corresponda:

P R E S E N T E

Por medio de este escrito le mando un cordial saludo así mismo solicito autorizar trabajar con los alumnos de 5to año de la Escuela Primaria Miguel Hidalgo y Costilla; con el motivo de la realización de mi tesis con el tema de **“Evaluación de un programa para modificar los conocimientos sobre alimentación para la mejora de una conducta alimentaria en escolares”**, todo esto con fines educativos por parte de la alumna María Beatriz Vázquez Durán con número de cuenta 0923471 procedente de la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la Licenciatura de Educación para la Salud.

Sin más por el momento y enviándole un cordial saludo.

Atentamente.

Vázquez Duran María Beatriz

Estudiante de la Licenciatura en Educación para la Salud

Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Universidad Autónoma del Estado de México

Anexo 2. Consentimiento informado



Universidad autónoma del estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Lic. En educación para la Salud

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Escuela: _____

Grado, grupo y turno: _____

Fecha: _____

DECLARACION DEL ALUMNO

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de este procedimiento. También me han aclarado mis dudas acerca de la actividad que se realizará en la escuela y me han dicho los beneficios que obtendré con la participación de dicha actividad. Además me han explicado que no tendré ningún tipo de riesgo que afecte mi integridad física o moral, así como mis calificaciones puesto que también la información que llegue a brindar será confidencial y para fines de investigación. Cuento con el derecho a retirarme si así lo deseo.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir **Evaluación de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación en escolares para la mejora de una conducta alimentaria en los niños**, que durará 3 semanas y se realizaran 2 veces por semana. Que tiene como objetivo: **Evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre alimentación para la mejora de la conducta alimentaria en niños**. Con esto se podrá: **Identificar los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación, por medio de la aplicación de un programa para la mejora de la conducta alimentaria en los niños**.

Los beneficios serán: **la mejora de una conducta alimentaria, tener un conocimiento mas amplio sobre el termino estar sano.**

1. Doy mi consentimiento para que me efectuen el procedimiento escrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de la actividad, a juicio del profesional que lleve a cabo.

2. Doy mi consentimiento para que se me aplique el test que me fue explicado anteriormente.

Nombre y firma del alumno

Padre o tutor: se me ha explicado por medio de este documento y por mi hijo (a) que los beneficios que tendrá serán positivos por lo que he comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

yo _____

Doy mi consentimiento para que el aplicador **Vazquez Duran Maria Beatriz** realice este procedimiento de aplicación de cuestionario de **Instrumento de creencias alimentarias vs 1.0 (CREALMAP)**.

Firma del padre o tutor

Asentimiento informado



Universidad autónoma del estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Lic. En educación para la Salud

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Escuela: _____

Grado, grupo y turno: _____

Fecha: _____

DECLARACION DEL ALUMNO

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de este procedimiento. También me han aclarado mis dudas acerca de la actividad que se realizará en la escuela y me han dicho los beneficios que obtendré con la participación de dicha actividad. Además me han explicado que no tendré ningún tipo de riesgo que afecte mi integridad física o moral, así como mis calificaciones puesto que también la información que llegue a brindar será confidencial y para fines de investigación. Cuento con el derecho a retirarme si así lo deseo.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir **Evaluación de un programa para modificar los conocimientos sobre la alimentación en escolares para la mejora de una conducta alimentaria en los niños**, que durará 3 semanas y se realizaran 2 veces por semana. Que tiene como objetivo: **Evaluar el impacto de un programa para modificar los conocimientos sobre alimentación para la mejora de la conducta alimentaria en niños**. Con esto se podrá: **Identificar los conocimientos que tienen los niños acerca de la alimentación, por medio de la aplicación de un programa para la mejora de la conducta alimentaria en los niños**.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir **en la aplicación de un test y un postest que servirán solo para fines de investigación.**

1. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento escrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de la actividad, a juicio del profesional que lleve a cabo.

2. Doy mi consentimiento para que se me aplique el test que me fue explicado anteriormente.

Nombre y firma del alumno

Padre o tutor: se me ha explicado por medio de este documento y por mi hijo (a) que los beneficios que tendrá serán positivos por lo que he comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello yo _____

Doy mi consentimiento para que el aplicador **Vazquez Duran María Beatriz** realice este procedimiento de aplicación de test y un postest, que servirá solo para fines de investigación.

Firma del padre o tutor



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la salud

Sexo: Femenino Masculino

Folio: _____

Edad:

Grupo:

Instrucciones: Lee con atención y marca las respuestas que consideres correctas evitando dejar respuesta vacías.

La información proporcionada es confidencial, y sólo se usará con fines de investigación.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|-------------|------------|-----------------------|
| 1.- Hay que ir a comprar sin hambre | | | | | |
| 2.- Comprar en la cooperativa de la escuela es cómodo | | | | | |
| 3.- Ir a comprar a la cooperativa de la escuela es complicado | | | | | |
| 4.- A la hora de comprar te ayuda guiarte por lo que compran los demás | | | | | |
| 5.- En mi casa cocinan en función de los gustos de los hijos | | | | | |
| 6.-Me gusta la comida de mi casa | | | | | |
| 7.- Es igual de | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| satisfactorio comer en mi casa que en la escuela | | | | | |
| 8.- Las comidas en caldo son un buen alimento | | | | | |
| 9.- Hay que comer carne todos los días | | | | | |
| 10.- En casa se come mejor que en la escuela | | | | | |
| 11.- Lo más importante de una comida es que me guste | | | | | |
| 12.- Lo más importante de una comida es que sea sana | | | | | |
| 13.- Yo sé comer sano pero no lo hago | | | | | |
| 14.- Se puede comer sano aunque sea fuera de casa | | | | | |
| 15.- Comer mal te hace sentir culpable | | | | | |
| 16.- Si mi madre trabaja fuera, en casa se come peor | | | | | |
| 17.- Hay que educar para que coman sano | | | | | |
| 18.- Como frutas después de las comidas | | | | | |
| 19.- Estar delgado significa que comes | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| sano | | | | | |
| 20.- La comida chatarra es saludable | | | | | |
| 21.- Comer ensaladas en las comidas es sano | | | | | |
| 22.- Comer sano es comer poco | | | | | |
| 23.- Alimentarse bien es importante para estar sano | | | | | |
| 24.- Respetar unos horarios de comida es importante para la salud | | | | | |
| 25.- Tengo que cambiar mis hábitos en alimentación para hacerlos más saludables | | | | | |
| 26.- La publicidad influye en lo que como | | | | | |

Anexo 4

CARTAS DESCRIPTIVAS.

| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
|----------------------------------|---|---|---|---|----------|
| I. Presentación con los alumnos. | Establecer un lazo de confianza entre los participantes y la educadora para la salud. | * Presentación con los niños y se realizará una dinámica de la papa caliente para que los niños se presenten. | Pelota de plástico de 5cm de diámetro. | *Instrucciones del juego para la presentación: Cantaremos “la papa caliente” y cuando se diga se quemó al niño que le tocó quedarse con la pelota pediremos que mencionen su nombre, así como el continuar con el juego. | 20 min. |
| Presentación del programa | Información acerca del “Programa sobre las costumbres familiares y escolares en la alimentación en niños” | *Presentación del programa a través de imágenes. | *Rotafolio con imágenes para el mejor entendimiento de los niños y basado en el tema. (Anexo 5) | Se les explicará paso a paso las formas diferentes que nos alimentan los papás. | 25 min. |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|--|---------|
| Dinámica de apoyo | Reconocer los alimentos que son saludables y los que no lo son. | Entrega de hojas membretadas de la institución. | Paletas y hojas blancas con el nombre de cada niño. | Se les dará una hoja blanca para que en su casita en vacaciones hagan un dibujo de los alimentos que mamá les da de comer. | 30 min. |
|-------------------|---|---|---|--|---------|

| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
|--------------------------|---|---|---------------------------------|---|----------|
| II.Presentación del tema | Empoderamiento en los niños sobre una alimentación saludable. | Exposición del tema: “La alimentación saludable” y “Los alimentos que en exceso de consumo hacen daño a la salud” | Dibujos en rotafolio. (Anexo 6) | Expondremos los temas para empoderar a los niños. | 20 min. |
| Dinámica cuento | Reflexión acerca de los alimentos | Leer el cuento: “Tito el Feíto” | Cuento en grande con dibujos. | Se leerá el cuento y los niños, nos explicarán que entendieron, levantando la mano uno por uno. | 15 min. |
| Dinámica reflexión | Empoderamiento de los alimentos | Dibujos acerca del cuento | Hojas blancas y colores | En base a lo que entendieron del cuento dibujar la parte del cuento | 20 min. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | en la que el protagonista del cuento daña su salud. | |
|--|--|--|--|---|--|

| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
|--|---|-------------------------------|---|---|----------|
| III. Identificación de alimentos saludables | Evaluar a los niños qué tanto han aprendido hasta el momento. | Twister alimentario | Twister con dibujos de alimentos. (Revisar anexo 7). | Se darán las instrucciones del juego, formando 2 equipos y hacer participación de competencia. | 25 min. |
| | | Lotería alimenticia | Lotería alimenticia (Revisar anexo 8). | Se mencionaran los alimentos y dirán si es saludables o no y para esto tendrán fichas de una palomita y un tache, la palomita será para el alimento saludables y el taches para el alimento no saludable. | 25 min. |
| Dulce de amaranto | Conocer nuevas opciones de dulces | Entrega de dulce de amaranto. | Dulces e información en hojas de la propiedades | Se les entregará el dulce de amaranto y les daremos la información que | 10 min. |

| | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|
| | saludables. | | del amaranto para que se las lleven a sus papás. | tan saludable es el amaranto, cuál es su beneficio y que lo pueden consumir como un dulce nutritivo en lugar de un dulce de la tienda. | |
|--|-------------|--|--|--|--|

| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
|---------------------------------------|---|--|--|---|----------|
| IV.Importancia de la actividad física | Empoderamiento de la importancia de hacer una actividad física. | Información acerca de la importancia de la actividad física. | Imágenes alusivas al tema e imágenes de las consecuencias de no practicar alguna actividad física (revisar anexo 9). | Se les proporcionará información acerca de la importancia de la actividad física, así como se les irán proyectando imágenes para una mayor comprensión. | 20 min. |
| | | Práctica de la actividad física. | Música de zumba kids (música infantil). Agua embotellada. | Se les dará una sesión de zumba para niños y al término se les dará una botella de agua y una breve explicación | 30 min. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--|
| | | | | de la importancia de la toma de esta. | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--|

| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
|-------------------------|--|---|---|--|----------|
| V. Plato del buen comer | Empoderamiento del palto del buen comer. | Información del plato del buen comer. | Cromo del plato del buen comer y copias de la imagen del plato del buen comer. (Ver anexo 5) | Se les expondrá la información del plato del buen comer. | 15 min. |
| Taller de cocina | Autoconocimiento de la formación de un desayuno saludable. | Cada niño dispondrá de diferentes alimentos para que formen su propio desayuno. | Diferentes alimentos como frutas, verduras, guisados y dulces, así como jugos y agua. | Los niños estarán en mesa redonda y colocaremos todos los alimentos en la mesa para que puedan disponer de ellos y así formar su platillo. | 30 min. |
| Alimentos de avena | Conocer nuevas opciones de dulces saludables. | Entrega de galletas, y dulce de avena. | Galletas y dulces de avena. | Se les entregará las galletas y el dulce de avena y les daremos la información qué tan saludable es la avena, cuál es su beneficio y | 15 min. |

| | | | | que lo pueden consumir como un dulce nutritivo en lugar de un dulce de la tienda. | |
|--|--|--|--|--|-----------------|
| | | | | | |
| UNIDAD | PROPÓSITO | ACTIVIDADES | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | DURACIÓN |
| VI. Evaluación de la alimentación | Evaluación del empoderamiento de los niños acerca de la alimentación saludable y la alimentación no saludable. | Repaso con un exposición de la alimentación así como la participación de los niños entre esta. | Rotafolio de la alimentación. Paletas. (Revisar anexo 5) | Se preguntará a los niños y ellos participarán cada que participen y respondan correctamente ellos recibirán una paleta de premio. | 15 min. |
| Collage de alimentación saludable y alimentación no saludable. | Autoconocimiento de la alimentación saludable y la alimentación no saludable. | Collage | Revistas y cartulinas. | Se formaran 3 equipos ayudándose del material proporcionado. | 30 min. |
| Entrega de obsequio | Agradecimiento por su participación, atención y tiempo. | Entrega de obsequio | Juguetes | Se les entregará el juguete y les daremos las gracias. | 10 min. |

Se aplicó nuevamente el instrumento para una post- prueba.

Anexo 5

¿QUÉ ES LA ALIMENTACIÓN?

Los alimentos: son todos los productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica (hambre).



La alimentación: Es el conjunto de actividades relacionados con el consumo de alimentos mediante el cual el organismo obtiene los nutrientes que necesita. Así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.



¿CÓMO NOS ALIMENTAN NUESTROS PAPÁS?

1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



¿CÓMO DEBEMOS ALIMENTARNOS?



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Comer es necesario para el funcionamiento del cuerpo. La comida es el combustible de todo nuestro cuerpo, para renovarse y para hacer su trabajo. Es lo que nos da energía para movernos, para pensar, y para vivir.



COMPLETA



VARIADA



EQUILIBRADA



INOCUA



ADECUADA

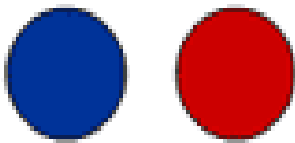
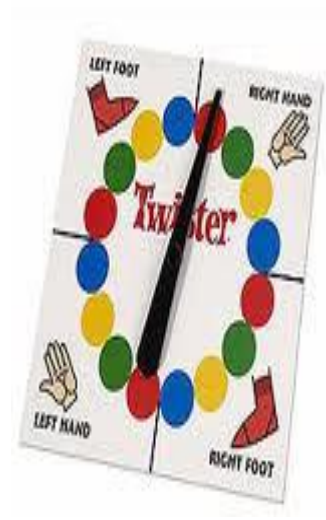
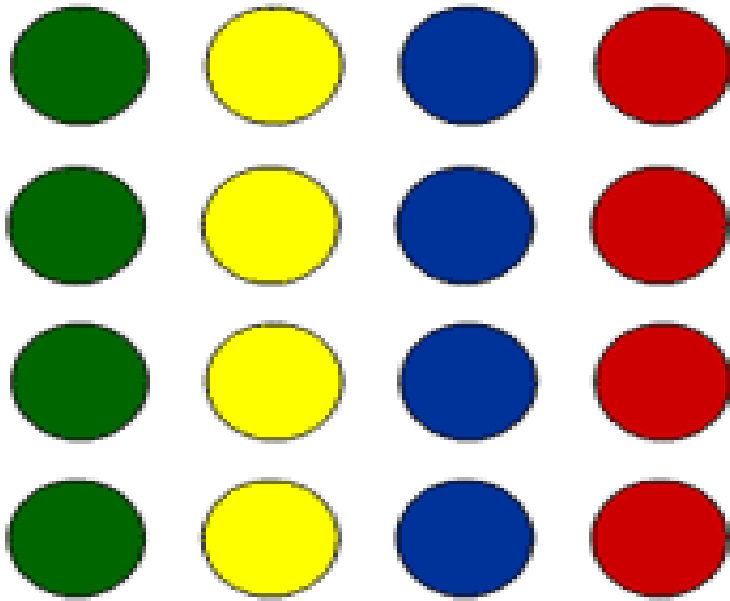


SUFICIENTE

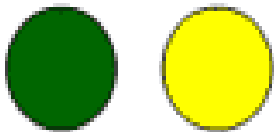
ALIMENTOS QUE EN EXCESO DE CONSUMO NOS DAÑAN



Anexo 7



LOS NIÑOS INDICARÁN ALIMENTOS CHATARRA



LOS NIÑOS MENCIONARÁN ALIMENTOS SANOS

ANEXO 8



ANEXO 9

CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA



¿QUÉ PASA SI HAGO UNA ACTIVIDAD FÍSICA?

