

Instituto Nacional  
de Salud Pública

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

ESPECIALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD  
2011-2012

**Estrategias de promoción de la salud en  
obesidad infantil. El caso del Centro de  
Desarrollo Infantil “Margaritas”**

---

Estudio de caso

**TRABAJO FINAL**

Para obtener el grado de Especialista en Promoción de la Salud

Presenta:

Flora Janet Rodríguez Méndez

Director: Roselía Arminda Rosales Flores

Asesor: José Arturo Granados Cosme

Junio de 2013

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | 3  |
| Primer Capítulo   |    |
| <b>1. ANTECEDENTES</b> .....  | 5  |
| 1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.....   | 5  |
| 1.2 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD A CORTO Y A LARGO PLAZO.....                     | 7  |
| 1.3 ACCIONES E INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL PROBLEMA DE OBESIDAD INFANTIL..... | 8  |
| 1.5 CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DIF-SEDESO.....                                | 18 |
| Segundo Capítulo  |    |
| <b>2.1 JUSTIFICACIÓN</b> .....  | 21 |
| <b>2.2 MARCO REFERENCIAL</b> .....  | 23 |
| 2.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.....  | 23 |
| 2.2.2 OBESIDAD INFANTIL Y SUS CAUSAS.....   | 25 |
| Tercer Capítulo   |    |
| <b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....  | 36 |
| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....   | 36 |
| OBJETIVO.....   | 37 |
| DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....   | 37 |
| UNIVERSO DE ESTUDIO.....  | 37 |
| METODOLOGÍA.....  | 37 |
| Cuarto Capítulo   |    |
| <b>RESULTADOS Y ANÁLISIS</b> .....  | 43 |
| Quinto Capítulo   |    |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....   | 57 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>   |    |
| <b>ANEXOS</b>   |    |

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio de caso que describe y analiza la situación actual del Centro de Desarrollo Infantil “Margaritas” entorno a un problema de salud infantil, es un trabajo de promoción de la salud en el que se desarrollan estrategias centradas en el aprendizaje de habilidades personales priorizando la participación y colaboración de quienes están y conviven en este espacio de la vida cotidiana.

El interés respecto de la obesidad infantil surge a partir de la constatación como un factor de riesgo de varias afecciones crónicas, además del impacto que reside entre el peso en la niñez y el peso en la vida adulta. En ese sentido, la atención precoz de la obesidad infantil a través de estrategias de promoción de la salud permite la posibilidad de actuar ante los riesgos que están presentes y que se pueden evitar anticipadamente protegiendo la salud de los niños y niñas.

Así, este trabajo tiene como objetivo general generar estrategias de promoción de la salud en sobrepeso y obesidad infantil priorizando la colaboración de las educadoras del CENDI “Margaritas”.

El presente trabajo se estructura en 5 capítulos:.

Primer Capítulo: se desarrollan los antecedentes y características del fenómeno de la obesidad en términos cuantitativos, su impacto en el mundo, y en México. Posteriormente se señalan las repercusiones a la salud de los niños a corto y a largo plazo. También en este capítulo se desarrollan las acciones e intervenciones para combatir el problema de obesidad infantil que se han implementado en diferentes países y específicamente en México. Finalmente se describe brevemente las características de las guarderías pertenecientes al programa SEDESOL- DIF para ubicar el contexto del problema abordado.

Segundo Capítulo: se compone de la justificación y el marco conceptual-referencial que explican el objeto del estudio. En él se tratan los temas de promoción de la salud, como campo de conocimiento, enfatizando cada una de

las áreas de acción propuestas en la Carta de Ottawa que sirve como referente, y por último las causas de la obesidad infantil. A partir de estos elementos se plantea la problemática y los objetivos.

Tercer Capítulo: tomando en consideración lo desarrollado en el capítulo dos se expone el planteamiento del problema de investigación con las diferentes aristas del fenómeno que interesa abordar en este trabajo. De ahí, se construyen las preguntas de investigación y los objetivos que la guían el estudio, y los aspectos metodológicos bajo los cuales se desarrolla la investigación.

Cuarto Capítulo: se expone, en primera instancia, las características generales del caso tomando en consideración el marco conceptual y referencial presentado en el capítulo dos y siguiendo la metodología planteada en el tercer capítulo. En este capítulo también se describen, los resultados que se encontraron al aplicar las técnicas e instrumentos como los de la intervención.

Quinto Capítulo: se presentan las conclusiones del trabajo haciendo énfasis en la promoción de la salud como campo de conocimiento y de acción en torno al objeto de estudio; el desarrollo de habilidades para la vida como estrategia ligada a los estilos de vida que fomenta las elecciones saludables en los individuos. Así también se resalta el papel del promotor de la salud como facilitador y acompañante del proceso en la contribución, promoción de cambios, organización y empoderamiento. Se distinguen además las etapas participativas del proceso de intervención, el diagnóstico participativo y la planeación participativa, siendo éstas esenciales en la actuación, coordinación y utilización de todos los recursos; así como para acordar prioridades y determinar conjuntamente metas, objetivos y estrategias para la acción.

# Primer Capítulo

## ANTECEDENTES

En este apartado se desarrollan los elementos principales que dan cuenta del objeto de estudio y que permiten hacer un diagnóstico general del problema a través de las determinaciones sociales de la salud y las respuestas sociales para dar solución a esta problemática.

### 1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 1400 millones de adultos de 20 años y más con sobrepeso; en general más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas<sup>1</sup>, y se prevé que para el 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso y más de 700 millones de adultos con obesidad.<sup>2</sup>

En los últimos años, la obesidad se encuentra presente en diferentes ámbitos sociales y de salud pública, principalmente en las poblaciones escolares, adolescentes y adultos jóvenes.<sup>3</sup> La OMS en el año 2010, estimó alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad con sobrepeso.<sup>1</sup>

Algunos países en vías de desarrollo reportan tasas de sobrepeso mayores de 5% del total de la población de menores de cinco años. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) reportó que en 2006, naciones como Islas Comoros (14%); Siria (12%); Kazajstán (11%); Santo Tomé y Príncipe (11%); Djibouti (10%); Mongolia (10%); Argelia (9%); Egipto (9%); República Dominicana (7%); Bolivia (6%); y Perú destacan como zonas de riesgo para el desarrollo del padecimiento. En contraste los países más desarrollados presentan tasas mayores a 30% de población de menores de edad (de 5 a 17 años) con sobrepeso. De acuerdo con la OCDE, los países con mayor porcentaje son Grecia (41%); Estados Unidos (35.5%); Italia (31.7%); México (28.6%); Nueva Zelanda

(28.5%) y Chile (27.9%). El promedio de niños y adolescentes con este padecimiento del conjunto de naciones parte de esta organización es de 22.2%.<sup>4</sup>

En México los datos de las encuestas de nutrición realizadas en 1988,1999 y 2006 han mostrado la tendencia al incremento en este padecimiento en los menores de edad. La ENSANUT 2006, de acuerdo con los criterios de la IOTF se observa una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 26% en niños entre 5 y 11 años (4.15 millones de infantes), situación que afectaba más a las niñas (26.8%) que a los varones (25.9%). Cabe destacar que la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 presentó un promedio de 18.6%, lo que demostró que de 1999 al 2006 hubo un incremento de 1.1pp/ año de este padecimiento en la población infantil.<sup>4</sup>

En el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición presenta la tendencia de este padecimiento de los últimos seis años reportando que en los niños menores de cinco años la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 pp de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia de 12% , 2.3 pp arriba del promedio nacional.<sup>5</sup>

En los escolares, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad, de acuerdo con los criterios de la OMS fue de 32% (19.8% y 14.6%, respectivamente). El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 al 2012.<sup>5</sup>

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), destacan que México ocupa el cuarto lugar con niños (entre 5 y 17 años) más obesos en 2012, situación que significa que un niño de cada tres niños tiene sobrepeso u obesidad.<sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud resalta que México ocupa el primer lugar de obesidad infantil en el mundo.<sup>2</sup>

## 1.2 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO

La obesidad es una enfermedad compleja, crónica y multifactorial; sin embargo se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético,<sup>6</sup> lo que propicia una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.<sup>3</sup>

El sobrepeso y la obesidad en los niños representan hoy en día uno de los problemas más serios que enfrenta la salud pública, ya que los riesgos para la salud en etapas tempranas de la vida incluyen a corto plazo problemas físicos como psicosociales.<sup>7</sup> Además su atención y tratamiento requiere de altos costos financieros y el impacto epidemiológico reside en que, al parecer, existe una correlación significativa entre el peso en la niñez y el peso en vida adulta.<sup>3</sup>

En los últimos años, la obesidad infantil se ha asociado con la aparición de alteraciones metabólicas, tales como: dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, entre otras a edades más tempranas.<sup>8</sup> Los cambios metabólicos observados en niños y adolescentes obesos se conocen también como síndrome pre-metabólico y pueden estar relacionados con los trastornos endocrinos que se observan en la obesidad, como déficit de hormona del crecimiento o hiperleptinemia.<sup>7</sup>

También se han descrito problemas ortopédicos que se acompañan de alteraciones en la movilidad física e inactividad; trastornos en la respuesta inmune con aumento en la susceptibilidad a infecciones y alteraciones cutáneas que reducen la capacidad de cicatrización de heridas.<sup>8</sup>

Sin embargo las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas.<sup>7</sup> Un niño obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima, depresión,<sup>8</sup> aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta.<sup>7</sup> Todas estas consecuencias psicosociales establece en niños y adolescentes con obesidad limitaciones funcionales, físicas y psicosociales que trae como

consecuencia una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud. <sup>8</sup>

No obstante las enfermedades agudas y crónicas asociadas con el exceso de peso no sólo afectan la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad. Se ha estimado que la obesidad representa entre el 2 a 8% de los gastos en cuidados de salud.<sup>8</sup>

En ese sentido, la detección y atención precoz de la obesidad infantil es importante porque es el mejor momento para intentar evitar la progresión de la enfermedad y la morbilidad asociada con la misma.<sup>3</sup>

### **1.3 ACCIONES E INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL PROBLEMA DE OBESIDAD INFANTIL EN DIFERENTES PAÍSES**

La prevalencia en aumento de la obesidad infantil ha dado lugar a una respuesta significativa de las políticas por parte de muchos países y gobiernos en el mundo.

La OMS propuso en 2004 la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud que consiste en prevenir malos hábitos alimenticios y la inactividad física, y en la que se pide a todas las partes interesadas que adopten medidas a nivel mundial, regional y local. De acuerdo con la OMS la estrategia consiste en:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.
- Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.
- Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad

física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.

- Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.<sup>4</sup>

Diferentes naciones cuentan con una normatividad y programas de actividad física para contrarrestar los efectos de la obesidad y sobrepeso en la población, entre las que destacan Estados Unidos, Unión Europea, España, Gran Bretaña, Alemania, Chile y México. A continuación de manera breve se hace referencia a las intervenciones que se han llevado a cabo en algunos de estos países.

#### **a) Estados Unidos y Unión Europea**

Un documento de la Fundación IDEA, analiza de manera somera las políticas y programas escolares que se han aplicado en diversos países para enfrentar el problema de obesidad.<sup>9</sup> Los programas y proyectos que analiza este documento son ocho, en su mayoría dirigidas a la población infantil. Las temáticas que aborda son variadas, entre éstas se destaca las de tipo educativo donde se promueve la actividad física y la educación nutricional; la disponibilidad de alimentos y bebidas con un contenido nutrimental más saludable; los que hacen un llamado a la regulación de la publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas dirigidas a los niños; así como las que a través de políticas estatales implementadas se dirigen a eliminar la venta de bebidas carbonatadas y de otras bebidas endulzadas y a restringir la venta de alimentos chatarra en las escuelas públicas.

De los resultados más sobresalientes en este documento destaca los siguientes: *School Wellness Policies (Estados Unidos)*. Propone la implementación de políticas a través de programas para el bienestar escolar, resaltando las intervenciones de tipo educativo; sin embargo analiza otros componentes que muestran que no hay un impacto negativo en las ganancias monetarias de las cafeterías escolares al ofrecer alimentos de mejor calidad nutrimental, y que la disponibilidad de alimentos “chatarra” no parece estar asociada a una mejoría en los índices de masa corporal de los alumnos, ni en mejoras académica.<sup>9</sup>

*Alliance for Healthier Beverages for Schools (Estados Unidos).* Propone un trabajo conjunto con los representantes de varias compañías fabricantes de refrescos carbonatados para establecer una alianza y ofrecer mejores opciones de bebidas para los estudiantes. Un estudio encontró que los impuestos que actualmente se han implementado en muchos estados en Estados Unidos, no están siendo suficientes para reducir el consumo de bebidas carbonatadas altas en azúcares. Los investigadores encontraron que para ser efectivos, los impuestos deben incorporarse al precio del producto de manera específica (para que el consumidor perciba el aumento de precio del producto), y no ser recolectados como parte del I.V.A. general.<sup>9</sup>

*California State Policies SB 677, SB 965 y SB 12. (Estados Unidos).* Implementación de políticas en la regulación y venta de bebidas y alimentos de bajo valor nutrimental “Chatarra”. Emma Sanchez Vaznaugh, llevó a cabo uno de los primeros estudios para evaluar si la tendencia en obesidad infantil en el estado cambió a raíz de la implementación de dichas políticas. Para el estudio se utilizó información del índice de masa corporal (IMC). La información reveló que antes de la implementación de las políticas, el número de estudiantes con sobrepeso iba en incremento en todos los grupos de estudio. En un periodo de tres años posteriores a la implementación de la legislación, el incremento en el número de niños con sobrepeso fue significativamente menor. Sin embargo se cree que existe la posibilidad de sesgos de auto selección u otro tipo de endogeneidades que podrían estar afectando los resultados.<sup>9</sup>

*EPODE (Unión Europea).* Es una metodología diseñada para involucrar a todos los grupos de interés en un programa integrado y concreto dirigido a facilitar la adopción de estilos de vida más saludables. Los programas desarrollados bajo este esquema están dirigidos a modificar el medio ambiente y por lo tanto, aquellos comportamientos poco saludables en la población mediante un proceso de aprendizaje con un enfoque positivo, concreto y paso a paso sin la estigmatización de culturas, hábitos alimenticios, sobrepeso y obesidad. Los resultados de la primera implementación del programa en dos pueblos de Francia, en un periodo de 12 años, señalan que el sobrepeso y la obesidad infantil disminuyó de 11.2 a 8.8%. En comparación, el sobrepeso y la obesidad infantil

creció de 12.6 a 17.8 % en dos pueblos cercanos donde no se implementó la estrategia.<sup>9</sup>

*The PolMark Project (Unión Europea)*. El objetivo del proyecto es mejorar el entendimiento de los factores que ejercen una influencia en las opciones alimenticias de los niños para contribuir al mejoramiento de su estado nutricional y contrarrestar el reto de la obesidad y de las enfermedades de tipo no transmisibles. El proyecto fue diseñado para proporcionar recursos específicos de inteligencia a los hacedores de políticas, al identificar la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a los niños como el tema principal de salud pública que se requiere regular. Se llevó a cabo una descripción de las políticas existentes en 59 países en materia de regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños. De los países participantes, 26 señalaron políticas concretas implementadas en el tema, 22 de ellos han desarrollado, o están en proceso de desarrollar políticas, regulaciones o formas aprobadas de autorregulación en materia de publicidad. Todavía falta por establecer indicadores que señalen la efectividad o fracaso de las medidas implementadas en los distintos países. Es necesario que los países establezcan claramente los objetivos que se pretenden alcanzar con la implementación de dichas medidas.<sup>9</sup>

#### *Actividad física*

En Estados Unidos de Norteamérica (EUA) e Inglaterra existe consenso en que los niños y adolescentes acumulen al menos 60 min al día de actividad moderada a vigorosa. En Canadá se recomienda no solo aumentar la actividad física moderada y vigorosa, sino que también reducir el tiempo dedicado a actividades sedentarias.<sup>10</sup>

#### **b) Alemania**

El sindicato de la alimentación de Alemania participa en una iniciativa de información y concientización, “Plataforma Alimentación y Movimiento” la cual propone alertar sobre los peligros de la mala alimentación, y apoya un nuevo plan de acción para la prevención de la mala alimentación, falta de movimiento, sobrepeso y las enfermedades consiguientes. Se exhortó a ir más allá del sistema del “semáforo” introducido en Gran Bretaña debido a la falta de conocimiento en la

población alemana acerca de la composición de una alimentación saludable. Se propone una sistematización de la información sobre los valores nutritivos de todos los alimentos, un sistema de información y de la composición de los alimentos que sea fácil de entender.<sup>10</sup>

### **c) Gran Bretaña**

Realizó un cambio radical en el menú de las cafeterías en las escuelas primarias y secundarias de ese país, ofreciendo alternativas mucho más saludables como verduras, frutas y pescado. Desaparecieron de los pasillos de las escuelas las máquinas despachadoras de comida chatarra o bebidas carbonatadas y otras fueron adaptadas para vender jugos naturales. Durante el último año una conocida cadena norteamericana de comida rápida tuvo que cerrar 25 de sus restaurantes en el Reino Unido, porque el número de clientes bajó significativamente. Otra empresa multinacional de refrescos de gas anunció que perdió cientos de millones de dólares debido a ventas muy bajas en Gran Bretaña.<sup>10</sup>

### **d) España**

En noviembre de 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) le otorgó uno de sus premios por demostrar un destacado dinamismo para contrarrestar la epidemia de obesidad, particularmente por la forma en que aborda la colaboración entre los sectores público, social y privado. La Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), ha demostrado resultados prometedores. Dentro de sus alcances resalta la movilización de diversos sectores y actores sociales, entre ellos, el mundo empresarial, la industria alimentaria y las empresas de distribución quienes han mantenido una posición muy positiva y han firmado convenios con compromisos de gran alcance. Así también, la presencia constante de la estrategia NAOS en los medios de comunicación ha contribuido en uno de sus objetivos, que es sensibilizar a la población acerca de la trascendencia sanitaria del problema de la obesidad.<sup>10</sup>

## **e) Chile**

En Latinoamérica, uno de los países vanguardistas es Chile, el cual desde 2001 implementó en las escuelas una estrategia para prevención de obesidad infantil conocida como el “Quiosco Saludable”, donde está prohibida la venta de frituras, galletas, refrescos y comida chatarra, y se expenden sólo alimentos nutritivos, como yogurt, leche, frutas, pan y otros. Esta iniciativa ha ido mejorando progresivamente y en marzo de 2008 se abrió el primer quiosco saludable que cumple con los estándares del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA) y de la OMS, donde al menos 70% de los productos son saludables.<sup>10</sup>

### *Actividad física*

En la actualidad, a nivel internacional existen recomendaciones concretas sobre el tipo y el nivel de actividad física necesaria para mantener la salud en los niños y adolescentes en diferentes programas como el NAOS en España, en Canadá, EUA, Gran Bretaña, y en Latinoamérica en Argentina, Chile. Estas estrategias se centran principalmente en el medio escolar, pero también están dirigidas a las familias, el entorno comunitario y social.<sup>10</sup>

## **f) Políticas y programas implementados en México para el control de obesidad infantil**

México se adhirió en 2004 a la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, promovida por la OMS. En el año 2010, la Secretaría de Salud dio a conocer el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, la cual involucra la participación activa de los sectores social, académico y privado, para llevar a cabo medidas inmediatas.<sup>9</sup>

La estrategia propuesta en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se centró en la iniciativa de una política integral de estado multisectorial. Una vez acordado con las dependencias federales, luego de consulta con expertos nacionales e internacionales, así como con la industria y otros organismos se establecieron metas para el 2012.

Las metas son:

- En niños de 2 a 5 años, revertir el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a menores de lo existente en 2006.
- En la población de 5 a 19 años, detener el avance en la prevalencia del sobrepeso y obesidad.
- En la población adulta, desacelerar el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad.<sup>11</sup>

Las acciones que están dirigidas especialmente a los menores de edad en son en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan adoptar hábitos alimentarios correctos y que promuevan la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.<sup>11</sup>

Algunas acciones para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad en el ámbito escolar donde la Secretaría de Educación Pública estableció compromisos son:

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Garantizar la instalación de bebederos en escuelas públicas
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar.<sup>12</sup>

Uno de los esfuerzos más recientes de un grupo de especialistas convocados por la Secretaría de Salud se centro en la elaboración de las *“Recomendaciones sobre el consumo de bebidas para la población mexicana”* con el objetivo de fomentar el consumo de bebidas saludables y evitar el de bebidas de riesgo. La finalidad fue contar con lineamientos basados en evidencia científica para orientar

a los consumidores, a los profesionales de la salud y al sector gubernamental. Considerando su contenido energético, valor nutricional y riesgos a la salud, así como su patrón de consumo.<sup>10</sup> Las bebidas se clasificaron en seis categorías:

Nivel 1: agua potable.

Nivel 2: leche baja en grasa (1%) y sin grasa y bebidas de soya sin azúcar.

Nivel 3: café y té sin azúcar.

Nivel 4: bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales.

Nivel 5: bebidas con alto valor calórico y beneficios a la salud limitados (jugos de fruta, leche entera, licuados de fruta con azúcar o miel, bebidas alcohólicas y bebidas para deportistas).

Nivel 6: bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrientes (refrescos, jugos y otras bebidas con altas cantidades de azúcar agregada como aguas frescas, café y té).

El Comité recomienda además, los siguientes esfuerzos en las escuelas:

- Ofrecer agua potable en las escuelas para el consumo general de toda la comunidad escolar.
- Intervenir en las cooperativas de las escuelas para modificar las reglas y sensibilizar a la Secretaría de Educación Pública y a los administradores y maestros de las escuelas en relación con la necesidad de restringir la disponibilidad de bebidas azucaradas.
- En la Ciudad de México y algunos estados hay vendedores que ofrecen a los niños, durante el receso, alimentos y bebidas azucaradas. La Secretaría de Educación Pública debe restringir la disponibilidad de bebidas azucaradas en todo el sistema escolar y seguir de modo estricto los lineamientos propuestos por este Comité en relación con jugos de frutas, agua y leche sin grasa. Hay que restringir la disponibilidad de bebidas a las tres siguientes opciones: porciones pequeñas de jugos 100% puros (125 ml/niño), leche descremada y agua potable.

- Proponer el uso de leche descremada, sin sabor y sin azúcar, en los desayunos que ofrece el DIF al sistema escolar. Este proceso de reducción de azúcar debe ser gradual. Se recomienda que la propuesta provenga de la Secretaría de Salud.
- Proporcionar incentivos a las escuelas que sean certificadas como libres de bebidas azucaradas en sus instalaciones.<sup>13</sup>

Dentro de la regulación social para prevenir y contrarrestar la obesidad y sobrepeso en menores de edad, la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) refiere los *Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar* de los planteles de educación básica emitido por las Secretarías de Educación Pública y de Salud. Este compendio enumera las características nutrimentales de los alimentos y bebidas que pueden venderse a los niños en las escuelas de educación primaria y secundaria, con la finalidad de restringir la venta de los productos que no cumplan dicha normatividad. Además, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria estableció que sólo se permitirán la venta y comercialización de bebidas procesadas de acuerdo con las siguientes características por nivel escolar:

- Preescolar y primaria: únicamente se permite el agua potable.
- En secundaria además de privilegiar el consumo de agua simple potable, se permitirán otros tipos de bebidas, siempre y cuando cumplan con los siguientes criterios nutrimentales: porción de 250 ml o menos con 10 Kcal máximo por porción; menos de 55 mg de sodio y edulcorantes no calóricos en menos de 45 mg/100ml y no deberán tener cafeína o taurina<sup>4</sup>.

Con estas acciones, las autoridades en materia de salud y educativa buscan complementar otras medidas de salud pública enfocadas a prevenir la obesidad infantil, además de continuar con planes de acción escolar para fomentar la actividad física; aumentar el consumo de agua simple potable; disminuir el consumo de azúcares, endulzantes calóricos, sodio y grasas; incrementar el consumo de frutas, verduras, cereales y leguminosas; e informar en materia de nutrición; entre otras medidas.<sup>4</sup>

No obstante, los medios de comunicación masiva juegan un papel importante en el consumo de alimentos, y los niños son una población muy vulnerable.

En el año 2008, la Secretaría de Salud (SS) y la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) dialogaron con la industria para establecer un *código de autorregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida al público infantil (código PABI)*. Este código entró en vigor en 2009 y la Secretaría de Salud ha propuesto a la industria alimentaria el establecimiento de una mesa permanente de trabajo para desarrollar acciones específicas y promover los objetivos propuesto por la secretaría de educación pública y salud. Este código fue firmado por las compañías que representan cerca del 70 por ciento de la publicidad en México.<sup>12</sup>

Sin embargo hasta ahora no han progresado en las Cámaras ni la propuesta de la Secretaría de Hacienda para gravar con mayores impuestos la producción de refrescos ni la propuesta en el Senado de la República para reformar el artículo 115 de la Ley General de Salud y el 49 de la Ley Federal de Protección al Consumidor, a fin de regular en los medios de comunicación la publicidad de los alimentos chatarra.<sup>10</sup>

### *Actividad física*

Cada vez hay más indicios del efecto benéfico que tiene la actividad física para la salud y la calidad de la vida de las personas y los niños no son la excepción.

Las recomendaciones disponibles sobre actividad física en escolares y adolescentes varían en distintos países.<sup>10</sup> En México, el gobierno federal implementó en agosto de 2008 la *Estrategia Nacional Actívate, Vive Mejor* basado en los resultados desfavorables de la Ensanut 2006. La Dirección General de Educación Física de la Secretaría de Educación Pública (SEP) presentó el *Programa Nacional de Educación Física* que tiene como finalidad capacitar y actualizar a aproximadamente veinte mil profesores de la asignatura a escala nacional, y que los alumnos adquieran las habilidades para mejorar su coordinación, condición física, confianza y seguridad; así como estimular la adquisición de hábitos y actitudes positivas, entre otros beneficios.<sup>4</sup>

Esta estrategia plantea implementar programas que promuevan entre la población en general la práctica regular y sistemática de actividades físicas y recreativas en forma masiva, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y contribuir a desarrollar con igualdad de oportunidades de participación en todos los segmentos de la población. Uno de los ejes estratégicos se ubica en el ámbito escolar.<sup>14</sup>

Dentro de sus avances se encuentra:

- Las autoridades educativas de todos los Estados aprobaron por unanimidad en el seno de CONAEDU el practicar rutinas de actividad física diarias de 30 min. como parte de la jornada escolar.
- Se cuenta con el apoyo de las áreas de educación física a nivel nacional para ser multiplicadores del programa ante los maestros de grupo
- Se incluye la activación física escolar como parte de la *“Alianza por la Calidad Educativa”* en el rubro *“Bienestar y desarrollo integral de los alumnos”*
- Actualmente participan 8.2 millones de alumnos diariamente en Estados como Nuevo León, Campeche, Chiapas, Oaxaca, Colima, etc.
- La meta para 2012 es la participación de 25 millones de alumnos de educación básica.<sup>14</sup>

También se han iniciado programas en las escuelas para prevenir la obesidad como el denominado *“Movimiento y Bienestar”* en el que participan la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE), la industria del Refresco (Coca-Cola de México), del cual falta conocer sus resultados.<sup>10</sup>

#### **1.4 CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DIF-SEDESOL**

En México, las instituciones encargadas de los servicios de cuidado infantil han sido el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que en años recientes se incorporó en la provisión del servicio.<sup>15</sup>

El tema de los servicios de cuidado y atención infantil cobró más importancia a partir de la campaña presidencial del 2006. Uno de los primeros programas

sociales que el gobierno implementó fue el de Guarderías y Estancias Infantiles, operado de manera conjunta por DIF y SEDESOL. Del año 2007 a 2009, la oferta de servicios de cuidado infantil tuvo un aumento de más del 100%, gracias a este programa.<sup>15</sup>

El programa está dirigido para aquellos hogares que viven con menos de 6 salarios mínimos al mes y corren el riesgo de caer en situación de pobreza si la madre no consigue trabajo. A grandes rasgos, cualquier persona puede acudir a SEDESOL y declarar que quiere ofrecer el servicio de cuidado infantil en su casa. Para poder incorporarse a la red de guarderías de SEDESOL tiene que haber terminado la secundaria, pasar una evaluación psicológica y tener el espacio suficiente para brindar el servicio, por lo menos a 10 niños.<sup>15</sup>

Las estancias infantiles DIF-SEDESOL son un espacio dedicado al cuidado y atención infantil operado por una persona que funge como responsable, esta persona se encuentra capacitada por el DIF Nacional y SEDESOL. Cada estancia infantil afiliada a la Red cuenta con asistentes de acuerdo al número de niñas y niños que se atienden. Éstas se encuentran abiertas al público en general pero principalmente a la población beneficiaria de este Programa.<sup>16</sup>

El programa DIF-SEDESOL apoya hogares con al menos un(a) niño o niña de entre 1 y hasta 3 años 11 meses de edad (un día antes de cumplir los 4 años), o entre 1 y hasta 5 años 11 meses de edad (un día antes de cumplir los 6 años) en casos de niños o niñas con alguna discapacidad.<sup>16</sup>

El programa funciona a través del subsidio que otorga la Secretaría para adecuar el espacio donde brindará el servicio, y posteriormente le pagará una cuota por cada niño(a) afiliado al programa que reciba el servicio. Además, el responsable tiene el derecho de cobrar una cuota de corresponsabilidad a los padres de cada niño. Este servicio permite que las madres puedan dejar al niño en la guardería y tengan la libertad de buscar un trabajo, o conservar el que ya tenía. Al mismo tiempo, otro beneficio del programa es que mujeres que se encontraban desempleadas han encontrado un trabajo cuidando a los hijos de sus vecinos.<sup>15</sup>

En cobertura, actualmente la mayor parte la tiene este servicio, es decir, el 56% de los niños y niñas asisten a una guardería o estancia infantil DIF-Sedesol, y además el 84% de las instituciones que ofrecen el servicio de cuidado infantil pertenecen a esta modalidad.<sup>15</sup>

## Segundo Capítulo

En este capítulo se abordan, por un lado, el comportamiento del fenómeno con datos empíricos, su trascendencia social, su relevancia su magnitud; es decir, se plantea por qué es un problema de salud que requiere de respuestas sociales a partir de la promoción de la salud. Por otro lado, se exponen los elementos que permitieron delimitar el problema, los aspectos que se consideran relevantes para el estudio.

### 2.1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la obesidad es uno de los problemas más serios en el ámbito de la salud pública, está presente en todas las edades pero en México afecta principalmente a la población adulta y a los niños.<sup>3</sup> La prevalencia más alta se presenta en niños de edades entre 5 y 11 años<sup>4</sup>, sin embargo, en niños menores de 5 años se han incrementando las cifras en los últimos años.<sup>5</sup>

Está constatado que el sobrepeso y obesidad en los niños es un factor predisponente de enfermedades crónicas y otras afecciones en la edad adulta.<sup>17</sup> Los daños a la salud van desde aumento en el riesgo cardiovascular, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, alteraciones en el perfil lipídico en sangre e incluso hipertensión arterial.<sup>7</sup> Además trae consigo una carga emocional importante ya que un niño o niña con obesidad puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión.<sup>7,8</sup>

Los esfuerzos por combatir la obesidad infantil en los últimos años en nuestro país se han impulsado desde diferentes instituciones mediante diversos programas y estrategias, la mayoría están enfocados al entorno escolar por ser la población más afectada; sin embargo la primera infancia es una etapa vulnerable ante este problema de salud, y es también en esta edad donde se pueden desarrollar habilidades personales que promuevan estilos de vida saludables a través de acciones encaminadas a la promoción de la salud, ya que todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para toda la vida. Esto se debe a que el Desarrollo en la Primera

Infancia (DPI) repercute substancialmente en el aprendizaje básico, el éxito escolar, la participación económica, la ciudadanía social y la salud.<sup>19</sup>

Como es reconocido, la obesidad infantil está condicionada por diversos factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la presencia de este padecimiento en los niños. La práctica de estilos de vida poco saludable, particularmente en cuanto a alimentación y actividad física, son principalmente los que conducen a la obesidad y el sedentarismo y estos a su vez son causas principales de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).<sup>20</sup>

Los niños y las niñas actualmente y cada vez con más frecuencia llevan una vida sedentaria debido a que pasan más tiempo en los videojuegos, la computadora, el internet, la televisión; además la cantidad de calorías que ingieren de alimentos altos en azúcares, grasas y sodio es más elevada que hace algunos años, estos estilos de vida sin duda aumentan los riesgos en la salud de los niños. Antes se podía ver a los niños jugando en las calles, o practicando algún deporte al aire libre, Sin embargo, el desarrollo de la tecnología y la influencia de los medios de comunicación, han impactado de forma negativa, los estilos de vida de los niños.

Por lo tanto impulsar acciones de concientización y autocuidado en las educadoras y padres de familia con hijos pequeños es una ventana de oportunidad para proteger la salud y fomentar estilos de vida saludables.

Generar estrategias encaminadas a la protección de la salud de los riesgos ligados al sobrepeso y la obesidad infantil, mediante el desarrollo de aptitudes personales que modifiquen los estilos de vida debe ser prioridad hoy en día en todos las edades y en todos los ámbitos dónde se desenvuelve un niño o niña. Las guarderías son espacios que generan grandes beneficios y constituyen un camino efectivo para promover la salud y el bienestar. La participación de las educadoras (cuidadoras), niños y padres de familia es deseable para generar autoconciencia sobre el problema de sobrepeso y obesidad infantil, además como proceso es trascendental reconocer las causas que originan este problema de salud en su entorno para así implementar estrategias que beneficien la salud de los niños e incluso de toda la comunidad.

## 2.2 MARCO TEÓRICO- REFERENCIAL

### 2.1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la llamada y conocida Carta de Ottawa, que se considera el documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción.<sup>21</sup>

La promoción de la salud surge como una nueva forma de reactivar procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.<sup>21</sup>

A partir de la Carta de Ottawa la promoción de la salud se define como:

*“El proceso de capacitación de los individuos y colectivos para que tengan control sobre los determinantes de la salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida”.*<sup>22</sup>

Como estrategia global, la Promoción de la Salud prioriza cinco grandes áreas: **Construir políticas públicas saludables**, sugiere que todas las políticas públicas expliciten el compromiso por la salud de la población. Para traducir esa idea se acuñó el término “Políticas Públicas Saludables”, estrategia que tiene como objetivo incluir la salud en la agenda de los dirigentes de todos los sectores, alertándolos sobre sus responsabilidades.<sup>22</sup>

Coherentemente con un abordaje socioecológico, la Promoción de la Salud propone la **creación de ambientes favorables** para la salud que permitan armonía entre los seres humanos y el ambiente,<sup>22</sup> implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida.<sup>21</sup>

La Carta de Ottawa sugiere que la **reorientación de los servicios** de salud debería darse a partir de la ampliación de los enfoques curativo y clínico y del

fortalecimiento de acciones volcadas a la promoción que apunten a una práctica integral de salud. Considerada de suma importancia que se produzcan cambios de actitud en los profesionales y que estos cambios deban ser alcanzados por medio de procesos educativos, de entrenamientos y de nuevos formatos organizacionales. El reordenamiento debe realizarse a partir de compartir las responsabilidades y de la colaboración entre los usuarios, profesionales, instituciones prestadoras de servicios y la comunidad.<sup>21</sup>

La Carta recomienda la **participación comunitaria**. La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la Promoción de la Salud, por lo tanto las estrategias, mecanismos y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda la agenda operativa de promoción de la Salud. La participación social no se da sólo desde el punto de vista individual sino como proceso de la vida en comunidad.<sup>21,22</sup>

El empoderamiento es una herramienta trascendental en promoción de la salud, como proceso social está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos.<sup>21</sup> El empoderamiento de individuos y grupos es más que mejorar la información e inducir comportamientos, el proceso de empoderamiento social estimula la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos.<sup>22</sup>

**Desarrollar habilidades personales para vivir la vida** es un objetivo central y una de las estrategias prioritarias de la Promoción de la Salud. Es el área más aceptada y comprendida dentro de los proveedores de la atención a la salud porque se relaciona con la educación para la salud. Esta área tiene que ver con el concepto de estilos de vida saludables porque influye en la forma como se concibe su práctica.<sup>21</sup>

*“El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales” (Nutbeam 1996)*

De acuerdo con este concepto, los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables (por ejemplo: ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumo de sustancias dañinas), sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, etc., que inciden en la vida colectiva.<sup>21</sup>

Desde el punto de vista práctico esta área de acción tampoco se puede considerar aislada de las anteriores, porque las políticas públicas saludables favorecen los cambios positivos, los ambientes están íntimamente ligados, y la participación es parte de los aspectos socioculturales que influyen en aptitudes y habilidades.<sup>21</sup>

Para fortalecer y subsidiar las estrategias prioritarias de la Promoción de la salud se reconoce la importancia de intervenir sobre los determinantes y las causas de la salud.<sup>22</sup> *Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las cuales las personas viven, que impactan sobre la salud*.<sup>23</sup>

En este sentido ya no se trata de apuntar exclusivamente a los “estilos de vida” como factores que influyen en la salud, sino que se busca lo que hay detrás de determinados estilos de vida o comportamientos. Dicho de otro modo, los determinantes sociales de la salud apuntan a visibilizar las desigualdades sociales que generan las inequidades en salud.<sup>22</sup>

Este enfoque parte de la premisa que las desigualdades como la pobreza, la exclusión, la discriminación social, la falta de acceso a servicios sociales, entre otros, impacta negativamente sobre la salud de las personas. El concepto “determinantes de la salud” señalan además, las áreas y líneas de acción que se requieren intervenir para mejorar las condiciones de salud de quienes habitan en un territorio específico en un determinado momento histórico.<sup>20</sup>

### **2.2.3 OBESIDAD INFANTIL Y SUS CAUSAS**

La obesidad y sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud.<sup>4</sup>

Según la OMS; para determinar la obesidad en niños, se tienen en cuenta los parámetros establecidos en las tablas de curvas de crecimiento (2005), basadas en el índice de masa corporal, cuando se ubica en las tablas de crecimiento, los

valores superiores al percentil 85 diagnostica sobrepeso y por encima al percentil 95 se diagnostica obesidad infantil.<sup>17</sup>

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial.<sup>6</sup> Entre otros factores, la práctica de estilos de vida poco saludable, particularmente en cuanto a alimentación y actividad física, conducen a la obesidad y el sedentarismo, que son causas principales de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).<sup>20</sup>

Sin embargo diversos elementos determinan la condición de sobrepeso u obesidad, entre ellos la carga genética del individuo; factores económicos; factores socio-culturales como los cambios en el trabajo y la familia, la educación y principalmente su efecto sobre el estilo de vida que lleva la población, teniendo presente el contexto de los cambios demográficos y epidemiológicos a nivel nacional y mundial.<sup>20</sup>

A continuación se describe los factores que determinan e inciden en el aumento de obesidad infantil.

### **Factores genéticos**

Para desarrollar la obesidad parece necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas.<sup>26</sup>

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física.<sup>24</sup>

Se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad en población mexicana comparada con otras poblaciones. Sin embargo, los factores genéticos no explican los aumentos inusitados de la prevalencia de obesidad en la población mexicana en un periodo tan corto.<sup>20</sup>

Sólo un pequeño número de obesidades son monogénicas y la gran mayoría tiene una base poligénica.<sup>26</sup> La rapidez del cambio de prevalencia de obesidad ocurrido en solo 25 años, excluye una base genética como principal causa, ya que el pool de genes responsables de la susceptibilidad a la obesidad no pueden variar en periodos de tiempo tan cortos y en consecuencia se da más protagonismo a los factores ambientales.<sup>26</sup>

Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %.<sup>24</sup> En cuanto a los factores familiares, que se asocian con su aparición y desarrollo pero no determinan por sí solos la obesidad, están la condición de ser hijo único, hijo primogénito, hijo de madre obesa, hijo de padres obesos, hijo de madre en edad avanzada, hijo de padres separados, hijo de madre que trabaja remuneradamente, hijo de padre ausente del hogar y asistencia al jardín de niños.<sup>20</sup>

Estudios de genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos".<sup>20</sup>

### **Factores económicos**

Es indudable que los factores económicos tienen una influencia determinante sobre el nivel de salud de la población. La transición nutricional que experimenta México tiene como características una occidentalización de la dieta, en la cual aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; aumenta el poder adquisitivo de la población y aumenta la oferta de alimentos industrializados en general.<sup>27</sup>

**El precio de los alimentos** determina en gran medida el acceso por parte de la población a los mismos. Los alimentos saludables suelen ser más caros que aquellos que no lo son, por lo que uno de los aspectos relevantes en el tema de la obesidad es precisamente este. Alimentos de necesidad básica (como la leche, los cereales, carnes, entre otros) se encuentran disponibles en "distintas versiones", siendo aquellas más reducidas en grasas, sodio y carbohidratos, las más caras.

Otro factor que ha influido es la desaparición de las pequeñas y medianas empresas que abastecían a la familia, apareciendo los grandes supermercados, con una amplia variedad de productos al alcance de distintos bolsillos, produciendo alimentos de marcas 'secundarias' a menor precio.<sup>20</sup>

En México se han registrado cambios importantes en la compra de algunos alimentos. Comparando el gasto de 1984 y 1998, se observó una disminución de la adquisición de frutas y verduras en 29.3%, de leche en 26.7% y de carnes en 18.8%, y un aumento de la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió en 6.3%, así como el gasto en bebidas azucaradas, el cual aumentó en 37.2%.<sup>27</sup> El precio de las frutas, verduras, carnes y pescados se encuentra determinado en parte por la oferta y demanda, influyendo en los patrones de consumo a través del precio y el acceso.<sup>20</sup>

En los últimos años en el mundo, se ha experimentado una serie de alzas en los precios de entre otros, estos productos, afectando principalmente a las clases sociales de menores recursos.<sup>20</sup> Esto se debe tanto a las diferencias en el acceso a una educación, a los servicios de salud, al acceso a una alimentación saludable y posibilidades de actividad física, así como a la información de lo que es un estilo de vida saludable. En particular, el precio de los alimentos y el acceso influye significativamente en las decisiones de dieta. Es así como grupos sociales específicos son más vulnerables a factores proclives a la obesidad.<sup>20</sup>

### **Factores socioculturales: estilos de vida**

Los hábitos alimenticios junto con los estilos de vida propios de la modernidad, tales como el uso de transporte público o privado para movilizarnos y las largas jornadas laborales han llevado a una disminución de la actividad física que se refleja en el aumento del sedentarismo en la sociedad. Esta vida más acelerada, así como la presencia de la mujer dentro de las actividades laborales impide la preparación de los alimentos en casa teniéndolos que substituir por productos procesados,<sup>25</sup> adoptando una dieta caracterizada por el aporte excesivo de calorías, denso en energía como grasas y/o azúcares.<sup>26</sup>

## Actividad física

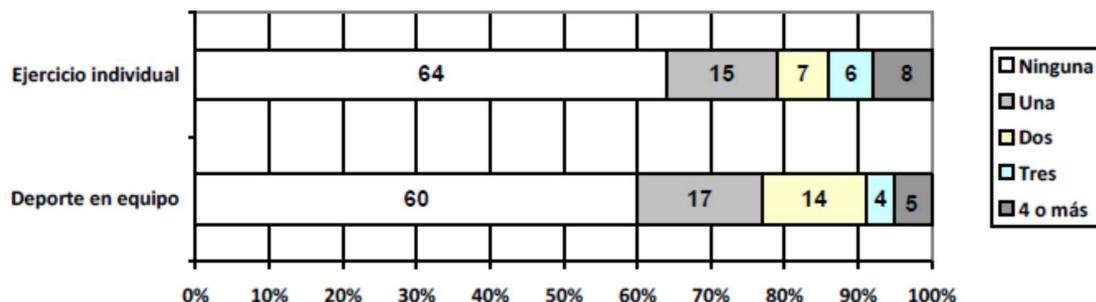
La inactividad física ha llegado a convertirse en uno de los factores de riesgo más recurrentes en las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Sin embargo no solamente se asocia a las ECNT, también predispone a enfermedades mentales, acumulación de estrés, menor rendimiento escolar y menos interacción social. Se presenta en mayor grado en los centros urbanos, aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres.<sup>20</sup>

Según datos recientes extraídos de varios estudios, las actividades recreativas, como deportes o ejercicios estructurales durante el tiempo libre, son la forma más común de actividad física en los sectores en mejor situación económica, mientras que la actividad física utilitaria, como caminar en vez de usar vehículos, es sumamente prevalente en los sectores de menores ingresos.<sup>28</sup>

En las últimas generaciones de niños se ha visto que tienen más oportunidades de llevar una vida sedentaria debido a que pasan más tiempo en los videojuegos, la computadora, el internet, la televisión, estos estilos de vida sedentaria aumentan los riesgos en la salud de los niños. Antes se podía ver a los niños jugando en las calles, o practicando algún deporte al aire libre, sin embargo, el desarrollo de la tecnología y la influencia de los medios de comunicación, han impactado de forma negativa, los estilos de vida de los niños.<sup>29</sup>

Un estudio realizado por el *Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública (CESOP)* llamado *Situación de la familia y la Infancia* señala que los niños y jóvenes mexicanos no están adoptando de forma mayoritaria la práctica de la actividad física, situación que incide en el aumento de peso e inmovilidad corporal. El estudio del CESOP arrojó que 64% de los menores encuestados nunca hace ejercicio de forma individual y 60% no lo practica en equipo, y sólo 8% y 6% lo realiza cuatro o más días a la semana respectivamente (gráfica 1).<sup>4</sup>

**Gráfica 1. ¿Cuántas veces por semana los infantes entre 5 y 18 años de edad residentes en las viviendas participan...? (porcentaje de referencia para cada opción).**



Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). *Situación de la familia y la Infancia*. Cámara de Diputados. México, septiembre de 2011. pp. 36.

No obstante, cada vez hay más indicios del efecto benéfico que tiene la actividad física para la salud y la calidad de vida de las personas obesas y los niños no son la excepción. Entre los beneficios que produce la actividad física regular están los endocrinológicos, metabólicos y en el sistema inmune, reduciendo el riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión arterial, ayuda a mantener una adecuada composición corporal, mantiene a las personas mayores más fuertes e independientes por más tiempo, reduce la depresión y la ansiedad y mejora el sueño.<sup>20</sup>

Para los niños, una alternativa de actividad son los juegos en los que pueden desarrollar una actividad física, en estos juegos representan un recurso de gran ayuda en los programas para el control de peso en los niños. Otras de las posibles alternativas, para combatir la obesidad en los niños es el fomento de las actividades extraescolares que implican actividades físicas y recreativas que fomenten la calidad de vida y la promoción de la salud.<sup>29</sup>

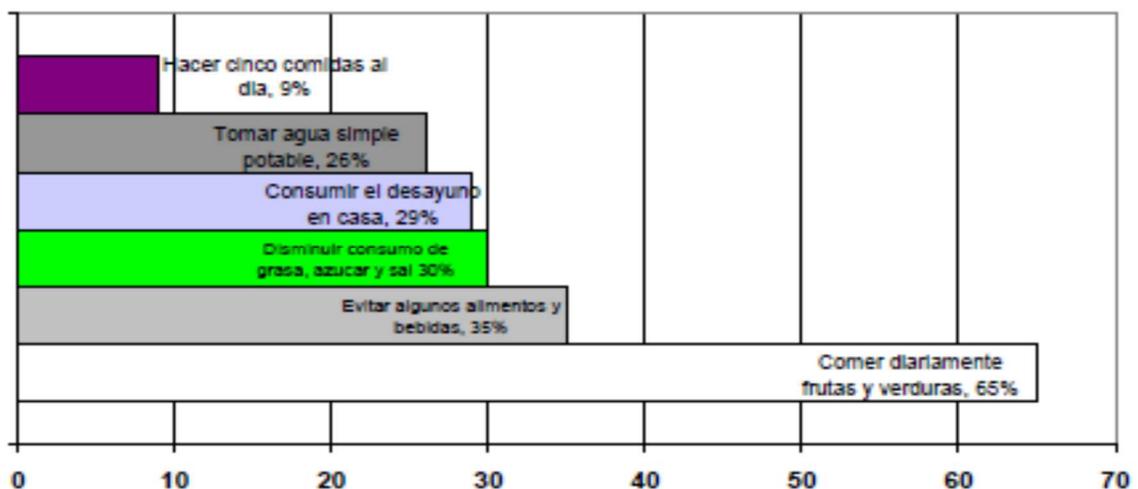
Como se puede observar el juego en caminado a realizar una actividad física representa un punto de apoyo importante para los niños en el desarrollo de hábitos saludables y fomenta un estilo de vida físicamente activo, lo que repercute positivamente sobre el cuidado de la salud, sobre todo para los niños que padecen sobre peso y obesidad.<sup>29</sup>

## Alimentación

La población ha modificado considerablemente su régimen alimenticio. La rápida urbanización, el creciente proceso de industrialización y el ritmo de vida ‘moderno’ ha provocado cambios en la industria alimenticia y su oferta en cuanto a la industrialización y masificación de alimentos procesados altos en grasas y carbohidratos, la explosión de venta de ‘comida rápida’, el aumento de precio de los alimentos ricos en proteínas y vitaminas (carnes, frutas y verduras, cereales, pescados y mariscos, etc.). La dieta se caracteriza hoy en día por un alto consumo de alimentos procesados, comida rica en grasas saturadas y altamente calóricas. También incrementa el consumo de azúcar, carnes, cecinas y productos lácteos, y una disminución en el consumo de pescados, frutas, verduras, cereales y leguminosas.<sup>20</sup>

En México algunos estudios muestran cambios en los patrones de alimentación en las familias. El estudio *Situación de la familia y la Infancia* elaborado por el *Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública* (CESOP) de la Cámara de Diputados de septiembre de 2011 señala que 65% de los entrevistados adoptaron el consumo de frutas y verduras a fin de que la infancia tenga una mejor alimentación. No obstante, sólo la tercera parte (35%) evita consumir algunos alimentos y bebidas; además, sólo tres de cada diez encuestados disminuyeron el consumo de grasas, azúcares y sal (gráfica 2).<sup>4</sup>

**Gráfica 2. ¿Cuáles son las medidas que realiza para que los niños y las niñas tengan una mejor alimentación? (Porcentaje que dijo sí en cada opción).**



Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). *Situación de la familia y la Infancia*. Cámara de Diputados. México, septiembre de 2011. pp. 34.

La gráfica 1 señala que únicamente la cuarta parte de los entrevistados toman agua simple potable (26%); y uno de cada diez realiza cinco comidas al día (9%). Estos datos son relevantes porque muestran que la población aún puede mejorar sus hábitos alimenticios.<sup>4</sup>

La *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2010* levantada por el INEGI permite analizar los microdatos del gasto de las familias mexicanas. Estos datos brindados por la ENIGH 2010 no son indicadores exclusivos para niños y adolescentes pero permite conocer los hábitos de consumo en las familias mexicanas.<sup>4</sup>

La tabla 1 analiza el gasto de bebidas alcohólicas y procesadas (como refrescos, jugos, líquidos calóricos y endulzantes, entre otros).<sup>4</sup>

**Tabla 1. Gasto trimestral en miles de pesos de bebidas alcohólicas y no alcohólicas al exterior e interior de los hogares mexicanos según múltiplos de los salarios mínimos generales, 2010.**

| Monto de salario mínimo    | Gasto en bebidas alcohólicas y no alcohólicas en el hogar |            | Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar |            |
|----------------------------|---|------------|--|------------|
|                            | Hogares   | Gastos     | Hogares  | Gastos     |
| Menor de un salario mínimo | 506,719   | 226,222    | 176,748  | 378,824    |
| De 1.01 a 1.5 s.m.         | 765,682   | 333,698    | 244,424  | 368,572    |
| De 1.51 a dos s.m.         | 1,139,759   | 554,849    | 410,108  | 563,486    |
| De 2.01 a tres s.m.        | 2,845,886   | 1,661,534  | 1,167,664                                      | 1,980,013  |
| De 3.01 a cuatro s.m.      | 2,893,571   | 1,750,535  | 1,328,663                                      | 2,715,804  |
| De 4.01 a cinco s.m.       | 2,519,456   | 1,655,683  | 1,281,980                                      | 2,844,454  |
| De 5.01 a seis s.m.        | 2,298,171   | 1,560,203  | 1,286,123                                      | 3,120,582  |
| De 6.01 a siete s.m.       | 1,688,984   | 1,309,626  | 1,012,761                                      | 2,822,451  |
| De 7.01 a ocho s.m.        | 1,264,758   | 1,027,018  | 826,900  | 2,611,159  |
| Más de ocho s.m.           | 6,474,021   | 6,732,655  | 5,125,644                                      | 28,864,077 |
| Total nacional             | 22,397,007  | 16,812,033 | 12,861,015                                     | 46,269,391 |

Nota: s.m. = Salario mínimo.

Fuente: Base de datos de la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2010*. INEGI, México, 2011. Disponible en: [www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/) (Fecha de consulta: 12 de junio de 2012).

La tabla 1 se observa que el gasto en el consumo de bebidas aumenta en los hogares con un mayor ingreso, aunque es un bien que está al alcance de las personas con bajos recursos. Además, el gasto en alimentos y bebidas

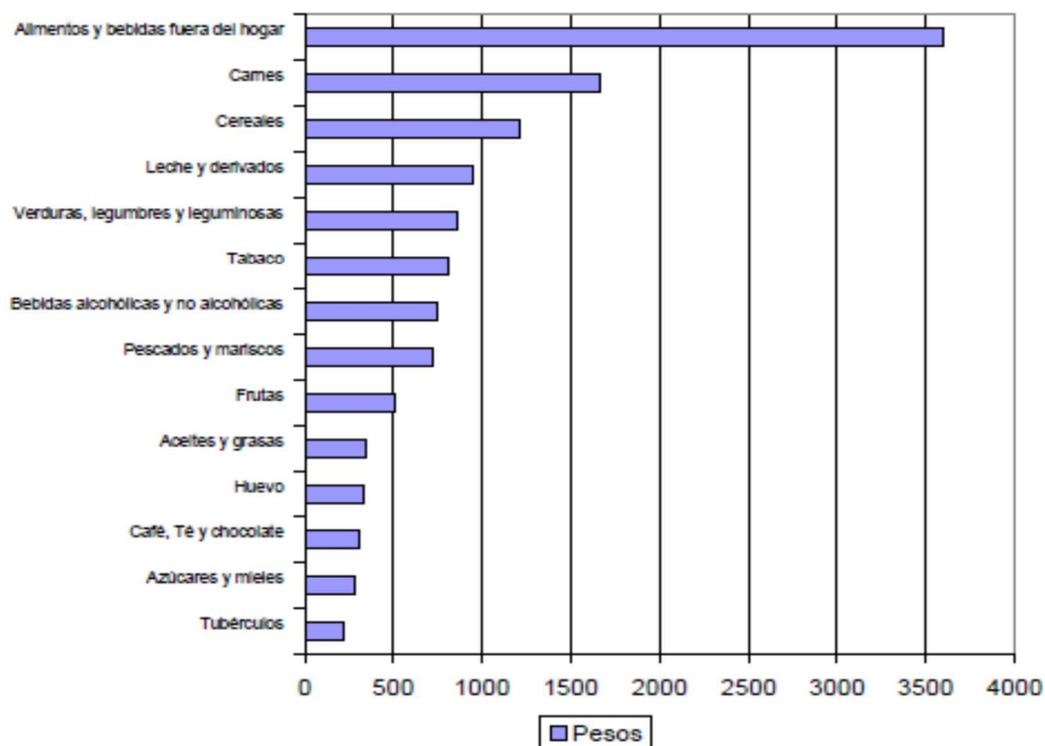
consumidos fuera de casa es mayor que lo que se consume dentro, pese a que en un menor número de vivienda existen personas que realizan estas compras.<sup>4</sup>

Entre otros productos que incrementaron sus ventas y que inciden en la obesidad infantil destaca el consumo de las sopas instantáneas. La tabla 1 también permite apreciar que si bien es menor el número de familias que consumen alimentos y bebidas fuera del hogar, la derrama económica generada es casi tres veces mayor.<sup>4</sup>

A escala nacional, el promedio de gasto trimestral por familia en bebidas consumidas al interior del hogar era de \$750.64 en 2010. No obstante, en 42.1% de los hogares con los ingresos más altos se consume mayor cantidad de bebidas procesadas, por lo que se puede visualizar que si bien la obesidad y el sobrepeso pueden tener mayor incidencia en los niños que viven en hogares con ingresos medios y altos, también afecta en diferente medida a la población que cuenta con menos recursos.<sup>4</sup>

Un problema a destacar es que en regiones del país donde existe escasez de agua potable el consumo de bebidas procesadas es un sustituto del vital líquido. Esta situación puede afectar tanto a la población urbana como rural, por lo que el problema se diversifica entre los diferentes segmentos de la población, sin importar la edad o las características socioeconómicas. En comparación a otros rubros de egresos, los mexicanos en promedio gastaron más en alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar que en otro tipo de alimentos consumidos al interior; además, al interior de los hogares se erogó más en bebidas procesadas que en frutas, pescado o huevo, lo que significa que hubo un mayor consumo en productos con bajo valor nutrimental que en algunos comestibles básicos (gráfica 3).<sup>4</sup>

**Gráfica 3. Promedio de gasto trimestral por familia en alimentos (casos seleccionados), 2010.**



Fuente: Base de datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2010. INEGI, México, 2011. Disponible en: [www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/) (Fecha de consulta: 13 de junio de 2012).

### Lactancia materna

En el 1º año de vida la leche materna se considera el patrón de oro de la alimentación en los primeros 6 meses de vida, favoreciendo la expresión de los efectos protectores que la leche materna tiene a medio y largo plazo sobre el desarrollo de enfermedades prevalentes, como parece ser el caso de la obesidad.<sup>26</sup> La lactancia materna cumple la doble función de garantizar la nutrición adecuada y el desarrollo saludable del recién nacido a través de la estimulación y el apego como parte del proceso.<sup>19</sup> El ambiente nutricional intrauterino tiene especial importancia ya que imprime en el feto características metabólicas que influyen en el riesgo de contraer ENT durante su vida adulta. Se habla del “origen fetal” de las enfermedades crónicas del adulto y el rol de la nutrición materna durante el embarazo, ya que esa “programación fetal” se mantendría, favoreciéndose el

desarrollo del Síndrome Metabólico. Así mismo, los hijos de madres diabéticas, hipertensas u obesas tendrán un riesgo mayor de desarrollar enfermedades como la diabetes tipo II, hipertensión y/u obesidad en su vida, no solo por factores genéticos, sino también por el mecanismo de “programación fetal”, mediado por factores hormonales y/o nutricionales.<sup>20</sup>

Además de las ventajas de su digestibilidad, su esterilidad, y que resulta más económica; contiene aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro; los protege contra las infecciones y enfermedades y contiene las cantidades necesarias de vitaminas (fósforo, hierro, proteínas, grasas y azúcares). La leche de la madre es la mayor protección para el niño contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, los cólicos y las alergias, las enfermedades de la piel, el sarampión el cólera y otras. Para las madres la lactancia facilita e incrementa el amor a su hijo. Amamantar les brinda tranquilidad porque los niños se enferman menos.<sup>30</sup>

La lactancia natural exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimo. Quienes han sufrido retraso del crecimiento intrauterino y especialmente en el periodo postnatal, corren mayores riesgos de contraer ENT, así como de ser obesos en la edad adulta.<sup>20</sup>

## **Tercer Capítulo**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

En este capítulo se expone el abordaje metodológico. Se parte de la problematización y se concluye formulando las preguntas de las cuales se obtienen los cuestionamientos relevantes del estudio. Posteriormente se delimitan los objetivos que guiarán el trabajo.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con base en la evidencia descrita anteriormente sobre la problemática, los antecedentes y el marco teórico-referencial, y tomando en consideración la importancia que tienen los programas de atención del desarrollo primario infantil y ante la prevalencia de obesidad y sobrepeso de niños menores de 5 años se propone un estudio de caso en una de la guarderías que forman parte del programa de DIF- SEDESOL con el propósito de analizar las condiciones que favorecen o protegen a los menores atendidos para el desarrollo de alguna de estas condiciones. La contribución de las educadoras como participantes claves de este trabajo es uno de los propósitos que generará esta propuesta a través de herramientas que ayuden a identificar, analizar, organizar y planificar las estrategias de promoción de la salud generadas por el mismo personal educativo.

#### **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los aspectos y factores del ambiente influyen para la presencia de sobrepeso y obesidad en los niños que asisten al CENDI “Margaritas”?

¿Cuales estrategias de promoción de la salud se requieren para promover un ambiente que aleje a los niños y niñas de padecer sobrepeso u obesidad infantil en el CENDI “Margaritas”?

## **OBJETIVO**

Generar estrategias de promoción de la salud en sobrepeso y obesidad infantil para el CENDI “Margaritas”

### **Objetivos Específicos**

1.- Elaborar un diagnóstico de necesidades identificando la situación actual y las causas que influyen en la presencia de sobrepeso y obesidad infantil en el CENDI “Margaritas”.

2.-Promover la participación del personal educativo para crear un entorno que aleje a los niños y niñas del CENDI “Margaritas de los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad infantil.

### **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo y analítico sobre el contexto y situación del CENDI “Margaritas”, así mismo es exploratorio porque indaga sobre las estrategias de promoción de la salud que pueden promoverse e implementarse para disminuir el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en niños menores de cinco años que asisten al CENDI “Margaritas”.

Es un estudio transversal porque los datos recolectados se harán en un solo momento. Se realizará trabajo de campo.

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

CENDI “Margaritas”, del D.F en la delegación Tlalpan

### **METODOLOGÍA**

El presente trabajo se llevó a cabo en las siguientes etapas:

- Revisión bibliográfica
- Caracterización de la población (descripción del caso)

- Identificación de causas de la obesidad infantil (diagrama de Ishikawa)
- Priorización de necesidades (Análisis FODA)
- Toma de decisiones para la acción (Plan de intervención)
- Descripción de la Evaluación

### **Revisión bibliográfica**

En esta etapa se recolectó información relacionada con el problema de obesidad infantil. Se revisó la prevalencia mundial y nacional; políticas, programas y acciones implementadas en otros países incluido México; se identificaron las consecuencias a corto y largo plazo de que trae consigo el sobrepeso y la obesidad en los niños; y los antecedentes del programa de guarderías DIF-SEDESOL. Así también se revisó y recolectó para la construcción del marco teórico-referencial información sobre aspectos teóricos de la promoción de la salud y factores causantes de obesidad infantil. Los resultados de este apartado se exponen en los capítulos uno y dos del presente trabajo.

### **Caracterización de la población**

La caracterización de la población intervenida se llevó a cabo mediante visitas al CENDI durante 2 días consecutivos para las que se elaboró una guía de observación (anexo 1). La guía contiene los siguientes apartados:

- a) Instalaciones
- b) Organización
- c) Recursos humanos disponibles
- d) Actitud y disposición del personal, así como capacidad y habilidades del personal.
- e) Uso de programas
- f) Menú semanal
- g) Lactancia Materna
- h) Actividad física

También a través de charlas con la directora y educadoras se complementó información sobre antecedentes del CENDI, organización, apoyo económico, educativo, social y cultural.

### **Identificación de causas de la obesidad infantil y priorización de necesidades (diagrama de Ishikawa)**

Para identificar las causas que se relacionan con la presencia de obesidad en la infancia, específicamente las identificadas por las educadoras (participantes clave), se llevaron a cabo 2 sesiones con las educadoras para reconocer su preocupación y opinión ante la situación de los niños frente al sobrepeso y obesidad.

Esta parte se dividió en momentos.

#### 1er Momento. Representación social del problema de obesidad en el CENDI

##### “Margaritas”

En una primera sesión con las educadoras se buscó reflexionar sobre el tema “obesidad infantil”. A través de un cuento se planteó una situación entre una madre y su hija pequeña de 4 años de edad, el cuento muestra una preocupación muy frecuente hoy en día en que las madres dudan sobre su actuar frente a la alimentación de sus hijos o hijas. No obstante esta preocupación, se refleja también en las educadoras ya que son personas de primer contacto con los padres y madres por lo tanto la información que tengan influyen en las decisiones de cómo alimentar a los niños. El cuento también refleja otros aspectos como la imagen corporal, los sentimientos de culpa y las causas que provocan la obesidad en los niños y niñas.

Se plantearon 4 preguntas para reflexionar el mensaje o mensajes transmitidos en el cuento y sus experiencias dentro del CENDI. Para esta actividad se les proporciono una hoja con las 4 preguntas y se les solicito lo discutieran y reflexionaran en parejas y si fuera posible lo escribieran en las hojas.

## 2º Momento. Identificación de las causas del sobrepeso y obesidad infantil en el CENDI “Margaritas”.

Se planteó identificar las causas del sobrepeso y obesidad infantil así como su explicación a través de un diagrama de causas y efectos (diagrama Ishikawa). El cual consiste en describir un problema determinado, “Obesidad infantil en el CENDI Margaritas”, a partir de este problema se realiza la pregunta ¿por qué sucede?, llegando a la identificación de una primera serie de causas, grupos de causas o factores determinantes, llamadas causas de primer orden. Las causas primarias o mayores se agruparon en procedentes de: de conocimientos, de actitudes, de estructura o instalaciones, de capacitación, de procedimientos, de recursos. En seguida, ante cada una de estas causas, convertida ahora en efecto, formulamos la misma pregunta: ¿por qué sucede? Las correspondientes respuestas nos permitirán conocer otras causas de segundo orden, y así sucesivamente, hasta descender a factores causales de tercer o cuarto orden.

El análisis, por este método, del problema de obesidad y las causas potenciales que lo provocan, contribuyó a una mejor elección de las posibles soluciones. La representación gráfica del diagrama de Ishikawa que se asemeja a la imagen de un pez cuya cabeza corresponde al problema descrito y sus espinas a cada una de las causas que pueden producirlo, nos permitió agilizar la identificación de las causas y seguir cuestionando dichas causas para identificar otras.

### **Priorización de necesidades (Análisis FODA)**

Par realizar el análisis FODA, se llevó a cabo una segunda sesión en la cual se dio seguimiento a las causas de sobrepeso y obesidad identificadas por las educadoras y que a su vez ejercen un peso y preocupación en el CENDI “Margaritas”. La idea de esta sesión fue delimitar un problema basado en lo ya analizado por el diagrama, que tuviera solución y que por conceso sea el que más preocupe a las participantes clave.

Una vez planteado el problema, se explicó en qué consiste el análisis FODA y sus variables; se presentó la matriz y se explicó el método de llenado. También se

presentó un cuadro de apoyo que contuviera las características de las variables y algunos ejemplos aplicados al CENDI.

Una vez obtenida y escrita la información en la matriz correspondiente, se combinaron las variables de esta manera: fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas u otras combinaciones para encontrar las posibles alternativas dado el problema planteado. Se trató de encontrar al menos 4 alternativas.

### **Proyecto de intervención**

La última sesión tuvo como objetivo construir un proyecto dirigido a solucionar el problema planteado por las participantes claves. En rotafolio se mostró la matriz FODA trabajada anteriormente para revisar las alternativas planteadas y así formular un plan de intervención.

No fue excepción en esta última parte priorizar la participación de las educadoras, así que se sugirió involucramiento total en esta parte del trabajo iniciando con la elección de un título para el proyecto, el objetivo general y los específicos, las metas y las actividades. Para una mejor organización se utilizó el diagrama de Gantt previamente plasmado en papel bond para tener una organización de las actividades.

### **Evaluación y monitoreo**

La evaluación, al igual que el resto del proceso de planificación e intervención será participativa, por lo tanto contará con la implicación de las participantes clave. La selección de indicadores, la recogida de información y su análisis se realizan conjuntamente, lo cual contribuye al empoderamiento de la comunidad y al desarrollo de habilidades de colaboración.

Se propone realizar una evaluación de monitoreo y otra de resultados. En la primera, es esencial llevar a cabo un seguimiento de ejecución de las actividades y sus procesos. Podremos de esta manera dar cuenta de las educadoras que se están capacitando en el taller, cuántas sesiones del taller son realizadas, cuántos padres de familia asisten a la plática y cuántos padres de familia y niños acuden a la feria de la alimentación infantil.

Al evaluar las actividades podremos explicar la forma en que se ejecutaron las acciones del proyecto y si fue implementado conforme a lo esperado. La información recopilada durante el proceso de monitoreo nos permitirá saber principalmente si se cumplieron con las sesiones acordadas en tiempo, la asistencia de los padres de familia y niños en cada actividad planeada y si las personas alcanzadas quedaron satisfechas con las acciones desarrolladas. Además podremos conocer qué factores u obstáculos facilitaron, dificultaron o impidieron la realización de las acciones desarrolladas.

Por otra parte, la evaluación de resultados nos permitirá conocer la eficacia del proyecto, al demostrar hasta qué punto los resultados obtenidos responden a los resultados esperados y cumplen con los objetivos establecidos. De esta manera sabremos si funcionó o no la forma inicialmente planificada del proyecto y por qué, así como demostrar que el incremento de conocimiento esperado en las educadoras se debió a las actividades desarrolladas por el proyecto.

## **Cuarto Capítulo**

### **RESULTADOS Y ANÁLISIS**

#### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

El Centro de Desarrollo Infantil “Margaritas” está ubicado en San Andrés Totoltepec, es un pueblo localizado al sur de la ciudad de México y al pie de las montañas del Ajusco, además es una localidad perteneciente a los ocho pueblos de la Delegación Tlalpan, Distrito Federal. Su centro se encuentra aproximadamente a una hora del centro de la Ciudad de México, en el km 22.5 de la Carretera Federal a Cuernavaca. Se puede llegar al pueblo de San Andrés Totoltepec ya sea por la Carretera Federal a Cuernavaca, o bien, por la autopista México-Cuernavaca.

En lo que respecta a la educación; en 1868 se funda el primer centro educativo de San Andrés Totoltepec. Duró cuarenta años como escuela y su primer director fue Elías Melgoza, que sólo contaba con otro maestro: Remigio García. En 1908 se trasladaron a otras instalaciones que se denominaron Escuela Tiburcio Montiel (1830-1885).

Otras escuelas que actualmente dan un servicio público son la escuela primaria Cajeme, fundada en 1964; telesecundaria, fundada en 1968; Secundaria Núm. 284, fundada en 1982 y jardín de niños Cuauhtémoc.

Debido al crecimiento de la población de la comunidad, se han abierto diversas escuelas privadas de educación básica (preescolar, primaria) ya que las escuelas oficiales antes mencionadas no se dan abasto.

En el año 2006, en esta localidad como en todo el territorio nacional, en el sexenio pasado se impulsó el programa de guarderías infantiles con el apoyo de la Secretaría de Desarrollo Social. El CENDI “Margaritas” se incorporó a esta modalidad en el año 2011.

## **Antecedentes**

En sus inicios, dos años antes de su incorporación al programa de DIF-SEDESOL, el CENDI “Margaritas” inició su servicio particular a bajo costo y como apoyo a las madres trabajadoras. De la organización, cuidado y aprendizaje se encargaban 2 educadoras, quienes aplicaban todo lo que unos meses antes de iniciar el proyecto de guardería habían aprendido en un curso de puericultura, el cual fue proporcionado por la delegación Tlalpan con duración de 7 meses.

Los niños que asistían a la guardería en general eran niños de entre 2 y 4 años; aproximadamente eran diez niños, posteriormente ingresaron niños más pequeños. La población con la que se incorporaron al programa DIF-SEDESOL fue de 22 niños y niñas.

El CENDI “Margaritas” se incorporó al programa respaldado por DIF- SEDESOL después de haber cumplido con ciertos requisitos en sus instalaciones como acceso a todos los servicios básicos (agua, luz y drenaje); espacio adecuado y suficiente para la capacidad de niños atendidos ; personal suficiente; medidas de seguridad (extintores, rutas de evacuación). Hasta entonces el CENDI “Margaritas” fue aceptado dentro del programa.

Actualmente asisten 26 niños, y su capacidad permitida es para 33 niños. La cuota que aportan los padres de familia es de \$ 200.00 y por cada niño, SEDESOL aporta \$600.00 mensuales aproximadamente.

Algunas características observadas, mediante la guía de observación son las siguientes:

Instalaciones: el CENDI cuenta con todos los servicios básicos, agua, drenaje y luz. Es una casa adaptada con un amplio patio, 2 baños (uno para niños y otro para personal), una cocina y 3 aulas; una está destinada para maternal A Y B, otra para lactantes y la última para maternal C. Cada aula está decorada de acuerdo a la edad de los niños y una de ellas se ocupa como comedor, la más grande, por lo que se tiene que adaptar a la hora del desayuno y comida juntando las mesas y colocando mantelitos. La cocina es pequeña y se utiliza sólo para servir los alimentos, en ocasiones se prepara el desayuno porque comúnmente la comida la

traen preparada de la casa de la directora quien se encarga de cocinar con ayuda de un familiar. En general la cocina está limpia y en buenas condiciones. Sin embargo los algunos utensilios donde sirven la comida de los niños no son adecuados para su edad, por ejemplo, las cucharas y las tazas del desayuno.

Llama la atención el patio por ser grande; sin embargo no tienen un área con suficientes juegos. Cuentan con 2 columpios, un sube y baja y 7 carritos por lo que los niños y niñas se forman para usarlos. La tercera parte del área tiene pasto y lo que resta es de concreto. La actividad física se realiza todos los días pero sólo los niños de maternal C salen al patío, maternal A y B la realizan dentro del aula.

Cabe resaltar que los sanitarios no son adecuados para el tamaño de los niños, utilizan banquitos para alcanzar el lavabo y el escusado.

Organización: Dentro de la organización se aprecia deficiencia en actividades creativas ya que no siguen las rutinas establecidas para cada sala, a veces se juntan la sala de Maternal A Y B con la de C y hacen las mismas actividades. Sin embargo la práctica de actividad física tiene mejor organización; de acuerdo con lo que comentan las maestras la realizan diario porque les parece muy importante aunque no todas las aulas la realizan al mismo tiempo y misma duración.

Por otra parte los horarios de alimentación están bien establecidos y se respetan. Sin embargo quienes les causa conflicto son los niños que toman biberón porque en ocasiones el niño o niña no lo quiere tomar por lo tanto se ven en la necesidad de modificar horarios.

En cuanto al seguimiento de crecimiento en niños y niñas no lo llevan constantemente, el último fue a finales del año pasado y no registraron peso y talla de todos ya que faltaron en esa temporada y posteriormente no completaron las mediciones a pesar de que DIF les pide lleven ese seguimiento.

Recursos humanos disponibles: Para el número de niños asistentes a CENDI las educadoras son suficientes; sin embargo parece necesaria una cocinera de manera formal, ya que ayudaría a mejorar la alimentación de los niños al tener mayor contacto y percepción de las necesidades de los niños, por ejemplo si les

gustó la comida o no, que aceptan más o la forma de preparar para una mejor aceptación. Así también, el que esté dentro de la guardería formalmente, puede ayudar a mejorar la organización ya que las educadoras no tendrían que servir. De acuerdo con lo que comentan las educadoras la cocinera (familiar de la directora) acude a la guardería sólo cuando hay una supervisión de DIF o de SEDESOL.

Actitud y disposición del personal, así como capacidad y habilidades del personal:

En general la actitud de las educadoras y de la directora es muy buena, desde un principio mostraron mucho interés en mejorar aspectos relacionados principalmente con la alimentación de los niños. Aceptaron desde un inicio la falta de conocimiento sobre alimentación, eso es de reconocerse incluso una de sus preocupaciones que más sobresalieron fue la falta de menús establecidos. La directora trató desde el inicio que las educadoras se sintieran en confianza para participar y preguntar las dudas que les surgieran, durante mis visitas fueron amables y sólo en una ocasión me omitieron información porque según esto era confidencial.

Uso de programas: el programa que utilizan es únicamente de SEDESOL.

Menú: No se realizó el análisis del menú semanal ya que las observaciones fueron de dos días, por lo tanto se valoró el menú de maternal C y sólo de esos dos días.

**MENÚ DESAYUNO Y COMIDA OFECIDOS EN EL CENDI “MARGARITAS” EN LOS DOS DÍAS DE VISITA**

| <b>DÍA 1</b>   | <b>DÍA 2</b>   |
|--|--|
| <p><i>Desayuno</i></p> <p>½ taza de leche de taza (la taza es de 240 mL)</p> <p>Galletas marías con cajeta (2 galletas con 2 cdtas de cajeta)</p> <p>1 guayaba</p> | <p><i>Desayuno</i></p> <p>½ sándwich de jamón(1 rebanada de pan de caja, ½ rebanada de jamón, jitomate, mayonesa y aguacate)</p> <p>½ taza de leche de taza (la taza es de 240 mL)</p> <p>½ pza de manzana pequeña</p> |

|  |  |
|--|--|
| <i>comida</i><br>Crema de zanahoria (zanahoria, sazonador)<br>Enfrijoladas (1 pza) con 1cda de queso rallado y 1 cda de crema<br>Agua simple (1 vaso pequeño de 120ml)<br>Papaya picada (1/4 taza) | <i>Comida</i><br>Sopa de pasta (pasta, jitomate, sal)<br>Guisado de pollo desmenuzado en salsa verde (pollo, tomate verde, cebolla, sal)<br>1 tortilla<br>Agua simple (1 vaso pequeño de 120ml)<br>½ plátano |
| *Si pedían más se les proporcionaba.   |  |

Fuente: Elaboración propia a partir de guía de observación

## **Análisis Día 1**

Desayuno: no tiene una cantidad de energía adecuada. Sobresale que no es un desayuno completo porque que no están presente los 3 grupos de alimentos que sugiere el plato del bien comer faltando la verdura; la ración completa de fruta ( 3 guayabas tamaño promedio); los cereales están presentes, sin embargo, la ración es mínima (1/2 ración es insuficiente) para niños de esta edad se sugiere 1 ración en el desayuno; los alimentos de origen animal están presentes a partir de la leche, pero la ración tampoco es completa, ni el tipo es el adecuado ya que se les proporcionó una fórmula láctea que no cumple con la cantidad de proteína y grasa establecida para considerarse leche. Además se observó que las educadoras desayunaban café, lo cual no contribuye a una alimentación que refuerce hábitos y patrones saludables.

Comida: se acerca más a una dieta completa porque incluye verdura y fruta; cereal y leguminosas. Sin embargo sigue siendo insuficiente y dejan el consumo a voluntad de los niños, lo que no contribuye a un control de la energía acuerdo a su edad. Se observa que durante la comida se les proporciona agua en un vaso pequeño y hay niños que ya no piden pareciendo que con tomarse ese vaso es más que suficiente cuando es muy poca agua la que toman. Cabe destacar que al

terminar la actividad física diaria se les proporciona una hidratación pero es también muy poca agua la que se les sirve (un vasito de 120 mL o menos).

## **Análisis día 2**

Es un desayuno poco más completo y suficiente que un día anterior. Sin embargo la cantidad de verdura es mínima, la leche tiene las mismas características y la ración de fruta queda también a la mitad de la recomendación.

La comida tiene un aporte más completo de energía, contiene todos los grupos de alimentos; la ración de fruta y cereales es completa; hay escasa verdura y muy probable el mínimo de alimento de origen animal (pollo) ya que por estar desmenuzado resulta en muchas ocasiones difícil de estimar y a veces lo preparan así para que sea más rendidor. Al contener poca verdura se considera baja en fibra a pesar de que la ración de fruta es completa ya que el plátano no contiene fibra.

En general la observación de la dieta en los dos días quizá no sea representativa, sin embargo, nos deja ver que en general no hay un buen cuidado en el equilibrio de la dieta por la falta de nutrimentos y cantidad servida, por lo tanto tampoco es considerada suficiente. También observamos que no es completa por la falta constante de al menos un grupo de alimentos. No se pudo observar si es variada porque sólo se observaron dos días. Finalmente, a simple vista la escases de fruta y verdura permite estimar la cantidad insuficiente de fibra y de energía, aunado a la baja hidratación que se proporciona nos permite concluir que la alimentación no es adecuada y tiene deficiencias que es necesario procurar y corregir.

Otros aspectos a señalar y que también están relacionados con la alimentación, es el ambiente, la actitud de las educadoras, la limpieza y los utensilios para comer.

El ambiente se vuelve tenso cuando las educadoras se empiezan a desesperar sobretodo con aquellos niños que no quieren comer, les gritan y les empujan la cuchara, es decir los forzan a comer, en algunos casos. En ocasiones los sientan en sus piernas para que coman pero continúan forzándolos. Como la hora de comida precede la salida del CENDI de algunos niños, las educadoras apresuran

a los que van a salir impidiéndoles comer a su ritmo y masticar adecuadamente los alimentos, esto distorsiona sus hábitos, habilidades y digestión de los alimentos. Los utensilios no son del tamaño apropiado y utilizan sólo cuchara, lo cual evita el desarrollo de habilidades con el uso de cubiertos en niños que ya pueden utilizarlos (Maternal B y C). Finalmente, las educadoras no usan cubreboca ni cofia lo que amenaza la higiene de los alimentos al momento de servir y ayudar a alimentar.

Lactancia Materna: al respecto no hay promoción de la alimentación al seno materno, no existe material de apoyo que fomente esta actividad esencial en los niños menores de 6 meses de edad. Al preguntarles a las educadoras si se les ofrece apoyo a las mamás que están amamantando a sus hijos para que no lo dejen, las educadoras comentan: “no tenemos mamás que den lactancia, la única niña pequeña tiene siete meses y su mamá no tuvo leche porque trabaja” Cuando les pregunte si sabían cómo almacenar las tomas de leche materna y los datos que deberían contener, para fomentar el apoyo a esta actividad, contestaron: “no sabemos porque nunca han llegado con sus tomas, nada más sabemos que se guardan en el refrigerador”. La directora al respecto comenta que en alguna ocasión tuvo un bebé y que no se tomaba la leche materna, piensa que cuando las mamás trabajan es un impedimento para darles leche materna a sus hijos por la falta de estimulación.

Actividad física: Esta es una de las ventajas que es importante que siga fomentando en el CENDI “Margaritas” ya que las educadoras tienen una conciencia muy buena sobre la importancia del ejercicio en los niños, comentan que es una actividad que no puede faltar por lo que la practican diario. También dicen que ponen especial énfasis en niños que ven con sobrepeso u obesidad y que les ha funcionado bien con 2 niños que tenían sobrepeso, incluso uno de ellos padecía obesidad y le atribuyen a que fue gracias al ejercicio que realiza en el CENDI.

Los niños lactantes A y B hacen ejercicios sólo de estimulación durante 10-20 minutos, lactantes C hacen 20 minutos, Maternal A y B hacen 30- 40 minutos y

Maternal C 40 a 1 hora. Utilizan música para algunos ejercicios y para otros no, al inicio hacen un calentamiento y al final hacen ejercicios de relajación. Las educadoras tratan de acompañarlos haciendo los ejercicios con ellos y eso lo ven más divertido, en el caso de los niños de maternal C, quienes procuran hacer la actividad física en el patío.

## **Identificación de las causas la obesidad infantil en el CENDI “Margaritas”**

### **SESIÓN 1. Cuento y diagrama de Ishikawa**

La lectura del cuento abrió el primer contacto de reflexión sobre el problema de obesidad infantil con las educadoras, fue una actividad que nos permitió plantear una situación por medio de un cuento en el que se reflejara el pensar de los niños y niñas, padres de familia y educadoras respecto a la alimentación infantil. Al plantear las preguntas por parejas fue más fácil la reflexión, aunque no escribieran mucho en la hoja que les proporcionamos, finalmente prefirieron expresarse de manera verbal, lo cual fue aún más valioso. Como un análisis general, las educadoras expresaron que para ellas existe la preocupación de no saber qué hacer con los niños que presentan sobrepeso y obesidad porque no tienen conocimientos amplios sobre lo que es una alimentación saludable y que es necesario que los tengan para orientar tanto a los padres de familia y los niños y niñas del CENDI; por otra parte se sienten satisfechas del trabajo que han hecho con niños que han tenido sobrepeso ya que mencionan que la alimentación y el ejercicio que hacen en la guardería les ha ayudado a disminuir de peso. Por último el mensaje que les transmitió el cuento fue la preocupación que tienen algunas mamás sobre la alimentación que debe o debería tener su hijo o hija porque no están informadas, pero no solamente la preocupación de esto se centra en las madres sino en las educadoras o personal de salud porque también les falta información. Resaltan además la importancia de las experiencias que se comparten con otros porque es así como ellas han aprendido aunque no saben del todo si están en lo correcto. Las educadoras comentaron que una necesidad importante es la falta de conocimiento ante una alimentación adecuada para los niños.

## Cuento y preguntas de reflexión (anexo 2)

Segundo momento. Profundizando en las causas que originan la obesidad en los niños y niñas, se planteó la pregunta ¿Por qué sucede? El planteamiento de esta pregunta trajo a discusión muchas de las causas que originan el problema de obesidad infantil, entre ellas las más enunciadas por las educadoras fueron:

-“Los padres de familia no procuran la alimentación de sus hijos(as) por falta de tiempo ya que trabajan muchas horas”

- “Los padres de familia le compran comida chatarra a sus hijos(as) porque es más fácil adquirirla y más barata”.

-“Los padres de familia encargan a sus hijos con familiares (abuelos) que no pueden procurar la alimentación de los niños(as)

- “Los padres de familia o familiares no se cuidan a sí mismos y también presentan sobrepeso u obesidad”

-“Porque es más cara una alimentación saludable que una que no lo es”

-“Porque los niños pasan mucho tiempo viendo la televisión en lugar de jugar”

-“Porque hay inseguridad en las calles para que los niños salgan a jugar como en otros tiempos”

-“Porque la educadoras no conocemos sobre una alimentación saludable para los niños”

-“Porque los padres de familia no aceptan que sus hijos presentan problema de sobrepeso u obesidad por lo tanto no le dan importancia”

-“Porque los padres de familia y familiares que cuidan al niño o niña no siguen las sugerencias que las educadoras les dan”

-“Porque no damos platicas a los padres de familia y no tenemos suficiente material didáctico”

-“Porque no tenemos menús establecidos que nos asegure sean saludables para los niños y niñas”

Una vez identificadas las causas y las causas de las causas, éstas fueron transcritas a una matriz clasificándolas en procedentes y de orden (primero, segundo, tercer y cuarto). (Ver anexo 3)

## **Sesión 2. Priorización de necesidades (Análisis FODA)**

Al mostrar la matriz procedente del diagrama de Ishikawa invitamos a las educadoras a reflexionar y plantear el principal problema que han manifestado y expresado a través de su participación en la identificación de las causas que originan la obesidad infantil en el CENDI “Margaritas”.

Después de un conceso entre las educadoras plantearon que su principal preocupación es la falta de conocimiento sobre una alimentación saludable en los niños, y que por lo tanto no se sienten capaces de ayudar a los niños y niñas que presentan sobrepeso u obesidad.

Una vez planteado el problema se procedió explicar el objetivo de la sesión, se mostró la matriz con las variables y se explicó su uso en este trabajo; también se les preguntó si alguien había utilizado alguna vez esta herramienta. Para que quedara más claro y se pudiera realizar con mayor facilidad porque era una herramienta nueva, de acuerdo a lo que comentaron, se realizó con anterioridad un cuadro de apoyo (Anexo 4) para mostrarlo en la sesión, este cuadro contenía las variables FODA, definición y algunos ejemplos de lo que se refiere cada una de éstas.

También se mantuvo expuesta la matriz procedente del diagrama de Ishikawa y el problema planteado al que le daríamos solución, como material de apoyo en la construcción del FODA.

Cada variable se anotó en una matriz (Cuadro 1) para posteriormente realizar la combinación de las fuerzas que tuvieran alta relación y así establecer las alternativas de solución a los problemas.

**Cuadro 1. Matriz FODA/ CENDI “Margaritas” salón de Maternal, Marzo 2013.**

| MATRIZ FODA |   | INTERNO  |   |
|-------------|---|--|---|
|             |   | FORTALEZAS   | DEBILIDADES   |
|             |   | <p><b>F1=</b> Disposición por parte de las educadoras para aprender sobre alimentación saludable en los niños y para apoyar a los niños con sobrepeso u obesidad</p> <p><b>F2=</b>Las educadoras poseen actitud y habilidades para realizar material didáctico e investigar sobre alimentación saludable.</p> <p><b>F3=</b>La directora apoya todas las actividades que sean para mejorar la atención a los niños y niñas de la guardería y reconoce el apoyo que se debe proporcionar a los niños y niñas con sobrepeso y obesidad.</p> <p><b>F4=</b>Las educadoras fomentan hábitos de alimentación y actividad física.</p> <p><b>F5=</b> las educadoras impulsan la práctica de actividad física en todos los niños pero sobretodo en los que presentan sobrepeso u obesidad.</p> | <p><b>D1=</b> Escaso conocimiento por parte de las educadoras sobre alimentación de los niño sano y raciones de alimentos que los niños (as) con sobrepeso u obesidad deben de comer</p> <p><b>D2=</b> Falta de material didáctico sobre alimentación saludable de los niños y niñas así como falta de menús preestablecidos.</p> <p><b>D3=</b> Falta de interés de los padres y madres que tienen niños con sobrepeso u obesidad sobre la alimentación en sus hijos o hijas</p> <p><b>D4=</b>Falta de tiempo para planear nuevas actividades exclusivas para los niños con sobrepeso u obesidad.</p> |
| EXTERNO     | <p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p><b>O1=</b> Platicas y programas sobre salud que el centro de salud promueve en el CENDI.</p> <p><b>O2=</b>Apoyo de los padres de familia para proporcionar recetas que beneficie a los niños y sean fáciles de preparar</p> <p><b>O3=</b>Padres de familia con preparación en el área de la salud.</p> <p><b>O4=</b> Apoyo de la nutrióloga para conocer más sobre alimentación y contribución para realizar menús saludables.</p> | <p><b>ALTERNATIVA 1 (O2, F2)</b></p> <p>Reconocer la ayuda de los padres de familia para aportar sus conocimientos y experiencia en la alimentación de sus hijos(as), así como trabajar con las educadoras en la elaboración de material que beneficie la alimentación infantil.</p>   | <p><b>ALTERNATIVA 2 (D1,D3 ,O3, O4)</b></p> <p>Apoyo por parte de los profesionales de la salud para trabajar en mejorar los conocimientos de las educadoras sobre la alimentación infantil y orientar adecuadamente a los padres de niños con sobrepeso u obesidad para que tengan interés en la alimentación de sus hijos o hijas.</p>  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p><b>AMENAZAS</b></p> <p><b>A1</b>=Descuido de los padres de familia en la alimentación de sus hijos(as)</p> <p><b>A2</b>= Alta promoción de comida chatarra</p> <p><b>A3</b>=Escaso ejercicio en casa</p> <p><b>A4</b>=Escasa capacitación sobre alimentación en los cursos que proporciona SEDESOL</p> <p><b>A5</b>= Desconocimiento de otras instituciones que promuevan prácticas saludables sobre alimentación infantil.</p> | <p><b>ALTERNATIVA 3 (F3,A1)</b></p> <p>Priorizar la participación de los padres de familia, maestras y directora para realizar actividades de conocimiento y concientización sobre la importancia de la alimentación en la infancia.</p> | <p><b>ALTERNATIVA 4 (D1,A4)</b></p> <p>Solicitar capacitación a SEDESOL y a otras instituciones para fortalecer, complementar y mejorar los conocimientos sobre alimentación infantil y de esta manera apoyar a niños y niñas que presenten sobrepeso u obesidad.</p> |
|--|--|--|---|

Fuente: elaboración propia a partir de la sesiones con las educadoras del CENDI "Margaritas"

Las alternativas que se establecieron para dar solución al problema planteado por las educadoras fueron las siguientes:

- Alternativa 1, procedente de oportunidad 1 y fortaleza 2 (Ver cuadro 1)

Reconocer la ayuda de los padres de familia para aportar sus conocimientos y experiencia en la alimentación de sus hijos(as), así como trabajar con las educadoras en la elaboración de material que beneficie la alimentación infantil.

- Alternativa 2 procedente de Debilidad 1,3 y Oportunidad 3,4 (Ver cuadro 1)

Apoyo por parte de los profesionales de la salud para trabajar en mejorar los conocimientos de las educadoras sobre la alimentación infantil y así orientar adecuadamente a los padres de niños con sobrepeso u obesidad para que tengan interés en la alimentación de sus hijos o hijas.

- Alternativa 3, procedente de Fortaleza 3 y Amenaza 1 (Ver cuadro 1)

Priorizar la participación de los padres de familia, maestras y directora para realizar actividades de conocimiento y concientización sobre la importancia de la alimentación en la infancia.

- Alternativa 4, procedente de Debilidad 1 y Amenaza 4 (Ver cuadro 1)

Solicitar capacitación a SEDESOL y a otras instituciones para fortalecer, complementar y mejorar los conocimientos sobre alimentación infantil y de esta manera apoyar a niños y niñas que presenten sobrepeso u obesidad.

Una vez terminado el proceso de la construcción del modelo anteriormente descrito se procedió a establecer el plan o proyecto de Intervención donde se detallarán los objetivos, actividades, resultados esperados, recursos y evaluación.

### **Sesión 3. Toma de decisiones para la acción (proyecto de intervención)**

En esta última sesión el objetivo fue que a las educadoras visualizaran un plan o proyecto de intervención (anexo 5) para dar solución al problema planteado con anterioridad. Era un esfuerzo más, de todo lo que se trabajó e incluso para ellas significaba llegar esta etapa un gran logro, puedo decir que en su rostro se reflejaba un alivio y satisfacción desde el inicio de esta sesión. Fue un trabajo muy interesante e intenso porque era el momento de pasar de una toma de conciencia sobre una necesidad o problema planteado por la misma población a una etapa de actuar y promover cambios. La toma de decisiones era fundamental ya que todo lo que decidiera tenía que ser conjuntamente, con responsabilidad y compromiso. Fueron elementos que cuando no se respetaron en el proceso, éste se volvía lento e incluso impedía continuar hacia el cumplimiento de los objetivos de esta etapa.

Tomar decisiones conjuntamente no fue fácil, el tiempo siempre fue un factor que causaba desajustes en las decisiones ya que no todos determinaban un tiempo similar para llevar a cabo un objetivo o para planear y realizar una actividad. En todo momento fue importante para mí, como facilitadora del proceso, que las decisiones no afectaran la relación del grupo, que fueran realistas y de acuerdo al perfil y habilidades que como personas poseemos, no exigir demás porque esto podría conducir a la frustración; así mismo otra de mis tareas en el proceso fue reafirmar el compromiso que asumiríamos para llevar a cabo lo pactado y al mismo tiempo hacía notar la importancia del respeto y la responsabilidad de realizar un trabajo de todos y para todos. También, tratando de facilitar el proceso

de construcción del proyecto, busqué la manera de rescatar y hacer resaltar las habilidades de las educadoras y el espacio que bien lo merece, para que las actividades elegidas (para el proyecto) fueran encaminadas a trascender lo formal y lo cotidiano, de esta manera promovía la originalidad y creatividad en búsqueda de la participación como actitud y práctica del desarrollo de habilidades personales.

Puedo decir que este trabajo significó un momento de búsqueda, de construcción y de transformación porque se promovió el trabajo en equipo, se intercambiaron ideas para beneficio de todos, se fomentaron valores como la tolerancia, participación, responsabilidad, solidaridad y compromiso. Fue una experiencia de empoderamiento, en el que se inicio un espacio de concertación y participación, a través del cual las educadoras no sólo incrementaran conocimientos o información sino la o capacidad de reflexionar, decidir y actuar.

# Quinto Capítulo

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

### **Promoción de la salud, y participación.**

Una estrategia de la promoción de la salud es la participación de las personas. (Referente declaración de alma ata 1976 y carta de Ottawa 1986)

La promoción de la salud es considerada un proceso que busca capacitar a los individuos y las comunidades para que puedan actuar sobre los determinantes de su salud, no sólo para dar cuenta de sus inquietudes, necesidades y dudas, sino para colaborar en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades, aumentando la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas.

La participación comunitaria es pues uno de los principios fundamentales, pero además es un método de trabajo, para promocionar la salud. El presente trabajo enfocado en promoción de la salud, dentro de sus estrategias, priorizó la colaboración de las educadoras como participantes claves; fue una experiencia enriquecedora, pues nos permitió conocer un entorno cotidiano pero con necesidades, problemas e inquietudes particulares. Así también, en esta experiencia pudimos corroborar que la toma de conciencia de una necesidad o problema está ligado a la participación, en este caso, las educadoras al tomar conciencia de un problema percibido por ellas mismas mostraban mayor interés, por lo tanto se involucraban más al paso del proceso de la intervención y se mostraban más entusiastas.

### **Promoción de la salud y obesidad infantil**

La obesidad es un padecimiento desafortunadamente cada vez más común entre la población infantil, por lo que su control no depende solamente de crear políticas públicas y ambientes saludables íntimamente ligados a estas; para favorecer cambios positivos y saludables se requiere de la participación de las personas y el desarrollo de habilidades personales para la vida por su relación tan estrecha con

los estilos de vida saludables, los cuales comprenden comportamientos reconocidos como saludables.

El presente trabajo abordó un tema de salud con un alto impacto social, de tal forma que fue importante concretar la posibilidad de intervenir en un espacio de la vida cotidiana en el cual pudiéramos conocer la trascendencia de este tema a través de su contexto, espacio, conocimiento, percepción y participación de quienes viven y pertenecen a este espacio social. Considerada la promoción de la salud una estrategia global, las acciones fueron dirigidas a la población en su conjunto y no sólo a los niños que padecen sobrepeso u obesidad; sobrepasando de esta manera el enfoque exclusivo de combatir la enfermedad solamente después de su aparición.

Desarrollar aptitudes personales para vivir la vida es una de las estrategias prioritarias de la Promoción de la Salud, está fuertemente ligada a los estilos de vida, los cuales tienen una influencia central dentro de las causas que provocan obesidad en los niños. Sin considerarla aislada de las otras áreas, destaca por su importancia en la necesidad de crear condiciones favorables para ejercer un mayor control sobre la salud y su entorno por medio de la participación de los individuos. Además es un área de trabajo que se puede desarrollar ampliamente en los entornos escolares.

Las guarderías o CENDIS pueden ser un espacio idóneo para concientizar a la población y promover habilidades personales para que los individuos adquieran la capacidad de realizar elecciones saludables así como otras actitudes tales como la tolerancia, solidaridad y la participación que inciden en la vida colectiva.

### **Diagnóstico participativo**

Para lograr una verdadera participación y un proyecto horizontal es fundamental realizar un diagnóstico participativo, y de ahí la planificación participativa.

Una de las fases más importantes al inicio de una intervención es el diagnóstico participativo, en él es muy importante conocer a la comunidad y sus problemas, involucrándola en los asuntos que le conciernen y priorizar su participación como

un elemento esencial para el logro de los objetivos de la promoción de la salud; este reconocimiento implica un gran respeto ante su historia, cultura y prioridades. Permite conocer la realidad de la comunidad, identificar las necesidades, seleccionar y jerarquizar problemas, pero también nos permite pensar en las acciones a emprender y dar respuesta a las necesidades, es decir, comenzar a planificar con y desde la comunidad.

Para realizar el diagnóstico participativo, elegimos herramientas que pudieran guiarnos y conocer así la realidad del CENDI. Una de ellas fue la guía de observación con la cual pudimos conocer el espacio, el personal, a los niños, la alimentación, las instalaciones, las actividades que se realizan, etc. También a través de esta guía pudimos detectar las carencias, los obstáculos, los vacíos, e incluso percibir la actitud del personal, que consideramos muy importante al emprender una experiencia de intervención. El contacto con el personal a través de las visitas para aplicar la guía nos permitió entablar momentos de comunicación esenciales para promover confianza, seguridad y empatía.

Como parte del diagnóstico en el CENDI “Margaritas” obtuvimos información muy valiosa, datos, temas, demandas, necesidades, pero fundamentalmente surgieron problemáticas a considerar; lo que nos dio pauta a determinar las prioridades, que permitieran identificar la problemática más sobresaliente del CENDI “Margaritas”. En esta etapa de nuestro trabajo de campo, además de la guía de observación que se realizó mediante las visitas al CENDI, también se llevaron a cabo reuniones con las educadoras; en la primera de éstas reuniones se reflexionó sobre el problema de obesidad en los niños lo que permitió conocer la opinión de las educadoras y saber qué les preocupaba, por qué y su experiencia con la situación. Con este primer contacto de reflexión percibimos en las educadoras un interés y preocupación sobre el tema de la obesidad en los niños, esto fue sumamente importante porque sabíamos que si una situación no es reconocida como problema no podemos decir que existirá motivación para solucionarlo.

## **Planificación participativa**

En promoción de la salud se suele utilizar la metodología de la planificación participativa. Es un proceso que se da en fases consecutivas, comienza con la identificación del problema o necesidad y continúa con su análisis, toma de decisiones para la acción y evaluación. Nos da la posibilidad de intervenir, decidir y actuar sobre una realidad; además permite conocer si las alternativas de solución que se presentan tienen posibilidades reales de cumplirse.

Como toda etapa de planificación se requiere de herramientas metodológicas, para nuestro trabajo usamos algunas herramientas de análisis de la situación y la planeación estratégica. En el análisis de la situación, se identificaron las causas relacionadas con la obesidad infantil, se analizaron una a una y la relación con la situación que se vive en el CENDI. Esto permitió sobre todo evitar culpabilizar a los individuos y ver más a fondo aquellos factores sociales, económicos, personales y ambientales que están determinando el estado de salud de los niños. En nuestra experiencia pudimos ver que identificar las causas que originan la obesidad infantil no solo nos sirvió para reflexionar sobre las circunstancias que afectan la salud sino también para identificar las posibles líneas de acción que se requieren intervenir para mejorar las condiciones de salud de quienes asisten al CENDI.

El FODA también es una herramienta de análisis de la situación, de esta manera se obtiene un diagnóstico más preciso que permita en función de ello tomar decisiones acorde a las necesidades u objetivos planteados. No fue una experiencia sencilla porque no era una herramienta conocida entre las educadoras así que explicamos el objetivo de este análisis y su función en la planificación de un proyecto. Sin embargo construir la matriz identificando aspectos que no comúnmente se toman en cuenta permitió analizar de manera más profunda la situación interna y externa del CENDI. Las educadoras tomaron en cuenta entre otras cosas, que para establecer alternativas es necesario considerar algunas situaciones y recursos que no consideraban importantes; sin embargo aunque les costó trabajo pudieron hacer conciencia de tomar en cuenta todo su entorno para

tener un panorama amplio de lo que pueden hacer y de lo que no está en sus manos. Otra de las experiencias de reflexión que se dieron durante el análisis FODA fue asumir que todas las personas tenemos diferentes habilidades y capacidades por lo tanto su participación puede mejorar pero sobretodo enriquecer una experiencia.

### **El papel del promotor de la salud**

Desde el primer momento de contacto con la población del CENDI tenía que darse con mucho cuidado para propiciar un ambiente agradable que no irrumpiera con su espacio y para que no se sintieran observadas o intimidadas.

Desde mi punto de vista el contacto con la comunidad del CENDI fue la etapa más delicada, porque como promotora de la salud, mi papel es acompañar y facilitar el proceso; sin embargo por costumbre la comunidad piensa que como profesional de la salud estamos obligados a proporcionarles información, a exponerles lo que están haciendo bien o mal, y al final decirles lo que tienen que hacer para mejorar su salud.

No obstante acercarse a las personas, en este caso, a las educadoras y a los niños; platicar y escucharlas me permitió conocer más sobre sus inquietudes, preocupaciones e incluso actitudes y trato entre ellas, para con los papás y para con los niños.

Realmente lo que hace la diferencia entre la actuación pasiva por parte de la comunidad o la participación, es que el profesional de la salud deje el papel de protagonista y diseñe actuaciones a partir de los protagonistas, que están siempre presentes como columna vertebral de la acción.

Otra de mis reflexiones respecto al papel del promotor de la salud, es sobre el profesional de la salud que en constantes ocasiones cometemos el error de subestimar la capacidad que tienen la comunidad de conocer y aprender respecto a los temas que conciernen a su salud. Como promotora de la salud puedo decir que ha sido una experiencia que me ha enriquecido como persona y como profesional porque he visto con esta experiencia que transmitir conocimientos no

es la única ni la mejor forma de promover la salud, es algo más complejo pero duradero porque es un proceso largo pero que vale la pena porque se vive la experiencia de participar con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad. Cuando sólo transmitimos información estamos limitando el potencial que hay en los individuos y dejamos de lado la capacidad que tienen de transformar su entorno para mejorar su salud con sus propios medios. Por muchos conocimientos que poseamos como profesionales nunca una intervención será la misma sin la participación de los individuos desde su comunidad.

**Hacer promoción de la salud implica un encuentro con “el otro” un encuentro de dialogo donde cabe la posibilidad para que el otro desarrolle sus capacidades.**

Como promotora de la salud, pienso que fue una experiencia muy enriquecedora, sé que aún con la experiencia de este trabajo que fue muy productivo, existieron circunstancias que no favorecieron por momentos mi posición y el trabajo participativo, sobretodo en la construcción del proyecto porque a pesar de haber avanzado en el diagnóstico y planificación, mi profesión como nutrióloga tuvo cierto peso al cuestionar las educadoras sobre lo que yo pensaba de lo que ellas habían decidido ya que para ellas era muy importante mi opinión porque probablemente eso sería lo mejor para dar solución al problema planteado. Incluso en la propuesta del taller se pensaba que lo mejor para ellas era que yo lo impartiera el taller por tener conocimiento de los temas. Esto fue sin duda una muestra de que la participación de los individuos y el empoderamiento es un proceso largo, de mucho trabajo, paciencia y motivación; sin embargo vale la pena iniciar este proceso porque es la manera en que las poblaciones o individuos serán más autónomos e independientes de los servicios profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [sitio de internet]. México: OMS 2012 [ Actualizado 2012 mayo; consultado 2012 oct 12]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
2. Diez problemas de la población de Jalisco. Una perspectiva sociodemográfica. Disponible en:<http://coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/DiezproblemasJalisco.pdf>
3. Sonia B, Fernandez C, Montoya Y, Viguri R. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. Bol Med Hosp Infant Mex [serie en internet]2011 [consultado 2012 nov 12] ;68(1):79-81.
4. Aguirre J.El reto de la obesidad infantil en México. Centro de estudios sociales y opinión pública [serie en internet] 2012 [consultado 2012 Noviembre 3].Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx>.
5. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados Nacionales.Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012.
6. Islas L, Peguero M. Obesidad infantil. PME Instituto nacional de salud pública [serie en internet] 2006 [consultado 2012 septiembre 4]. Disponible en: [http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme\\_14.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_14.pdf)
7. Aranceta J, Pérez C, Ribas L, Serra L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Rev Pediatr Aten Primaria [serie internet]. 2005 [consultado 2012 oct 17];7:13-20.
8. Lira R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica[serie en internet]2012[consultado 2012 oct 17];29(3):357-60.
9. Santibañez L, Aguilera R. Obesidad infantil: políticas escolares para combatirla y sus resultados. Fundación IDEA; 2010: 1-15.
10. Barrientos M, Flores S. ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. Artemisa en línea [serie en internet] 2008 [2012 octubre 12] 65:639-651. Disponible en:
11. Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Enero 2010.
12. Romero JJ. Obesidad ¿Qué hacer? Políticas al vapor, problema de peso. 1ª.ed, México 2010.
13. Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. Salud Publica Mex 2008;50:173-195
14. Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. Subdirección General de Cultura Física Programa Nacional de Activación Física “Actívate,, Viive Mejor”. Disponible en: [http://www.deporte.org.mx/af08/ime/26\\_10\\_2009/Feria\\_de\\_la\\_Actividad\\_Fisica\\_para\\_Vivir\\_Mejor.pdf](http://www.deporte.org.mx/af08/ime/26_10_2009/Feria_de_la_Actividad_Fisica_para_Vivir_Mejor.pdf)
15. Gerhard R.Un diálogo sobre los servicios de cuidado infantil en México. Consultado en: [www.infoninez.mx/files/premiounice2009\\_1erlugarinvestigacion.pdf](http://www.infoninez.mx/files/premiounice2009_1erlugarinvestigacion.pdf)
16. Secretaría de Desarrollo Social. Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras. Disponible en: [http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programa\\_estancias\\_infantiles](http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programa_estancias_infantiles)

17. Castillo J, Villegas L. Revisión sistemática: efectividad de las intervenciones para disminuir y controlar la obesidad y el sobrepeso en la población infantil 2000 a 2012 (trabajo de grado). Bogotá: universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2012
18. Ramos I, García M. El reto de la obesidad infantil la necesidad de una acción colectiva. Fundación IDEAS, julio 2011. Disponible en: <http://www.fundacionideas.es/>
19. Lori I, Arjumand S, Clyde H. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, 2007. Disponible: [www.who.int/social\\_determinants/.../early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/.../early_child_dev_ecdkn_es.pdf)
20. Lamadrid S, Heynig E. El contexto social y los condicionantes de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación (tesis). Chile: Universidad de Chile, 2008.
21. Restrepo E. Agenda para la acción en promoción de la salud. En : Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable. Panamericana 2001.
22. Resende S. Promoción de la salud, empowerment y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva 2008;4: 335-347.
23. Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local. Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, Chile 2010. Disponible en:
24. Achor M, Benítez A, Brac E. Obesidad infantil. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina 2007; 34-38.
25. Barroso C. La obesidad, un problema de salud pública. Espacios públicos 2012; 15:200-215
26. Martínez A. La obesidad, una epidemia emergente, prevención y tratamiento desde la infancia. Osasunaz 2007;8:105-117.
27. Barquera S, Campos I, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146: 397-407.
28. Gonay V. estilos de vida saludable: actividad física.[ Consultado 2013 marzo 17]. Disponible en: [www.saludpublica.ucr.ac.cr/libro/07%20estilos%20de%20vida.pdf](http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/libro/07%20estilos%20de%20vida.pdf)
29. Díaz M. La importancia del juego en la salud de niños escolares. Revista electrónica de psicología iztacala, UNAM 2009; 12: 224-237.
30. González Méndez, Romero B. Lactancia Materna. Rev Cubana Enfermer 2008;18(1):15-22

# ***A N E X O S***

## **Anexo 1. GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**Trabajo final para la especialidad en Promoción de la salud.**

FECHA: \_\_\_\_\_

1. **Instalaciones.** La guardería cuenta con todos los servicios (agua, luz, drenaje), las instalaciones son adecuadas para la capacidad y demanda.

2. **Instalaciones.** La guardería cuenta con un patio y/o área de juegos para realizar actividad física.

3. **Instalaciones.** La guardería cuenta con una cocina en condiciones adecuadas de higiene y mantenimiento. Existe un comedor exclusivo o área exclusiva para alimentar a los niños (as) y se encuentra en buenas condiciones y con higiene adecuada. Existe un área adecuada para proporcionar lactancia materna. Hay estaciones de lavado de manos adecuadas para los niños y niñas.

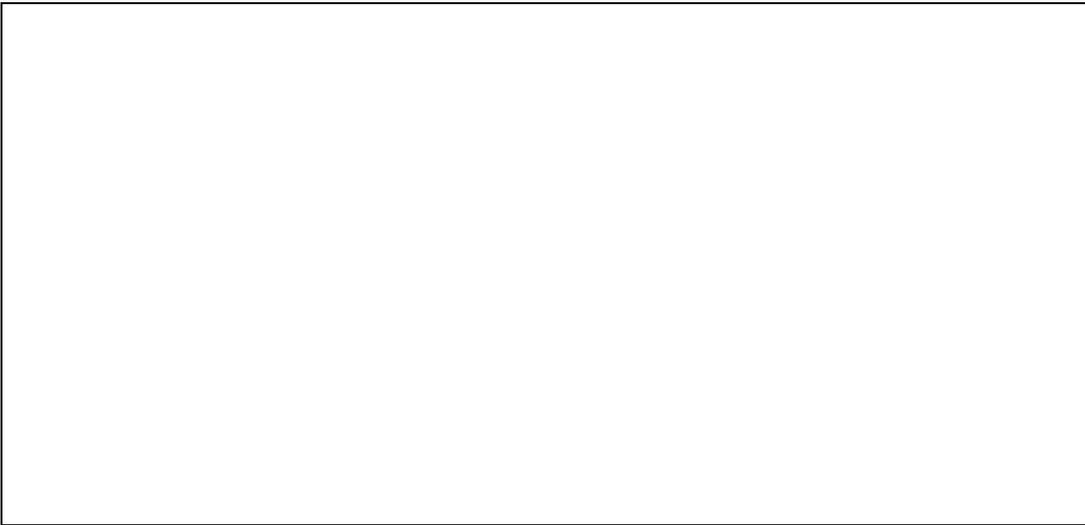
4. **Organización.** Horarios de alimentación e hidrataciones y rutinas de actividad física.

5. **Organización.** Existe planeación de pláticas dirigidas a los padres de familia y personal de la guardería sobre alimentación, promoción de hábitos saludables, lactancia materna e higiene en la preparación de alimentos, etc Hay programación de cursos de capacitación para las educadoras.

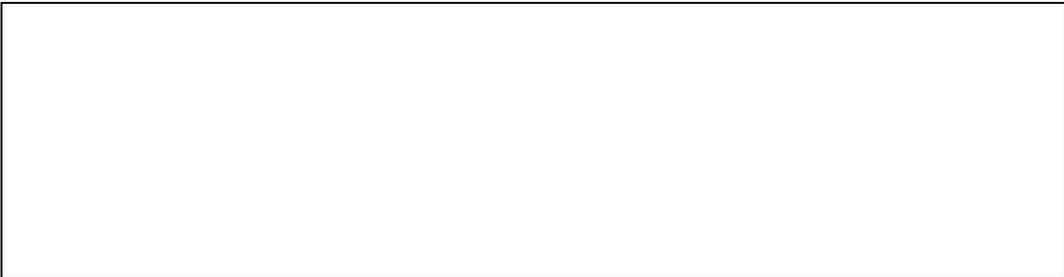
6. **Recursos Humanos disponibles.** Personal que labora en la guardería fijo o temporal (maestras, nutrióloga, enfermera, cocinera, jardinero, etc). Formación técnica o profesional del personal.

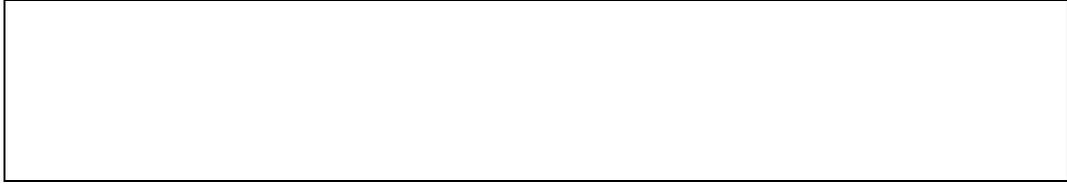


7. **Recursos materiales disponibles.** Alimentos disponibles, stock de reserva, utensilios, sillas, mesas y manteles. Material disponible y en buenas condiciones para realizar actividad física. Material didáctico (Rotafolios, carteles, trípticos sobre alimentación). Material para la higiene de manos (jabón, y toallas).

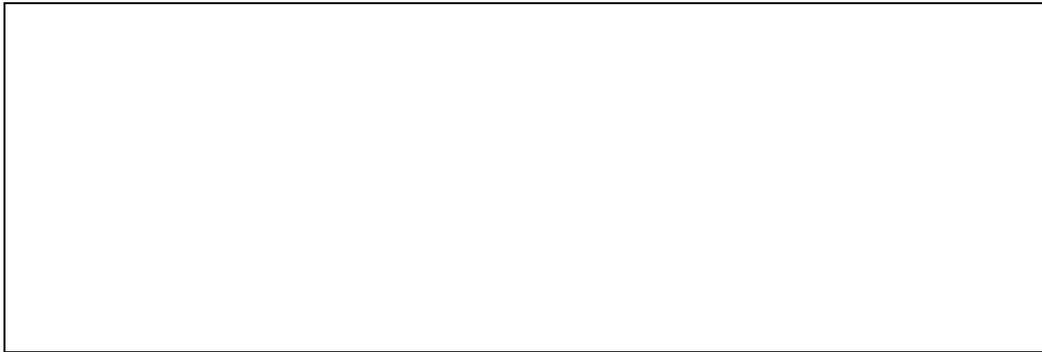


8. **Actitud y disposición del personal, así como capacidad y habilidades del personal.** Lenguaje adecuado, fomento de hábitos saludables, atención y cuidado hacia los niños (higiene y seguridad), paciencia y tolerancia para alimentar. Modelaje (sobrepeso y obesidad en el personal). Se alimentan ahí, con los niños, son modelos a seguir, la reproducción o socialización de los hábitos.





## 9. Uso de programas



10. **Menús.** Existen menús preestablecidos y cíclicos. Se respeta el menú según el día que corresponde y se prepara con higiene. El menú que se ofrece a los niños cumple con las características del plato del bien comer, en cantidad y preparación según la edad. Se coloca una muestra del menú del día (desayuno, comida y cena) que los niños van a recibir de acuerdo a la edad para que los papás, mamás y cuidadores lo conozcan.



11. **Lactancia Materna.** En la guardería se promueve la lactancia materna proporcionando información, orientación, apoyo y facilidades para que las mamás proporcionen lactancia materna o tomas de leche materna. Se aceptan y almacenan la tomas de leche materna adecuadamente.

**12. Actividad Física.** Actividad física que realizan los niños y niñas, horarios, duración y rutina.

**Nombre y firma del observador:**

---

## **ANEXO 2. CUENTO Y PREGUNTAS DE REFLEXIÓN**

**Lo que se dice de aquello que decimos...**

**Para pensar en eso a lo que llamamos obesidad...**

Flora Janet Rodríguez Méndez, Beatriz Noriega Luciano

Lucrecia es una pequeña de 4 años de edad, con sus ojos aún adormilados, en pleno amanecer, y sus ganas de jugar y entender, eso a lo que llamamos vida cotidiana, se dirige a su madre y le pregunta.

-mami ¿por qué no puedo comerme ese rico pastel, que tanto me gusta?

Alicia la madre de Lucrecia se queda un poco perpleja ante la pregunta de su hija, no sabe qué respuesta darle, pues ha escuchado diversos discursos y opiniones acerca de lo que las y los niños deben y no deben comer.

De pronto vienen a su mente muchos recuerdos:

Uno de esos recuerdos es aquel que le dijeron en el hospital sobre los alimentos que se les deben dar a las y los niños. Le han mencionado en varias ocasiones el llamado “Plato del bien comer” y se pregunta ¿cómo darle esos alimentos a su hija, si en muchas ocasiones no están a su alcance? Ya sea porque no los venden cerca, o su precio es demasiado costoso para el poco sueldo que a ella le pagan, además también está la forma y la manera en la que ella aprendió a alimentarse.

Después recuerda aquella vivencia de niña cuando se sentía mal porque no podía jugar con otras niñas y otros niños, ya que en ocasiones llegaron a ponerle el apodo de la “gordis” y eso la hacía sentirse distinta a ellos.

Y de pronto, ante la pregunta de su hija, en su memoria aparecen más recuerdos; si bien es cierto que sus abuelos la querían y la consentían mucho, también recuerda aquella ocasión en donde la llevaron al teatro a ver una obra. Y con el lápiz cual dibujo en un papel, apareció esa tarde en la que el pequeño Jaulín, un niño casi de su edad 9 o 10 años, se sentía triste porque tanto los niños de su grupo como las y los adultos que estaban a su alrededor le llamaban “el panqueque”, se burlaban de él y en ocasiones le repetían esos mensajes que se escuchaban en la televisión y en la radio sobre qué hacer, que decirles y como tratar a las personas que eran distintas a los demás. Así recordó a sus abuelos diciéndole ¿Qué si no obedecía a mamá y a los maestros de su escuela, así terminaría ella? Alicia se sintió mal por esto que le decían los abuelos, sin embargo, sólo ella lo sabía.

Alicia se sintió intranquila, entonces se recordó años más tarde cuando ya era mamá, conversaba con otras mamás en un día de febrero, un día en el que está por demás decir que su cuerpo era acariciado por el viento, más sin embargo esta caricia las llevo a preguntarse. -¿tendrá algo que ver que les demos de comer papillas enlatadas a nuestras hijas e hijos y por eso engordan? -A mí no me salía mucha leche, dijo una mujer. Yo le di leche enlatada a mi hijo, ¿esto traerá algún problema? -mi niño no quiere comer y en la estancia infantil donde lo cuidan me ha dicho la educadora que aunque no tenga ganas de comer yo tengo que hacer que se coma toda la comida que le doy, dijo otra. Entonces hablo otra de las mujeres ahí reunidas. - Yo soy mamá y trabajo en una guardería dijo- en ocasiones me pregunto qué hacer y en otras sólo sé que tengo que hacer que las y los niños se coman toda su comida pues si no tendré problemas con sus mamás porque sus niñas y niños no comen.

Y así fue recordando lo que cada mamá compartía en aquella tarde de febrero, sin embargo también regreso ahí, a su cocina donde tenía a su pequeña Lucrecia, la cual estaba en la espera de su respuesta.

Lucrecia es una pequeña de 4 años de edad, con sus ojos aún adormilados, en pleno amanecer, y sus ganas de jugar y entender, eso a lo que llamamos vida cotidiana, se dirige a su madre y le pregunta.

-mami ¿por qué no puedo comerme ese rico pastel, que tanto me gusta?

Alicia la madre de Lucrecia se queda un poco perpleja ante la pregunta de su hija, no sabe qué respuesta darle, pues ha escuchado diversos discursos y opiniones acerca de lo que las y los niños deben y no deben comer.

De pronto vienen a su mente muchos recuerdos:

Uno de esos recuerdos es aquel que le dijeron en el hospital sobre los alimentos que se les deben dar a las y los niños. Le han mencionado en varias ocasiones el llamado “Plato del bien comer” y se pregunta ¿cómo darle esos alimentos a su hija, si en muchas ocasiones no están a su alcance? Ya sea porque no los venden cerca, o su precio es demasiado costoso para el poco sueldo que a ella le pagan, además también está la forma y la manera en la que ella aprendió a alimentarse.

Después recuerda aquella vivencia de niña cuando se sentía mal porque no podía jugar con otras niñas y otros niños, ya que en ocasiones llegaron a ponerle el apodo de la “gordis” y eso la hacía sentirse distinta a ellos.

Y de pronto, ante la pregunta de su hija, en su memoria aparecen más recuerdos; si bien es cierto que sus abuelos la querían y la consentían mucho, también recuerda aquella ocasión en donde la llevaron al teatro a ver una obra. Y con el lápiz cual dibujo en un papel, apareció esa tarde en la que el pequeño Jaulín, un niño casi de su edad 9 o 10 años, se sentía triste porque tanto los niños de su grupo como las y los adultos que estaban a su alrededor le llamaban “el panqueque”, se burlaban de él y en ocasiones le repetían esos mensajes que se escuchaban en la televisión y en la radio sobre qué hacer, que decirles y como tratar a las personas que eran distintas a los demás. Así recordó a sus abuelos diciéndole ¿Qué si no obedecía a mamá y a los maestros de su escuela, así terminaría ella? Alicia se sintió mal por esto que le decían los abuelos, sin embargo, sólo ella lo sabía.

Alicia se sintió intranquila, entonces se recordó años más tarde cuando ya era mamá, conversaba con otras mamás en un día de febrero, un día en el que está por demás decir que su cuerpo era acariciado por el viento, más sin embargo esta caricia las llevo a preguntarse. -¿tendrá algo que ver que les demos de comer papillas enlatadas a nuestras

hijas e hijos y por eso engordan? -A mí no me salía mucha leche, dijo una mujer. Yo le di leche enlatada a mi hijo, ¿esto traerá algún problema? –mi niño no quiere comer y en la estancia infantil donde lo cuidan me ha dicho la educadora que aunque no tenga ganas de comer yo tengo que hacer que se coma toda la comida que le doy, dijo otra. Entonces hablo otra de las mujeres ahí reunidas. – Yo soy mamá y trabajo en una guardería dijo- en ocasiones me pregunto qué hacer y en otras sólo sé que tengo que hacer que las y los niños se coman toda su comida pues si no tendré problemas con sus mamás porque sus niñas y niños no comen.

Y así fue recordando lo que cada mamá compartía en aquella tarde de febrero, sin embargo también regreso ahí, a su cocina donde tenía a su pequeña Lucrecia, la cual estaba en la espera de su respuesta.

### **PREGUNTAS GENERADORAS PARA LA REFLEXIÓN**

Aportaciones de las educadoras sobre la reflexión del cuento, febrero 2013.

|  | PAREJA 1   |             | PAREJA 2  |              |
|--|--|-------------|---|--------------|
| PREGUNTAS                              | Miss Cristina  | Miss Susana | Miss Mary   | Miss Maribel |
| ¿Qué leímos o apreciamos en el cuento? | “nos parece que los papás y maestras no somos lo suficiente capaces de explicarle a nuestros hijos sobre un buena alimentación”  |             | “Es importante explicarles sobre qué comer y que no a los niños como madres porque así se alimentaran bien” |              |
| ¿Qué pensamos de lo que leímos?        | “Es una situación difícil porque cada vez hay más niños con sobrepeso”   |             | “Es necesario tener comunicación con los niños de que comer”  |              |
| ¿Cómo se vive esto en el CENDI?        | Experiencia: Hay 2 niños que tenían sobrepeso y con la comida del CENDI y el ejercicio han mejorado. Comentan las educadoras que ellas los han cuidado y se han preocupado para que no tengan exceso de peso, piensan que desde que entraron al CENDI no comen tanta comida “chatarra” y lo que más les ha ayudado es el ejercicio que realizan junto con ellos.                 |             |   |              |
| ¿Qué aprendimos de esta actividad?     | Les pareció importante estar enteradas de cómo se deben alimentar los niños para poder darles bien de comer y de manera económica. También comentan que tienen que estar informadas para informar a su vez a los padres de familia. Resaltaron además la experiencia que ellas tienen como madres de familia porque es lo que en ocasiones han aplicado con los niños del CENDI. |             |   |              |

### ANEXO 3. DIAGRAMA ISHIKAWA

Resultados diagrama de Ishikawa/ CENDI “Margaritas” salón Maternal, Febrero 2013.

| PROCEDENTES                       | CAUSAS PRIMARIAS O MAYORES   | CAUSAS DE SEGUNDO ORDEN   | CAUSAS DE TERCER ORDEN   | CAUSAS DE CUARTO ORDEN   |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| ACTITUD                           | Algunos padres de familia no ponen atención a la alimentación de su hijo o hija  | No tienen tiempo y les dejan los niños encargados a otros familiares y éstos no prestan atención. Trabajan todo el día. Cuando se les avisa que tienen un problema de peso no hacen caso. | También están gordos No hacen ejercicio porque no les interesa.  | La televisión<br>La falta de dinero<br>La comida chatarra al alcance                       |
| CONOCIMIENTOS                     | No conocemos muchos temas sobre alimentación de los niños. No tenemos el plato del bien comer. No sabemos si es bueno o malo forzar a los niños y niñas a comer. | Casi no tenemos pláticas ni capacitación en esta área. Nos preocupamos de que coman porque los papás nos preguntan  | No hemos pensado en dar pláticas a los padres de familia   | Lo primordial es cuidar a los niños (as) y alimentarlos (darles de comer) a veces a fuerza |
| ESTRUCTURA                        | No tenemos menús establecidos que nos asegure sean saludables  | SEDESOL no nos lo proporciona.  | No lo están considerando importante, lo más importante es cuidarlos y darles de comer  |  |
| RECURSOS                          | Falta material didáctico para dar pláticas a papás y mamás. Tampoco tenemos el plato del bien comer  | No hacemos mucho material para esa área. Sedesol nos ha dado información pero no para pegar en el salón   | No hemos pensado en dar pláticas a los padres de familia   | Falta tiempo para planear las pláticas   |
| ACTITUD, RECURSOS Y CONOCIMIENTOS | Los niños no comen bien en casa, les dan comida chatarra   | Las mamás o cuidadores no les hacen comida nutritiva como en la guardería   |  |  |
| CONOCIMIENTOS                     | No sabemos exactamente qué hacer con un niño que tiene sobrepeso u obesidad.   | No tenemos suficientes conocimientos para explicarles a los padres de familia como mejorar la alimentación de los niños con sobrepeso u obesidad  | No hay un nutriólogo o doctor que nos asesore y solo les decimos lo poco que conocemos “no coma comida chatarra”, que haga más ejercicio, que no le den refrescos y muchos dulces. |  |
| ACTITUD, CONOCIMIENTO             | No hacen ejercicio más que en la guardería. A los niños que tienen   | Nadie hace ejercicio en su familia Ven televisión o video juegos  | La inseguridad en las calles<br>La flojera de los padres, abuelos o  | El gobierno no hace nada contra el robo de niños (as).<br>El gobierno no hace              |

|  |  |                                   |           |   |
|--|--|-----------------------------------|-----------|---|
|  | sobrepeso u obesidad les pedimos que hagan más ejercicio | El fin de semana no salen a jugar | hermanos. | nada contra la obesidad en los adultos para que enseñen a los niños |
|--|--|-----------------------------------|-----------|---|

#### Anexo 4. CUADRO DE APOYO A LAS EDUCADORAS PARA IDENTIFICAR LAS VARIABLES FODA

| FODA          | DEFINICIÓN   | EJEMPLOS   |
|---------------|--|--|
| FORTALEZAS    | Se define como las funciones que el CENDI realiza de manera correcta, como ciertas habilidades y capacidades del personal con ciertos atributos psicológicos y de formación. Son los recursos valiosos con los que cuenta el CENDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura y función del CENDI</li> <li>• Organización del CENDI</li> <li>• Recursos humanos y materiales disponibles</li> <li>• Capacidades y Habilidades del personal</li> <li>• Disposición y actitud del personal</li> </ul>  |
| DEBILIDADES   | Se definen como aquellos factores que provocan una posición desfavorable o vulnerable o simplemente una actividad que el CENDI realiza en forma deficiente.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos insuficientes</li> <li>• Habilidades que no posee el personal del CENDI</li> <li>• Actividades que no se desarrollan positivamente</li> <li>• Falta de planeación</li> <li>• Falta de capacitación del personal</li> <li>• Alta resistencia al cambio</li> </ul>   |
| OPORTUNIDADES | Se definen como aquellos factores externos al CENDI que resultan positivos, y que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas educativos con rubro en salud que se implementan en los CENDIS.</li> <li>• Políticas para la prevención de obesidad infantil en el contexto escolar.</li> <li>• Apoyo de instituciones públicas o privadas con orientación a la prevención de obesidad infantil y práctica de actividad física.</li> <li>• Capacitación al personal por parte de otras instituciones</li> </ul> |
| AMENAZAS      | Las amenazas se encuentran en el entorno del CENDI, representan fuertes aspectos negativos y problemas potenciales que de manera directa o indirecta afectan su quehacer.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta prevalencia de obesidad infantil</li> <li>• Ausencia de políticas públicas dirigidas a la prevención de obesidad en las instituciones de cuidado infantil</li> </ul>   |

## **Anexo 5.PROYECTO DE INTERVENCIÓN ELABORADO POR EL PERSONAL EDUCATIVO DEL CENDI “MARGARITAS”**

Las educadoras participaron activamente en la elección del título, planteamiento de los objetivos y planeación de actividades, utilizando para ésta última el diagrama de Gantt.

1. **Título:** proyecto para incrementar el conocimiento sobre alimentación infantil en las educadoras y disminuir el riesgo de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas del CENDI “Margaritas”.
2. **Objetivos:**

General: incrementar el conocimiento sobre alimentación, sobrepeso y obesidad infantil, en las educadoras del CENDI “Margaritas”.

Específicos

- Realizar talleres organizados por las educadoras sobre alimentación, sobrepeso y obesidad infantil, que enriquezca su conocimiento sobre el tema.
- Organizar una plática y actividad creativa dirigidas a los padres de familia para sensibilizarlos sobre la importancia de la alimentación durante la infancia y su participación en las actividades del CENDI “Margaritas” dirigidas a mejorar la salud física de sus hijos o hijas.
- Realizar un manual de menús donde participen la directora, educadoras, niños, padres de familia y nutrióloga.

### **3.- Metas del proyecto**

**1.- Mejorar los conocimientos de las maestras sobre alimentación, sobrepeso y obesidad infantil, específicamente en:**

- Características de una dieta correcta
- Grupos de alimentos (plato del bien comer), vitaminas y minerales en los niños
- Sobrepeso y obesidad infantil (situación, características y recomendaciones)
- Beneficios actividad física en los niños y niñas.

**2.-Sensibilizar a las educadoras y padres de familia sobre:**

Importancia de la alimentación en los niños y su participación conjunta en el CENDI “Margaritas”

**Actividades del proyecto**

Las actividades del proyecto se describen a continuación (CUADRO 3)

- Talleres para las educadoras  
Su finalidad es ampliar y reforzar los conocimientos, así como elaborar materiales didácticos que sean de utilidad para el CENDI, padres de familia y actividades dirigidas a los niños y niñas del CENDI. Los recursos utilizados para los talleres serán: Internet , hojas para impresiones, libros, revistas, papel peyón, ecortes(períódicos, revistas, monografías),tijeras, pegamento, hojas de colores y otros que se decidirán al momento de seleccionar el material didáctico a elaborar.
- Platica dirigida a los padres de familia  
Su finalidad es informar y sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia del cuidado de la alimentación de sus hijos y la práctica de

actividad física. Además de se pretende con esta plática invitarlos a participar en una actividad creativa que busque mejorar y dar continuidad a las actividades que las educadoras realizan en el CENDI. El material utilizado para la plática es el que las educadoras desarrollaron durante el taller.

- Feria de la alimentación infantil

El objetivo de esta actividad es de sensibilizar a los padres de familia y maestras de que ambos pueden trabajar juntos para mejorar la alimentación de los niños y niñas del CENDI mediante la aportación de recetas y platillos para degustar nutritivos y atractivos para los niños y niñas. Se trata de realizar una actividad creativa y atractiva para las educadoras, padres de familia, niños y niñas donde todos participen y compartan de su experiencia y conocimiento.

Se invita además a los padres de familia a realizar un platillo nutritivo y creativo que pudiera formar parte de los menús futuros de la guardería. El material requerido para esta actividad será: platillos de alimentos, agua, frutas, verduras, papel picado de colores, globos, jarras, mesas, papel bond, crayolas, pelotas, cuerdas, costales, aros y 3 regalos.

- Elaboración de menús cíclicos

Esta es una actividad que se desarrollara de manera conjunta, el objetivo es crear un manual de menús que se puedan incorporar a la dieta de los niños en el CENDI “Margaritas”. Se trata de recolectar las recetas de los platillos proporcionados por los padres de familia en la feria, las recetas que se han utilizado en la guardería y la lista de frutas y verduras de temporada. Como parte trascendente de esta actividad también se tomara en cuenta los gustos de los niños y aceptación de los platillos reflejada en la feria realizada; así como también será importante tomar en cuenta el valor nutritivo y respetar en cada menú las características de una dieta saludable. Se utilizara para el desarrollo de esta actividad: recetas, lista de frutas y

verduras de temporada, calculadora, tabla de equivalentes, computadora e impresiones.

### Diagrama de Gantt

| ACTIVIDAD                         | FECHA  | LUGAR                 | RECURSOS   | PARTICIPAN   | RESPONSABLE  |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|--|--|
| Talleres                          | 1er taller<br>5 marzo<br>2do.taller: 19 de<br>Marzo.<br>2er.taller 2 de Abril.<br>4to.taller 9 de<br>Abril.<br>5to.taller:16 Abril.<br><br>Horario<br>Martes de<br>16:00-18:00 | CENDI<br>"Margaritas" | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet</li> <li>• Hojas para impresiones</li> <li>• Libros</li> <li>• Revistas</li> <li>• Papel peyón</li> <li>• Recortes(periódicos, revistas, monografías)</li> <li>• Tijeras</li> <li>• Pegamento</li> <li>• Hojas de colores.</li> <li>• El demás material depende de la elección del material didáctico</li> </ul> | Directora<br>Eduadoras   | Miss. Mari<br>Miss. Cristina<br>Miss. Maribel<br>Miss. Susana                            |
| Platica a los padres de familia   | Viernes 17 de Mayo<br>9:00-10:00   | CENDI<br>"Margaritas" | Material didáctico<br>Elaborado por las educadoras en los talleres   | Directora<br>Eduadoras   | Directora y<br>Miss. Cristina  |
| Feria de la alimentación infantil | Sábado 25 Mayo<br>9:00- 10:30 a.m  | CENDI<br>"Margaritas" | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas</li> <li>• Papel picado de colores</li> <li>• Globos</li> <li>• Jarras</li> <li>• Frutas y verduras</li> <li>• Agua</li> <li>• Platillos de alimentos</li> <li>• Papel bond</li> <li>• Pelotas</li> <li>• Cuerdas</li> <li>• Aros</li> <li>• 3 regalos</li> <li>• Crayolas</li> </ul>                               | Directora<br>Eduadoras<br>Ayudante general                                 | Miss. Mari<br>Miss. Cristina<br>Miss. Maribel<br>Miss. Susana<br>Sr. Evaristo            |
| Elaboración de menús cíclicos     | Martes 4 de junio al<br>lunes 5 de julio   | CENDI<br>"Margaritas" | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetas</li> <li>• Lista de frutas y verduras</li> <li>• Calculadora</li> <li>• Tabla de equivalentes</li> <li>• Computadora</li> <li>• impresiones</li> </ul>  | Directora<br>Eduadoras<br>Padres de familia<br>Niños y niñas<br>Nutrióloga | Miss. Mari<br>Miss. Cristina<br>Miss. Maribel<br>Miss. Susana<br>L.N. Janet<br>Rodriguez |

Fuente: elaboración propia a partir de la sesiones con las educadoras del CENDI "Margaritas"

