



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CREENCIAS DE CONTROL PERSONAL DEL PESO, ESTRATEGIAS
PARENTALES DE MANEJO COMPORTAMENTAL, ADHESIÓN AL
TRATAMIENTO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE NIÑOS(AS) CON
OBESIDAD: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO CORRELACIONAL**

TUTORA:

IRAMA CARDOZO

AUTORAS:

MARÍA DÍAZ

RAQUEL GAUTIER

CARACAS, MARZO DE 2016



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

Creencias de control personal del peso, estrategias parentales de manejo comportamental, adhesión al tratamiento e índice de masa corporal de niños(as) con obesidad: un estudio descriptivo correlacional

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para la obtención del título de Licenciada en Psicología)

Tutora:

Irama Cardozo

Autoras:

María Díaz¹

Raquel Gautier²

Caracas, marzo de 2016

¹ María Díaz y ² Raquel Gautier, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor contactar a través de las siguientes direcciones: ¹ mvictoriad11@gmail.com y ² raque-23@hotmail.com

Agradecimientos

Al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), particularmente a sus equipos de obesidad y psicología quienes, pese a sus diversas labores y responsabilidades, prestaron su colaboración y asistencia para el desarrollo de nuestra investigación.

A la Universidad Central de Venezuela y sus docentes en el Departamento de Psicología Clínica, que a pesar de las circunstancias hacen posible que sigamos *venciendo la sombra*.

María Victoria Díaz Peña

Raquel Alejandra Gautier

Creencias de control personal del peso, estrategias parentales de manejo comportamental, adhesión al tratamiento e índice de masa corporal de niños(as) con obesidad: un estudio descriptivo correlacional

Díaz, M. y Gautier, R.

Universidad Central de Venezuela

Marzo, 2016

Resumen

Se investigó la relación entre creencias de control personal del peso (autoeficacia y locus de control), estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, adhesión al tratamiento de la obesidad infantil y el cambio del índice de masa corporal (IMC) de niños(as) con obesidad, en un grupo de representantes (con datos de sus respectivos niños/as) atendidos en el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA). Para ello se elaboraron y validaron cuestionarios orientados a la medición de dichas estrategias y el nivel de adherencia, y posteriormente se consultó a 25 representantes, cuyos niños(as) recibieron tratamiento tras ser diagnosticados con obesidad o sobrepeso. Mediante un estudio ex post facto y diseño no experimental, con el estadístico Rho Spearman y comparación de medias se encontraron asociaciones entre una alta autoeficacia, una alta frecuencia de uso de reforzamiento, modelaje y control de estímulos como estrategias de manejo comportamental, con una mayor adherencia al tratamiento, aunque no necesariamente con un decremento del IMC, y con un alto locus de control de peso interno y un moderado locus de control externo por otras figuras de poder (especialistas); en contraste, una menor adherencia, se asocia a una menor autoeficacia, un locus de control de peso tipo externo referente a condiciones de azar y un mayor uso del debilitamiento como estrategia parental, coincidiendo (aunque no es posible generalizar) con un aumento en dicho IMC.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, autoeficacia, locus de control, manejo comportamental y obesidad infantil.

**Personal beliefs of weight control, parental strategies
of eating and physical activity behavioral management, treatment
adherence and BMI of children with obesity: a descriptive correlational study**

Diaz, M. & Gautier, R.

Universidad Central de Venezuela

March, 2016

Abstract

Relation among personal beliefs of weight control (self-efficacy and control locus), parental strategies of eating and physical activity behavioral management, treatment adherence and BMI of children with obesity had been studied in a group of parents (and their respective children) assisted in Antimano Child Nutrition Center. Two questionnaires had been created to measure said strategies and adherence, to later consult 25 participants whose children received treatment at said center. Through a ex post facto study and a non experimental design, with a rho Spearman statistic and mean comparison, correlation it's been found association among a high self-efficacy, a high use of reinforcement, modeling and stimuli control as behavioral management strategies, with treatment adherence, though not necessarily with a decrease of BMI and an internal and powerful other (specialists) types of control locus; in contrast, a lower adherence it's associated with a lower self-efficacy, a external random related type of control locus and a higher use of abating as a parental strategy, in accord (without generalizing) with an increase of said BMI.

Keywords: treatment adherence, self-efficacy, control locus, behavioral management, child obesity.

Índice

Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
I. Introducción.....	1
II. Marco Referencial.....	4
2.1. Obesidad Infantil.....	4
2.1.3. Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad.....	5
2.1.5. Tratamiento de la obesidad infantil.....	8
2.2. Índice de Masa Corporal.....	10
2.3. Adhesión al tratamiento infantil.....	13
2.4. Creencias de control personal de peso.....	19
2.4.1. Autoeficacia del control personal del peso.....	20
2.4.2. Locus de control personal del peso.....	23
2.5. Estrategias parentales de manejo comportamental.....	25
2.5.1. Manejo conductual parental.....	25
2.5.2. Manejo conductual alimentación y actividad física.....	27
III. Planteamiento del Problema.....	30
3.1. Justificación.....	35
IV. Objetivos.....	37
V. Marco Metodológico.....	40
5.1. Análisis de factores.....	40
5.1.1. Creencias de control personal del peso.....	40
5.1.1.1. Autoeficacia percibida para el control de peso.....	40
5.1.1.2. Locus de control de peso.....	41
5.1.2. Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física.....	41
5.1.3. Adhesión al tratamiento de la obesidad infantil.....	42
5.1.4. Índice de Masa Corporal.....	43
5.2. Tipo de Investigación.....	44
5.3. Diseño de Investigación.....	45
5.4. Sujetos Participantes.....	45
5.5. Materiales.....	48
5.6. Procedimiento.....	49
5.6.1. Fase preparatoria.....	49
5.6.1.1. Validación de contenido de los instrumentos.....	49

5.6.1.2. Validación empírica (prueba piloto)	50
5.6.2. Trabajo de campo	50
5.6.3. Etapa de análisis de resultados	51
VI. Resultados	52
6.1. Resultados de fase preparatoria	52
6.1.1. Resultados de validación de contenido	52
6.1.2. Resultados de validación empírica (prueba piloto).....	55
6.2. Resultados de trabajo de campo.....	56
Estadísticos descriptivos.....	56
Cambio en el Índice de Masa Corporal.....	56
Autoeficacia percibida para el control del peso	56
Locus de control del peso.....	58
Estrategias parentales de manejo comportamental para la alimentación y la actividad física. ..	60
Adherencia al tratamiento	61
Comparaciones entre medias	62
Correlaciones.....	65
VII. Discusión	70
VIII. Conclusiones.....	80
IX. Limitaciones y Recomendaciones.....	83
Referencias.....	85
Anexos	96

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Valores límite del Índice de Masa Corporal y las etiquetas establecidas por la Organización Mundial de la Salud</i>	11
Tabla 2. <i>Esquema de indicadores involucrados en el estudio y sus dimensiones</i>	40
Tabla 3. <i>Descripción del jurado participante en la validación de contenido de los instrumentos</i>	45
Tabla 4. <i>Valoración del jurado del cuestionario de Estrategias Parentales de Manejo Comportamental de Alimentación y Actividad Física</i>	53
Tabla 5. <i>Valoración del jurado del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil</i>	54
Tabla 6. <i>Estadísticos descriptivos de la Autoeficacia percibida para el control del peso</i>	58
Tabla 7. <i>Estadísticos descriptivos del Locus de control del peso</i>	60
Tabla 8. <i>Estadísticos descriptivos de las Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física</i>	61
Tabla 9. <i>Estadísticos descriptivos de la Adherencia al tratamiento de la obesidad infantil</i>	62
Tabla 10. <i>Correlación entre el cambio registrado en el IMC de los niños en tratamiento y las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física, Locus de control del peso, Autoeficacia percibida y Adherencia al tratamiento</i>	65
Tabla 11. <i>Correlación entre Adherencia al tratamiento y el Locus de control del peso</i>	66
Tabla 12. <i>Correlación entre Adherencia al tratamiento y las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física</i>	66
Tabla 13. <i>Correlación entre Adherencia al tratamiento y Autoeficacia percibida para el control del peso</i>	67
Tabla 14. <i>Correlación entre Autoeficacia percibida y el Locus de control del peso</i>	67
Tabla 15. <i>Correlación entre Autoeficacia percibida para el control del peso y las Estrategias parentales de manejo comportamental en alimentación y actividad física</i>	68
Tabla 16. <i>Correlación entre Estrategias parentales de manejo comportamental en la alimentación y actividad física y el Locus de control del peso</i>	70

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución de los (las) niños(as) de los representantes participantes según el cambio en el Índice de Masa Corporal.....	56
<i>Figura 2.</i> Adherencia al tratamiento comparado con el cambio en el IMC de los (las) niños(as) en su tratamiento.	62
<i>Figura 3.</i> Cambio del Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparado con las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física.....	63
<i>Figura 4.</i> Cambio en el Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparados con el nivel de Autoeficacia percibida para el control del peso obtenido por los representantes participantes.....	64
<i>Figura 5.</i> Cambio en el Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparado con los niveles de Locus de Control de peso de los representantes participantes.	64

Índice de anexos

Anexo A. Inventario de Autoeficacia en la Regulación del Peso Corporal.....	97
Anexo B. Inventario de Locus de Control del Peso.....	100
Anexo C. Cuestionario de Estrategias Parentales de Manejo Comportamental de la Alimentación y Actividad Física	100
Anexo D. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil	102
Anexo E. Manual de Procedimiento de Consulta de Obesidad.....	104
Anexo F. Guía de validación del Cuestionario de Estrategias Parentales de manejo comportamental de Alimentación y Actividad Física.....	106
Anexo G. Guía de validación del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil.....	118
Anexo H. Formato de consentimiento informado	125
Anexo I. Planilla de datos de identificación e información biométrica.....	127
Anexo J. Guía de validación del Cuestionario de Estrategias Parentales de Manejo Comportamental de la Alimentación y Actividad Física.....	128

I. Introducción

Transitando en medio de una crisis alimentaria a escala mundial, el acto de comer ha sufrido múltiples metamorfosis que si bien han aumentado el número de opciones en el menú como consecuencia del acercamiento entre culturas, ha gestado de igual forma un conjunto de enfermedades que paulatinamente han desmejorado la calidad de vida de los seres humanos.

Cardona (2012) destaca que el precio de los alimentos incide notoriamente en el cambio de patrones alimenticios debido a que los alimentos más nutritivos son paradójicamente menos accesibles económicamente, por lo que las familias de bajos recursos han debido amoldar sus elecciones hacia las comidas baratas que propician la sensación de llenura (como es el caso de los carbohidratos) y que poseen un sabor que el paladar degusta (como suele suceder en el caso de las grasas), pero que en el ámbito nutricional resultan deficientes y generadores de enfermedades como la obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), caracterizada por el aumento desproporcionado de la grasa del organismo, lo cual a su vez produce un aumento del peso corporal que no corresponde a la homeostasis metabólica de acuerdo con el sexo, la talla, la edad y el gasto energético. El exceso del almacenamiento de tejido graso en el organismo afecta la salud, predispone a otras enfermedades y acorta la vida de las personas. La obesidad es un factor de riesgo para diferentes enfermedades que incrementan la probabilidad de muerte y disminuyen la calidad de vida de las personas (Nava, 2014).

Debido a la magnitud de los daños que ocasiona la obesidad en la vida de las personas se considera uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, y tales problemas se perpetúan al afectar a las nuevas generaciones desde la infancia. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante; se calculó en 2010 unos 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo, como es el caso de Venezuela (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En el caso particular de Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Alimentación llevó a cabo un estudio descriptivo-exploratorio acerca de la prevalencia de la Obesidad y el Sobrepeso en la población venezolana. Participaron 22.446 ciudadanos distribuidos a lo largo del territorio nacional en todas las entidades nacionales. Se analizaron los datos de niños y niñas (entre 7 y 12 años de edad), adolescentes (edades entre 13 y 17 años) y adultos (con edades que oscilaban entre los 18 y 40 años). En los resultados los adultos y los niños resultaron más afectados; por su parte, 55% de los adultos obtuvieron diagnóstico de malnutrición por exceso, del cual un 30% correspondía a la condición de sobrepeso, mientras que el 25% restante calificaba en la condición de obesidad. Los resultados en el grupo de niños y niñas arrojó un 18% del total que calificaban bajo la etiqueta de sobrepeso, mientras que un 10% calificó con la condición de obesidad. Estos resultados alertan a la población y a los entes gubernamentales para llevar acciones que disminuyan la presencia del trastorno alimentario de la obesidad y el sobrepeso, que traen consigo un abanico de complicaciones sanitarias, debido a la comorbilidad con otras patologías como la hipertensión y la diabetes (Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, 2010).

La obesidad infantil no es en absoluto un problema aislado, y la influencia familiar posee una importancia evidente como contexto de aprendizaje. El desarrollo de conductas adecuadas de alimentación infantil considera aquellos elementos que tratan sobre las preferencias innatas, el desarrollo psicológico y el contexto socio-afectivo que proveen los padres y responsables que cumplen el rol de modelos para la adquisición de nuevas actitudes y comportamientos (Parrao, Andrade y Betancourt, 2014; Ogden, 2005).

En este sentido, tanto las características de los padres como las estrategias que emplean para manejar el comportamiento de sus hijos, pueden instaurar y modificar la conducta alimentaria; por tanto, debido a que en el área de la psicología de la salud, es escaso el estudio de indicadores como la adhesión al tratamiento infantil, creencias de control personal de peso y factores de la interacción familiar, es pertinente evaluar las relaciones existentes entre estas variables.

La presente investigación pretendió estudiar la asociación entre las creencias sobre el control del peso de representantes, sus estrategias para el manejo del comportamiento

alimentario y de actividad física de sus hijos(as) o representados/as, la adhesión al tratamiento para la obesidad y el cambio en el índice de masa corporal de niños con obesidad.

Este primer capítulo dedicado a la Introducción tiene como objetivo un primer acercamiento al tema de la Obesidad. El segundo capítulo, titulado Marco Referencial, contiene la fundamentación conceptual de la que surge el presente estudio. Seguidamente, el tercer capítulo corresponde al Planteamiento del Problema, en el cual se plasma los elementos que generaron el problema de investigación, así como el enunciado de la pregunta de investigación y la justificación. En el cuarto capítulo, se enuncian los propósitos (general y específico) que dirigieron el estudio. Consecutivamente el Marco Metodológico, expone las características de los indicadores estudiados, el tipo y diseño de investigación, características de los participantes, materiales y procedimiento. En el sexto capítulo, se exponen detalladamente los resultados obtenidos, agrupados por cada fase de la investigación. Los capítulos séptimo y octavo corresponden a la Discusión y Conclusiones, en donde se reportan los hallazgos del estudio y se contrasta con la teoría. Finalmente, el noveno capítulo expone las limitaciones y recomendaciones para investigaciones futuras.

II. Marco Referencial

2.1. Obesidad Infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la obesidad como la condición en la cual el exceso de tejido adiposo afecta de manera adversa la salud y el bienestar. Los indicadores idóneos para definirla deben ser aquellos que cuantifiquen la magnitud del tejido adiposo, de ahí que la definición ideal tendría que basarse en la estimación del porcentaje de grasa corporal. Se considera una epidemia que está afectando fuertemente a escala mundial, por lo que se califica como un problema de salud pública, tanto por sus consecuencias negativas como por su comorbilidad con otras condiciones patológicas (Organización Mundial de la Salud, 2015)

El manual de diagnóstico y terapéutica de la Obesidad Mórbida (Rubio, Ballesteros, Sánchez, y Torres, 2010) describe a la obesidad como un trastorno alimenticio que involucra la ingesta desmedida de alimento que no responde al estímulo propio del hambre fisiológica, que es cada vez más común entre la población, y que afecta gravemente a las culturas afluentes, principalmente debido a la abundancia de alimento y al descenso de práctica de actividades físicas.

La obesidad y el sobrepeso se encuentran influidas por una vasta gama de elementos, que implica factores socioeconómicos, biomédicos, dietéticos y psicológicos, los cuales se encuentran en permanente interacción (Dini y Henríquez, 2009).

Es una enfermedad tratable, que acarrea un conjunto importante de alteraciones orgánicas, como la hipertrofia cardíaca, infiltración grasa en el hígado, mayor tendencia a enfermedades como la diabetes mellitus y alteraciones degenerativas en las articulaciones que soportan el peso (huesos y articulaciones) (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Durante la infancia, la obesidad infantil representa una pérdida del equilibrio y se asocia con el desarrollo de alteraciones mecánicas, psicológicas y metabólicas (Carrascosa, 2006). Se estima que una gran cantidad (entre 40% y 80%) de niños diagnosticados con obesidad continuarán siendo obesos durante la etapa de la adultez (Guo y Cameron, 1999). Se calcula que para el 2010 se contaban con unos 42 millones de

niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones se encontraban localizados en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En la obesidad se incrementa notoriamente el riesgo de desarrollar enfermedades de naturaleza cardiovascular, endocrina y respiratoria, que eventualmente favorecerán el desarrollo de problemas graves de salud (Guerra *et al.*, 2009). Los niños con obesidad sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y demuestran marcadores prematuros de enfermedad cardiovascular, así como resistencia a la insulina (fase previa a la diabetes mellitus) y efectos psicológicos como la ansiedad y la depresión. De igual forma, la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad en la adultez, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Estudios epidemiológicos han identificado factores en etapas tempranas de la vida que pueden disponer el desarrollo de obesidad en niños, entre los que destacan: el peso materno, el bajo peso al nacer y el incremento marcado de peso en los primeros meses de vida, la alimentación con fórmulas distintas a la lactancia materna, introducción temprana de alimentos sólidos y el hábito materno de tabaquismo (Guerra *et al.*, 2009).

Algunos síndromes de origen genético se encuentran asociados a la obesidad, por lo que resulta fundamental identificar antecedentes importantes de la historia del niño (peso elevado para la edad gestacional, diabetes materna, presencia de condición de obesidad por parte de la madre, el padre, los hermanos o abuelos) (Dini y Henríquez, 2009).

2.1.3. Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad

Aunque en lo que refiere a la obesidad tiende a hacerse mayor hincapié en elementos tales como los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física en la rutina diaria de la persona, para que los resultados perduren en el tiempo es necesario realizar una intervención en el área psicológica (Silvestri y Stavile, 2005).

Durante las sesiones terapéuticas con pacientes diagnosticados con obesidad, afloran algunas conductas que requieren de atención, como aquellas que indican la presencia de tendencias a la depresión y a la ansiedad, asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, distorsión de la imagen corporal y disminución de la autoestima, lo

que afecta directamente la esfera de relaciones personales, familiares y académicas. La condición de obesidad perjudica a los individuos a la hora de encontrar trabajo o pareja, y son más propensos a desarrollar conductas adictivas a largo plazo (Guerra *et al.*, 2009).

La gente con obesidad evidencia mayor frecuencia de miedos, inseguridad personal, distorsión de la imagen corporal y una sensación de perturbación emocional (frustración) por hábitos de ingesta erróneos que sin ningún tipo de intervención psicológica tienden a perpetuarse y a producir fracasos en la pérdida de peso a largo plazo, prolongando la experiencia de la indefensión aprendida (Alvarado, Guzmán y González, 2005). Factores como la discriminación, propician las conductas de aislamiento de las personas con obesidad, quienes a su vez limitan cada vez más sus interacciones y reducen sus posibles agentes reforzadores por temor a ser rechazados o ser blanco de alguna ofensa (Rivas, 2015).

En el caso de la obesidad infantil, las variables psicológicas más estudiadas son la baja autoestima o un autoconcepto pobre, inseguridad en las situaciones sociales (miedo al rechazo, ser víctimas de acoso), aislamiento, déficit en habilidades sociales, así como una deficiente imagen corporal que puede conducirlos a estados emocionales en el polo negativo, asociados a pensamientos poco placenteros e iniciar un esquema de pensamiento con ideas negativas sobre sí mismo y sobre el mundo (Yeste *et al.*, 2008). La pobre imagen corporal es uno de los factores psicológicos más frecuentes en los niños obesos y se encuentra altamente relacionado con una baja autoestima, depresión, y bajo funcionamiento psicosocial (Jonides, Buschbacher y Barlow, 2002).

También se ha encontrado que los niños con obesidad a menudo demuestran signos de inseguridad en las situaciones sociales, al tener como pre-recurrente el hecho de estar constantemente considerando cualidades poco positivas, suelen demostrar ansiedad e inseguridad a la hora de relacionarse con otros, y su consecuencia directa es el aislamiento producido por su miedo al rechazo de los demás (Silvestri y Stavile, 2005).

Existen abundantes investigaciones sobre el efecto de la dieta hipocalórica y el ejercicio que efectivamente consiguen que la mayoría de los participantes obtengan una reducción de su talla y peso, no obstante, al cabo de tres o cinco años, cerca de un 90% recupera el peso inicial. Tales autores plantean la importancia de estudiar los aspectos psicológicos y familiares de las personas afectadas con obesidad, con el fin de intervenir

sobre los hábitos y las creencias que mantienen a la persona con una condición de exceso de peso, o que bien, les dificulta la pérdida del mismo (Silvestri y Stavile, 2005).

El objetivo que persiguen las intervenciones psicológicas clínicas en este tipo de casos es comprometer adecuadamente a la persona con obesidad con su tratamiento y propiciar la adopción de un nuevo estilo de vida y de alimentación que devengan en una relación más adaptativa a su ambiente con mayores posibilidades de obtener reforzamiento (Guerra *et al.*, 2009).

Las variaciones culturales tienen un impacto decisivo en cuanto a las conductas relacionadas con el cuidado y mantenimiento de la salud, y además, plantea, con respecto a la obesidad, que ésta se encuentra social, cultural y económicamente modelada hacia otros (Martínez y Navarro, 2014). En respaldo a este punto, un grupo de investigadores estadounidenses señalan que el mejor predictor para las preferencias, ámbitos y actitudes alimenticios de cualquier ser humano, es precisamente la información acerca de su grupo cultural (Epstein, Paluch, Roemmich y Beecher, 2007).

La importancia que juegan los padres en el tratamiento de la obesidad infantil es fundamental, pues son ellos los que introducen al niño los hábitos de alimentación; por su parte, el medio escolar se involucra en dos aspectos, por un lado el promover la actividad física y por otro, el tipo de alimentos que se venden en las cantinas y demás locales escolares. Ambos, familia y escuela, deben considerarse en el desarrollo de programas que promuevan la adquisición de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida que se irán consolidando a lo largo de la infancia (Pompa y Montoya, 2011).

A pesar de que muchas veces la persona, niño o familia, logra conseguir su objetivo final, como lo es el peso ideal, un gran número de las personas vuelven a reincidir volviendo al peso inicial, y algunos con el agravante de que dicha cifra supera el peso inicial. Este fenómeno se atribuye a la pérdida de motivación, a la falta de adherencia al tratamiento y a una mala compensación en el ingreso de alimento (restricción de alimento) (García, 2010). Por ello es importante determinar el tipo de tratamiento adecuado para el manejo del problema.

2.1.5. Tratamiento de la obesidad infantil

Los tratamientos para la obesidad incluyen la adopción de un nuevo estilo de vida por parte del paciente, que abarca una alimentación saludable y balanceada, la reducción de conductas sedentarias (juegos de video, en la computadora, ver televisión), dejar a un lado las conductas pasivas (salidas a comer, intereses por la comida), planificar la práctica del ejercicio físico (deportes, dinámicas, hábitos), movilizarse más frecuentemente (caminar en vez de usar el carro) y por sobre todo, tener la disposición y la motivación de conseguir un peso normal (Barrera *et al.*, 2013).

Si bien en personas adultas el manejo dietético se orienta hacia la reducción de la ingesta calórica diaria total, en el caso de los niños con obesidad, por encontrarse en proceso de constante crecimiento, no se sustenta una reducción en la ingesta calórica (Socarrás, Bolet y Licea, 2002). Un programa integral de atención del manejo dietético en niños con obesidad en un principio no fomenta la pérdida de peso, por dos razones principales: en primer lugar, dado el constante crecimiento del niño, el peso ideal de éste varía en la misma medida en que su talla aumenta, y en segundo lugar, el proceso de crecimiento demanda la ingesta de todos los grupos alimenticios para un adecuado desarrollo a nivel óseo, tisular, neurológico y metabólico, por lo que la restricción de algún tipo de alimento se encuentra contraindicada (Moreno, Jiménez, Zugasti y Bretón, 2004).

El plan alimenticio debe contemplar balance desde el punto de vista nutricional, lo cual involucra variedad de alimentos y fuentes de nutrientes, la disminución de fuentes concentradas de azúcar y grasas (caramelos, bebidas azucaradas, tortas, frituras, azúcar añadida), también debe incluir la instauración de hábitos alimenticios, como las horas destinadas a la ingesta de comidas o meriendas, el número de comidas diarias, reducciones en las porciones de comida y modificación en cuanto los procesos de preparación de los alimentos (Socarrás, Bolet y Licea, 2002).

Cada plan de alimentación del niño o niña es personalizado, de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, sin embargo, dentro de la alimentación diaria de todo niño, se deben incluir todos los grupos de alimentos para garantizar una alimentación variada y balanceada. La evaluación hematológica puede revelar algún déficit en los componentes sanguíneos; seguidamente el nutricionista evaluará dichos resultados, los considerará e

indicará la cantidad apropiada de cada grupo de alimentos, es decir, establecerá un plan dietético personalizado (Dini y Henríquez, 2009).

La intervención dietética puede suponer modificaciones cualitativas de la selección de alimentos, alteración de la frecuencia de comidas y recomendaciones cuantitativas de restricciones de kilocalorías mediante el control de porciones o raciones. Es necesario que la dieta pauta sea equilibrada desde el punto nutricional, aproximadamente 50-60% de hidratos de carbono, 20-30% de proteínas y 20% de grasas, asegurando el aporte diario requerido de micronutrientes. En cuanto al consumo de los hidratos de carbono, se sugieren los glúcidos ricos en fibra, complejos y bajo en grasas, como vegetales, leguminosas y frutas, que producen efecto de llenura o saciedad, y restringir el consumo de azúcares solubles (Moreno, Jiménez, Zugasti y Bretón, 2004).

Cabe acotar, que en Venezuela el Instituto Nacional de Nutrición, desde el año 2007, propuso a partir de la pirámide alimenticia (como guía de grupos de alimentos), el “trompo de los alimentos”, en el que se ilustra idiosincráticamente la agrupación básica de los alimentos distribuidos en franjas de colores, además del agua como líquido fundamental para la salud y la actividad física para luchar contra el sedentarismo (Instituto Nacional de Nutrición, 2015).

Particularmente, en el tratamiento de la obesidad infantil se involucra no sólo al paciente sino a su grupo familiar. Un ejemplo de esto en Venezuela, es el plan de atención para familias de niños(as) con obesidad y sobrepeso que ofrece el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA), ubicado en la ciudad de Caracas. El tratamiento que ofrece CANIA para este tipo de casos, hace énfasis en el tratamiento familiar y no sólo individual del (la) niño(a) como paciente del centro, iniciando la sensibilización a la situación, con el objetivo de promover el cambio tanto en los hábitos alimenticios del grupo familiar, como en las rutinas de actividad física. En CANIA se parte desde la importancia de la familia, especialmente de los padres, como figuras modelo para el cumplimiento del tratamiento del (la) niño(a). El tratamiento también comprende el control médico regular, la evaluación por parte de cuatro (04) especialistas (Pediatra, Nutricionista, Trabajador Social y Psicólogo) que monitoreen el avance del cumplimiento del tratamiento de forma satisfactoria. Las pautas generales que promueve el tratamiento de la obesidad en CANIA radica en combinación adecuada de todos los

grupos de alimentos, el respeto de los horarios establecidos (tanto para las comidas como para las meriendas), el comer despacio y prologar las comidas hasta 20 o 30 minutos, incrementar el consumo de vegetales y frutas enteras, evitar el consumo de chucherías, beber al menos 6 vasos de agua al día y practicar ejercicio durante al menos una hora, todos los días (Barboza, Zarzalejo, González, López y Vergara, 2015).

2.2. Índice de Masa Corporal

Entre los métodos objetivos de evaluación de la obesidad se destaca el uso del índice de masa corporal (IMC) debido a que proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población. Constituye un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en niños y en adultos. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012).

La OMS desarrolla constantemente curvas de crecimiento, que se transforman en referencias para conocer la forma como deben crecer los niños y las niñas. A partir de estas investigaciones, se establecen patrones comunes que sirven para detectar y prevenir condiciones que puedan afectar la calidad de vida de las personas. Los patrones antropométricos empleados como indicadores son el peso y la talla de los individuos, y a partir de estos se elaboran índices, que consiste en combinaciones de medidas. El indicador más usado para derivar estas conclusiones ha sido el Índice de Masa Corporal (Organización Mundial de la Salud, 2014). En el caso particular de Venezuela, la institución encargada de llevar a cabo la investigación y evaluación antropométrica del crecimiento, maduración y estado nutricional es la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), el cual es el ente encargado de proporcionar las cifras oficiales en cuanto a la antropometría venezolana (Espinoza, 1998).

El índice de masa corporal es la relación entre el peso (“P”, expresado en kilogramos) y la talla (“T”, expresado en centímetros) de una persona. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), y los valores del indicador pueden variar según el sexo y otras características étnicas. El indicador es independiente de la talla y debido a su alta correlación con mediciones

directas de la grasa corporal total, se considera que la refleja con bastante precisión. En este sentido, ha sido denominado indicador de adiposidad debido a que en individuos de la misma talla, las variaciones del indicador dependen fundamentalmente de la grasa corporal, mientras que las variaciones en masa grasa se consideran despreciables (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012).

Clínicamente, el grado de obesidad se cuantifica en valores de desviaciones estándar del índice de masa corporal (IMC) correspondientes a niños(as) sanos(as) de similar edad, sexo y grado de desarrollo puberal (Carrascosa, 2006).

En el niño, los valores límite del IMC saludable varían con la edad y el sexo. En la tabla 1, se visualizan los valores límite del IMC para las categorías en personas adultas, establecidos por la OMS (2015). El IMC se expresa en unidades de kg/m^2 , hasta con un decimal. Una persona cuyo valor de IMC se encuentre entre 18,5 y 25,0 Kg/m^2 se encuentra en los valores normales, bajo la etiqueta “Eutrófico”; por su parte, valores entre 25 y 30 Kg/m^2 corresponden a la etiqueta de “Sobrepeso”, y los valores superiores a 30 Kg/m^2 son equiparables a obesidad, la cual a su vez se subdivide en tres categorías según el valor obtenido en el IMC (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Tabla 1

Valores límite del Índice de Masa Corporal y las etiquetas establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Etiqueta	Límites de Índice de Masa Corporal
Eutrófico	18,5 - 24,9 Kg/m^2
Sobrepeso	25 -29 Kg/m^2
Obesidad Leve (o Grado I)	30-34 Kg/m^2
Obesidad Moderada (o Grado II)	35-39,9 Kg/m^2
Obesidad Grave (o Grado III)	$\geq 40 \text{ Kg}/\text{m}^2$

En función de los aspectos etiológicos de la obesidad, se puede dividir en dos grandes tipos: primaria o exógena, y secundaria o endógena. La obesidad primaria o

exógena posee un carácter principalmente nutricional, por lo tanto se encuentra asociado a un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético. Por su parte, la obesidad secundaria, también llamada endógena, se deriva como consecuencia de enfermedades que provocan un aumento de la acumulación de grasa corporal (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).

Existen numerosos trabajos, tanto en la validación del indicador, como de seguimiento a largo plazo de sus valores en estudios longitudinales, que demuestran su eficacia para el diagnóstico de la malnutrición, en particular del sobrepeso y la obesidad. Se ha demostrado que el patrón de IMC a través del tiempo es un buen predictor de obesidad en la vida adulta, ya que los niños con un IMC límite y la ganancia de peso posterior a los 7 años, presentan mayor asociación con pliegues subcutáneos y un peso total elevado a los 21 años (Dini y Henríquez, 2009).

El IMC permite trabajar con individuos de edades infanto-juveniles y también adultos, lo que sin duda representa una poderosa herramienta de análisis en cuanto al ambiente social inmediato o familiar. Un ejemplo del alcance del IMC para la valoración de factores que predisponen a generar o mantener condiciones como la obesidad, es un reciente estudio que ha demostrado que una alta proporción de niños con obesidad tienen padres obesos, lo cual a su vez demuestra que la familia juega un rol fundamental en la prevención de la obesidad infantil (Regueras *et al.*, 2015).

De acuerdo con Limbers y cols. (2008), las mejoras en el IMC de los niños con obesidad se encuentran sujetas al éxito en las mejoras del IMC de las madres. Los niños que evidenciaban IMC más altos, también demostraban un menor nivel de adherencia y de respuesta al tratamiento de la obesidad.

Por otra parte, para la evaluación de la obesidad en general se utilizan también otros indicadores derivados de métodos llamados objetivos y subjetivos. Los métodos objetivos se encuentran orientados en la determinación de las variables biológicas, antropométricas y bioquímicas, con el fin de arrojar cantidades que reflejen una idea de la intensidad del problema. Los resultados son indispensables para decidir la modalidad de terapia nutricional y para evaluar la efectividad de la intervención, según sea el caso. Estos métodos incluyen a la evaluación antropométrica y la bioquímica (Pajuelo, Rocca y Gamarra, 2003). Los métodos subjetivos se valen de señales o indicadores de riesgo en

las cuatro grandes áreas que engloban los factores predeterminantes de malnutrición, entre las que se mencionan las áreas: Socioeconómica, Biomédica, Dietética y Psicológica, mediante las cuales se considera: la forma como la familia y el niño conciben los hábitos, diagnóstico dietético completo acerca de tales hábitos, conductas alimentarias y el nivel de apetito así como los valores relacionados a la alimentación, las actitudes asociadas al acto de comer, adaptación y socialización (Dini y Henríquez, 2009; Manrique *et al.*, 2009).

2.3. Adherencia al tratamiento infantil

Para referirse a la pérdida de motivación en cuanto a la falta de seguimiento del régimen terapéutico, es necesario introducir el término adherencia al tratamiento, la cual se define como el grado de correspondencia que existe entre el comportamiento de una persona y las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (Meichenbaum y Turk, 1991).

Según la Organización Panamericana de Salud (2004), las relaciones de tratamiento efectivo se caracterizan por explorar medios terapéuticos alternativos, negociación del régimen, planificación del seguimiento y convertir al paciente en un socio activo de su propia atención. La adherencia al tratamiento es un constructo que ha sido considerado en el estudio de todas las enfermedades crónicas no trasmisibles, como lo es la obesidad.

En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (“*compliance*”) y adherencia (“*adherence*”), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, entre otros (Martín, 2004). Las investigaciones empíricas suelen aceptar la definición de la OMS, sin embargo, otros autores incorporan términos como alianza, colaboración y adherencia, conceptos que hacen mayor énfasis en el papel activo de la persona o la importancia de la toma de sus decisiones en acciones sobre su salud. En definitiva, el concepto de adherencia o adhesión, se emplea para connotar una implicación activa y colaboración voluntaria, más allá de una pasiva obediencia (Meichenbaum y Turk, 1991; Gonda, 2011).

La falla en el cumplimiento de los esquemas terapéuticos, de forma inadvertida o voluntaria, es en el fondo una decisión multifactorial que ha sido ampliamente

investigada y denominada como la No-Adherencia. Este fenómeno implica la evaluación de cuatro factores (Silva, Galeano y Correa, 2005):

- Qué tan alta es la prioridad de llevar a cabo la conducta terapéutica.
- La percepción de gravedad del cuadro clínico.
- La credibilidad en la eficacia de la conducta terapéutica indicada.
- La aceptación de los cambios recomendados.

Para un análisis de la situación, existen factores asociados al paciente que deben ser estudiados, como el deterioro sensorial, cognoscitivo y emocional de cada persona, así como factores específicos del ambiente en el que se encuentre (aislamiento, mitos y creencias sociales), y otros factores que involucran a la conducta de salud que ha sido indicada (tomar un medicamento, comer determinados alimentos, seguir las instrucciones, suspender el tratamiento, entre otras), pero es importante considerar aquellos factores que se encuentran asociados a la relación persona-servidor de asistencia en salud, la cual debe ser una interacción abierta y comunicativa que realice las preguntas más adecuadas para aclarar dudas y ofrecer esquemas de acción, lo cual es una exigencia para ambas partes (Silva, Galeano y Correa, 2005).

Dada la dificultad que se ha tenido para conceptualizar la adhesión, así como las múltiples conductas que implica (entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables), la medición o evaluación de la misma queda como línea de investigación acerca de su validez y decanta entonces en dificultades metodológicas para su estudio; ante todo, para abordar la complejidad de este fenómeno se recomiendan múltiples medidas (ej. autoreportes, entrevistas a varias fuentes, observaciones, mediciones conductuales, entre otras) (Meinchenbaum y Turk, 1991; Martin y Grau, 2004; Gonda, 2011).

Un nuevo criterio incluido en el concepto de adhesión, es la responsabilidad de las personas para tomar decisiones sobre su propia salud. Para que la persona pueda tomar la mejor decisión posible que involucre la adhesión terapéutica, es necesario que alcance la comprensión plena de la enfermedad, el pronóstico, el tipo de tratamiento, el involucramiento personal del paciente y su participación en el programa de tratamiento (Gonda, 2011).

En la literatura del área se encuentran estudios sobre diversos factores que influyen sobre la adhesión, entre éstos se señalan las características del paciente, características del profesional de la salud y del sistema sanitario, la interacción paciente-profesional de la salud, el régimen terapéutico y características de la enfermedad. Según Meichenbaum y Turk (1991), estos se resumen en que la falta de adhesión puede surgir a partir de cualquiera de las siguientes razones: el paciente no sabe qué hacer, no posee o cree no tener las competencias o recursos necesarios para llevar a cabo el régimen de tratamiento, no cree que tal régimen tendrá efecto alguno, el tratamiento es demasiado exigente o implica más costos que beneficios potenciales, la adhesión se asocia a sensaciones o eventos desagradables, la relación entre el paciente y el profesional de la salud es pobre o de baja calidad (ej. comunicación confusa), no hay continuidad de la atención o no se promueve la adhesión, entre otros.

A propósito, Gonda (2011), a lo largo de su bibliografía sobre estudios de adhesión al tratamiento, señala que además de la actitud hacia la realización de la conducta, basada en las creencias que se tienen acerca de las consecuencias positivas o negativas de realizar la conducta y la percepción de las normas sociales de su entorno próximo, la autoeficacia también se encuentra implicada pues involucra la percepción que la persona tiene de que puede ejecutar la conducta durante diversas circunstancias adversas que debe enfrentar.

Para explicar este fenómeno, han surgido varios modelos expliquen la adhesión terapéutica o al tratamiento. El “Modelo de Creencias de Salud” implica que la conducta de la persona estará determinada por su percepción del mundo, y por tanto, la percepción de tener un problema significativo de salud dispone a las personas a la acción, dependiendo de los beneficios o barreras percibidas para actuar de formas alternativas (Gonda, 2011).

El modelo de creencias tradicional establecido por Rosenstock en 1985 proponía que los comportamientos de adhesión de los individuos eran determinados por: (a) creencias de que ellos son susceptibles o vulnerables a la enfermedad; (b) la creencia de que la enfermedad en sí, o sus secuelas, podría tener un grave impacto negativo sobre sus vidas; (c) la creencia de que seguir determinadas recomendaciones sanitarias sería beneficioso o efectivo para reducir la gravedad de la enfermedad; y (d) la creencia de que

los costes psicológicos u obstáculos asociados al seguimiento de las recomendaciones para la salud sobrepasa a los beneficios (Ortiz y Ortiz, 2007).

La teoría banduriana del aprendizaje social o modelo social cognitivo, desarrolla el concepto de “autoeficacia” (Bandura, 1987), que se refiere a que el mantenimiento de una conducta es una función de las expectativas sobre los resultados de la propia conducta y la habilidad percibida para ejecutarla; las expectativas de resultado son las creencias de que una conducta conllevará un resultado particular, y las creencias de la propia capacidad para ejecutar tales resultados se denominan expectativas de eficacia.

Se puede decir que ambos modelos plantean en común que en la adherencia las expectativas, de resultado y eficacia o beneficios percibidos (ej. de seguir o no ciertas recomendaciones, de consecuencias o beneficios de conductas de riesgo), influyen en el cambio de conductas de salud, que se aprenden mediante la experiencia o aprendizaje vicario; toma relevancia entonces el procesamiento cognitivo o creencias que tenga la persona acerca de su condición de salud. Se ha señalado además, que cuando las prácticas de salud se tornan difíciles, son muy influyentes los conceptos de autoeficacia (Gonda, 2011), es decir, si la persona cree tener la capacidad de realizar conductas que implicadas en la adhesión (ej. hacer ejercicio).

En el “Modelo de la Acción Razonada” fue delimitado por Murray y Perry en 1985 y el mismo considera que los factores ambientales e individuales conducen a una conducta problema, se entiende que la conservación del estado de salud depende de moderar, o eliminar, conductas que comprometen la salud y practicar otras que la mantienen; se plantea que los individuos presentarán una adecuada adhesión si poseen niveles necesarios de información relevante a su salud, se perciben a sí mismos como vulnerables, advierten las enfermedades como amenazantes y encuentran posibles de aplicar las medidas terapéuticas indicadas (Gonda, 2011).

Desde el “modelo psicológico de la salud biológica” (Ribes, 1990), se puede plantear que las conductas de adhesión son competencias a cumplir con un criterio de ajuste en una situación particular, en este caso de habilidades cuya ejecución esté de acuerdo a requerimientos impuestos por el programa terapéutico en una situación. Esta conducta de adhesión estará modulada por la experiencia previa y las características de la

patología biológica; el comportamiento requerido de la persona enferma es un factor crítico para que pueda rehabilitarse o mejorar sus condiciones de salud.

En este sentido, de los principales hallazgos tras la investigación del Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, se extrae que la información es un prerrequisito para la modificación de conducta pero por sí sola no es suficiente para alterarla. La motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Cuando las habilidades conductuales son familiares (no complicadas), la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta (Ortiz y Ortiz, 2007).

Desde los diferentes modelos en psicología de la salud, se puede establecer que hay diferentes conductas implicadas en la adhesión, concebida desde meras creencias hasta competencias, las cuales hacen posible o dificulta esa concordancia a los requerimientos que se señala en la concepción de adherencia terapéutica o al tratamiento.

En los casos de la infancia y adolescencia, el fenómeno del cumplimiento de los tratamientos indicados se complejiza, puesto que el niño depende en mayor medida de la actitud y de los comportamientos de sus padres, familiares y especialistas, para que se lleve a cabo un tratamiento exitoso, y en cierto modo, gran parte de su éxito dependerá del nivel de apoyo que reciba de su entorno inmediato, y mientras más jóvenes más dependientes son de los representantes, quienes se puede decir son el paciente activo en ese caso (Maya, 2014).

Cabe destacar, que se ha encontrado que la adherencia no es función de la severidad de la enfermedad ni de la edad o género del paciente, lo cual sugiere que los factores que pueden modificarse (apoyo práctico, depresión) ejercen mayor influencia que los que no son modificables, como lo son la edad y el género (DiMatteo, 2004).

En este sentido, recientemente se ha obtenido un modelo de comprensión para la adhesión al tratamiento juvenil basado en la intervención familiar, el mismo establece que existen principalmente dos niveles de influencia en la conducta de alimentación saludable a partir de los progenitores hacia sus hijos. Un primer nivel contempla que son los padres quienes ejercen el rol de modelos de alimentación (conductas de alimentación propias de los padres), y por su parte, el segundo nivel expone que los padres despliegan un rol como

controles de la conducta de alimentación, mediante reglas establecidas por ellos para controlar (Jessor, Turbin y Costa, 2010).

Resulta interesante que el control de comida rápida y los modelos de alimentación saludable ejercidos por la madre y el padre predicen la conducta de alimentación saludable en los adolescentes varones, y en el caso de las mujeres, la única variable con relacionada con la conducta de alimentación saludable fue el modelo de alimentación saludable de la madre (Parrao, Andrade y Betancourt, 2014). Estos hallazgos fueron realizados mediante el estudio de una muestra de la población mexicana, por lo que se estima que los resultados en países pertenecientes a la cultura Latinoamericana se aproximen bastante a éstos, dada la tendencia matricentrista del continente suramericano, incluyendo a Venezuela (Moreno, 2012).

Como ejemplo de esto, es relevante resaltar el estudio reseñado en Gonda (2011), el cual apunta a que la presencia de apoyo en el núcleo familiar, así como una adecuada relación y ajuste de la madre son indicadores que guardan estrecha relación con el incremento en las tasas de adhesión, mientras que, por el contrario, las familias catalogadas como “disfuncionales” muestran mayores dificultades para alcanzar la adhesión a los tratamientos.

Por otro lado, en algunos estudios sobre conductas de adherencia realizados en poblaciones con diabetes (Vallis *et al.*, 2005), hipertensión arterial (Schroeder, Fahey, Hay, Montgomery y Peter, 2006) y obesidad (Wing, Tate, Gorin, Raynor y Fava, 2006), la variable autoeficacia parece llevar a cabo el efecto de incrementar la habilidad del paciente para guiar su tratamiento, de modo independiente al equipo médico, lo que a su vez podría conllevar menos visitas a los centros de salud. En consideración, el primer paso para evitar la obesidad es identificar el sobrepeso, y consecuentemente realizar entrenamiento que busque fortalecer la sensación de autoeficacia del paciente, de esta forma los resultados de su tratamiento perdurarán en el tiempo (Dini y Henríquez, 2009).

La percepción de los padres juega un papel fundamental en la prevención de la obesidad, pues la identificación temprana de un estado de sobrepeso permitiría tomar medidas que eviten la obesidad y su cronificación. No obstante, la opinión de los padres acerca del peso de sus hijos puede diferir de la realidad objetiva, obtenida a través de una evaluación antropométrica del (la) niño(a) (Duncan *et al.*, 2011). En apoyo a este

planteamiento la revisión realizada por Angarita, Martínez, Rangel, Betancourt, y Prada (2014) ha mostrado que más del 50% de los padres de niños con obesidad no perciben adecuadamente el peso de sus hijos, subestimando el peso real de los mismos.

La subestimación del peso constituye un claro impedimento para la consecución de la adhesión al tratamiento. Un argumento más en favor del papel protagónico de los padres en la prevención y tratamiento de la obesidad se encuentra relacionado con la influencia que ejercen tales factores ambientales y de creencias, los cuales decantan en comportamientos que afectan la salud de los niños y niñas (Duncan *et al.*, 2011).

2.4. Creencias de control personal de peso

Las creencias de control personal de peso constituye un elemento teórico que responde al modelo de control personal de la conducta, operacionalizado por Lugli y Vivas (2011), en el que la autoeficacia percibida y las creencias de control o locus de control constituyen elementos fundamentales de este sistema de creencias que, según Bandura (1987), se encuentran influyendo en el proceso de autorregulación (control) del peso (Lugli, 2011). Se entiende como creencias de control personal de peso dos constructos en esta categoría: autoeficacia y locus de control, ambas referidas a dicho control.

Este planteamiento incluye tres aspectos relacionados, pero no idénticos, que conforman un agregado denominado control personal, a saber: el control objetivo sobre las contingencias ambientales, el control subjetivo o percibido y las creencias o necesidad de control. El primer aspecto se refiere al control conductual ejercido por el individuo sobre su ambiente, el cual en el presente trabajo se identifica como autocontrol. El segundo aspecto, denominado control subjetivo o percibido, se refiere a la percepción de control que tiene el individuo sobre los eventos o reacciones emocionales, y éste ha sido asimilado al concepto de autoeficacia. Finalmente, el tercer aspecto se refiere a las creencias o necesidad de control del individuo y se ha identificado como locus de control (Lugli y Vivas, 2001).

2.4.1. Autoeficacia del control personal del peso

La autoeficacia hace referencia a “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”. Infiuye en el nivel de determinación personal para la acción, y esto a su vez implica la certeza de disponer de la eficacia suficiente para desenvolverse de determinada manera (Bandura, 1987).

Tal convicción influye en cómo la persona encara los desafíos y las metas que se plantea, el grado de esfuerzo que invierte en lograrlas, los resultados que espera alcanzar y la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos. Las dimensiones para medir la autoeficacia son:

- La búsqueda de alternativas positivas hacia la conducta.
- La capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo.
- Las expectativas de habilidad o competencia.

Las creencias personales de autoeficacia, según Bandura (1987) pueden desarrollarse a través de efectivas formas de influencia, a saber:

a) Experiencias de dominio, son eventos pasados que constituyen pruebas auténticas acerca de si la persona reúne todo lo que se necesita para lograr el éxito. Estas experiencias acumuladas de éxito robustecen la creencia relacionada a la eficacia personal. Por el contrario, los fracasos la debilitan, especialmente si éstos últimos se producen antes de haberse establecido el sentido de eficacia.

b) Experiencias vicarias, éstas son presentadas por los modelos sociales, es decir, observar a personas similares en posibilidad de alcanzar el éxito tras esfuerzos sostenidos aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para alcanzar éxito en actividades comparables.

Este concepto ha sido utilizado en la psicología como un importante predictor de conductas saludables para recuperarse de los problemas de salud o para evitar sus riesgos potenciales; y en el funcionamiento de distintos campos como el realizar ejercicio o deporte, bajar de peso, el manejo de enfermedades crónicas, entre otras. Los programas dirigidos a promover comportamientos saludables en la familia deben tener inicio en la

etapa de la infancia porque es el periodo evolutivo ideal para adoptar estilos de vida sanos (Jauregui *et al.*, 2013).

La eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por su influencia en dos niveles (Bandura, 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (auto-estimulantes y auto-desvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001, c.p. Lugli y Vivas, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997, c.p. Lugli y Vivas, 2001).

Para la mayoría de las aplicaciones, Bandura plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conductas humanas y podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente (Luszczynska, Gibbons, Piko y Tekozel, 2004).

La autoeficacia percibida opera como un elemento clave en la competencia humana y determina en gran medida la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas, así como los pensamientos y las respuestas emocionales (Flores, González y Valencia, 2010).

El constructo autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios relacionados a la salud como: manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, pérdida de peso, ejercicio físico, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud. Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia

tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Lugli y Vivas, 2011).

En relación con las conductas preventivas en salud, se ha encontrado que los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios han indicado consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski *et al.*, 1993, c.p. Lugli y Vivas, 2001).

El control subjetivo o autoeficacia percibida y las creencias de control o locus de control podrían ser algunos de los elementos que pudieran estar influyendo en el proceso de autorregulación del peso (control objetivo). En este sentido, Lugli (2011) en su estudio conceptualiza la autoeficacia como el nivel en que se siente capaz la persona de controlar su peso como un aspecto independiente de su percepción de los recursos o habilidades que cree tener para autorregularse con relación a su peso.

En el caso de niños y adolescentes con obesidad, Aedo y Ávila (2009) plantean que conocer el nivel de autoeficacia de los niños en edad escolar hacia la actividad física puede tener implicaciones importantes en el desarrollo de estrategias para la promoción de esta conducta.

Se ha encontrado que un elevado nivel de autoeficacia es un elemento protector que hace aumentar la motivación y el logro académico, al tiempo que mejora las conductas saludables en el cuidado físico y afrontamiento del estrés. Los niveles de autoeficacia percibida han constituido una variable fundamental que afecta la socialización y el éxito del (la) niño(a), debido a que las creencias sobre las causas de la enfermedad, su curso, consecuencias y tratamiento determinan las conductas que llevarán a cabo las personas para favorecer su salud (Villamarín, 1990).

La autoeficacia para controlar el peso fue conceptualizada por Lugli (2011) como aquella autoeficacia que hace alusión a qué tan capaz se siente la persona de controlar su peso, como un aspecto independiente de la percepción de sus habilidades que cree tener para autorregularse con relación a su peso.

Una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso. Este hallazgo de Campos y Pérez (2007), es similar a los resultados de los estudios de autoeficacia como predictor de éxito para bajar de intención de alimentarse saludablemente y de realizar una actividad física. Además confirman los planteamientos de Bandura, respecto a que las personas básicamente definen sus cursos de acción de acuerdo a los juicios que ellas mismas realicen respecto a su capacidad para realizar una tarea. Lo anterior daría cuenta de la influencia negativa de la baja autoeficacia en las mujeres, desmotivándolas en contemplar la posibilidad de realizar un cambio en su dieta y en adoptar una rutina de ejercicios físicos para bajar de peso (Campos y Pérez, 2007).

En este sentido, es coherente pensar que tal autoeficacia de control de peso, en una persona, afecte a su representado(a) siendo responsable de dichos cursos de acción dirigidos a la tarea de la alimentación y actividad física de los mismos; no obstante, en este ámbito no ha sido estudiado ni esto ni otras creencias como el locus de control.

2.4.2. Locus de control personal del peso

El locus de control, es entendido como el grado en que la persona se siente responsable de lo que le sucede, también se encuentra fuertemente influenciando a la autoeficacia (Lazarus y Folkman, 1986).

El término de locus de control se deriva de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1971), la cual establece que se trata de un constructo que incide como determinante de la conducta de una persona, pudiendo oscilar, en uno de sus extremos, como el grado en que ésta percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento o, en el otro extremo del continuo, como el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas a él.

Posteriormente Levenson (1973) reformuló la conceptualización de Rotter del locus de control, la cual había sido planteada inicialmente como un elemento dicotómico, y estableció tres factores o dimensiones a considerar en lugar de dos:

- a) locus de control atribuido a factores interno
- b) locus de control atribuido a otras figuras de poder.
- c) locus de control atribuido al efecto del azar.

En el ámbito de los hábitos saludables, se ha encontrado que los individuos con un locus de control interno son más propensos a comer de manera saludable y ejercitarse regularmente, pues se considera que la orientación de las acciones futuras de los mismos la ubican en ellos(as) mismos(as) (Cobb-Clark, Kassenböhmer y Schurer, 2012).

Es posible plantearse que el locus de control es una variable importante en el estudio del control del peso, si se parte del hecho de que el individuo que piensa que puede tener el control de su ambiente también cree que puede controlar su comportamiento. Lugli y Vivas (2011) explican que un locus de control con tendencia hacia factores internos podría facilitar la adherencia de las personas obesas a una ingesta alimentaria adecuada y a la práctica regular de ejercicios físicos. No obstante, los resultados de las investigaciones concernientes a locus de control en la regulación de peso en sujetos obesos son contradictorias. Cioffi (2002, cp. Lugli y Vivas, 2001) quien al respecto defiende que la persona con obesidad tiende a tener menos control interno sobre la ingesta de sus alimentos, ya que ésta se encuentra asociada a eventos externos.

Por otra parte, el estudio realizado por Lugli (2011) señala que el grupo de personas con obesidad poseían un locus de control interno y consideraban que pueden involucrarse en actividades para perder peso en cualquier momento, a la vez que admitían que es indispensable la ayuda de especialistas en el área (Otras figuras de poder) para mantenerse en el objetivo y reconocen de alguna manera que su peso es también producto de la genética, la biología o incluso el destino, por lo que su peso corporal no dependería únicamente de sus factores personales.

En personas con diabetes, se ha encontrado que los individuos que creen que su destino es determinado mayormente por la casualidad u por otras personas y no por sus propias acciones, son menos propensos a adherirse a las terapias, pues sienten que sus acciones pueden no afectar los resultados. Estas personas atribuirían los avances o percances en su salud a una remisión natural o progresión de la enfermedad; un individuo con una alta percepción de control puede tener un mejor estado de salud porque el o ella tomaría más acciones que potencien su salud. Esto sugiere que al fortalecerse la percepción de control de un individuo, se puede mejorar su salud personal (Paraskevi y Reyes, 2012).

Sin embargo, estos aspectos no han sido estudiados en padres o niños respecto al control de peso, considerando los responsables, junto con especialistas de ser el caso, de llevar a cabo dicho control.

2.5. Estrategias parentales de manejo comportamental

Desde el campo del análisis conductual se han derivado tecnologías que tienen en común utilizar los principios del aprendizaje como manera de control de conductas de otras personas. En este sentido, en el área de la conducta infantil se puede encontrar, ya sea deliberadamente o no, que los padres o representantes de niños/as, como agentes de control, emitan conductas que correspondan a dichos principios.

2.5.1. Manejo conductual parental

Los diferentes procedimientos del análisis conductual aplicado se pueden dividir en: reforzamiento, modelado, debilitamiento como castigo o extinción, y control de estímulos, entre otros.

De acuerdo con Rimm y Masters (1981), el control de estímulos hace referencia a la identificación de algún estímulo particular, situaciones y condiciones que de manera estable preceden una conducta; durante el proceso de determinación de estímulos provocadores es posible obtener una evaluación de los reforzadores de mantenimiento de la conducta, la descripción del ambiente social y físico que provocan la conducta, y la programación de las medidas a tomar para que algunas conductas tengan lugar y otras no. La manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta o debilitar otras, puede ilustrarse mediante la disponibilidad de alimentos sugeridos por un plan de alimentación saludable y la suspensión en la disponibilidad de comida rápida o golosinas.

En cuanto al Modelamiento, Bandura (1965) defendía que el aprendizaje por observación era una de las formas primarias de adquirir conocimiento. Se considera al modelado como un tipo de aprendizaje, observacional o vicario que requiere del apoyo de un modelo que despliegue la o las conductas, y de unos observadores que aprendan la conducta y que en futuras ocasiones la reproduzcan o la imiten, por ejemplo, que un padre despliegue la conducta de ingerir vegetales en sus comidas frente a sus hijos, lo cual

aumenta las probabilidades de que los hijos ingieran vegetales tras estar expuestos a la demostración del modelado de sus padres.

Por otra parte, respecto al reforzamiento, Skinner (1991) definía al reforzamiento positivo como un factor de control de la conducta con la particularidad de que siempre producía un incremento en la probabilidad de aparición de una respuesta. En este sentido, un reforzador positivo se considera como cualquier evento, conducta u objeto suministrado luego de la ejecución deseada, que aumentará la frecuencia de ocurrencia futura de cualquier conducta sobre la que son contingentes. Bajo esta premisa, se contempla que cualquier elemento, material (como comida, juguetes, videojuegos, entre los principales) o no tangible (como abrazos, caricias, felicitaciones, entre las más destacadas), puede actuar como reforzador positivo si constituye una recompensa que provocará un aumento en las probabilidades de que dicha conducta se repita en futuras ocasiones.

Otro procedimiento es el debilitamiento, el cual se refiere al decremento de frecuencias de una determinada conducta. Tal decremento se puede asociar a la extinción o castigo. La extinción es un procedimiento de debilitamiento conductual que se basa en la premisa de que si una respuesta ha aumentado su frecuencia a través de refuerzo positivo, dejar de reforzar dicha respuesta tendrá como resultado la disminución de su frecuencia, aunque la misma pueda aumentar antes de empezar a disminuir (Martin y Pear, 2008).

El castigo consiste en la presentación de un estímulo punitivo que, cuando se presenta inmediatamente después de una respuesta, provoca que la frecuencia de esta disminuya. Los estímulos punitivos pueden clasificarse en: a- castigo físico (puniciones que afectan receptores y causan dolor y/o incomodidad) b-reprimendas (estímulos verbales negativos, reproches o regaños, o bien miradas fijas o apretones asociados a otros castigos), c- tiempo fuera (trasladar a un individuo de una situación reforzante a una menos reforzante), y d-costo de respuesta (quitar una cantidad predeterminada de otro reforzador) (Martin y Pear, 2008).

Cabe acotar, que la aplicación del castigo se encuentra controvertida, particularmente el castigo físico y reprimendas, dadas las consecuencias negativas asociadas (ej. agresión, miedo, entre otras), por lo cual no se recomienda su uso en

primera instancia sino con el propósito de suprimir comportamientos que no pueden reducirse de otra forma (aún así con regulaciones), y es ideal el uso del refuerzo de conductas alternativas (Martin y Pear, 2008).

2.5.2. Manejo conductual alimentación y actividad física.

Se entiende el manejo comportamental parental como las prácticas de los padres y/o cuidadores; las prácticas parentales de alimentación, son definidas como la manera en la cual los padres y/o cuidadores interactúan con un niño en términos de actitudes y comportamientos en los ámbitos de alimentación y el control de las mismas (Blisett, 2011).

Se han realizado entrenamientos basados en principios comportamentales tales como el condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje por observación. Por ejemplo, Duarte, Orjuela y Vega (2014) elaboraron una guía que principalmente fue dirigida a profesionales de la salud quienes trabajan con niños de edades entre 6 y 11 años, donde se especifica y explica el concepto de hábitos de alimentación saludable y cómo aplicarlos considerando dichos principios conductuales.

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida. Sin embargo, la imitación de modelos, los simbolismos afectivos, el status social y las tradiciones culturales inciden en formas de responder a determinados alimentos, sin dejar de lado la influencia del ambiente familiar compartido, la disponibilidad de los alimentos y los factores genéticos (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).

Los padres buscan cambios de la conducta alimentaria de sus hijos mediante diferentes prácticas de alimentación, sin embargo, desconocen los efectos a largo plazo de las mismas en la capacidad de autorregulación, autonomía y bienestar. Los problemas en la alimentación infantil llevan frecuentemente a la disminución del bienestar emocional y psicológico tanto de los padres como de sus hijos. Esta situación lleva a estados emocionales bajo los cuales se toman decisiones que afectan aún más las conductas alimentarias, lo que puede llevar a mayores dificultades en la interacción. Los padres y cuidadores no cuentan con criterios claros sobre la búsqueda de orientación e

intervención profesional, y la información que encuentran es a veces contradictoria (Blisett, 2011).

Distintos instrumentos han medido dichas prácticas, tales como el Cuestionario de Alimentación infantil, y el Cuestionario de Prácticas Parentales de Alimentación (O'Connor *et al.*, 2010, c.p. Peña *et al.*, 2015). Vaughn, Tabak, Bryant y Ward (2013) reseñaron que existe una gran variedad de instrumentos que miden las prácticas alimentarias de los padres de niños con obesidad, usualmente asociados a la dieta o al IMC. Los autores afirman que las prácticas parentales de alimentación constituyen un área de investigación que ha venido desarrollándose rápidamente, pues sus resultados beneficiarán la creación de un modelo conceptual común. No obstante, los 71 instrumentos revisados por estos autores que medían prácticas parentales de alimentación manejaban constructos distintos; la recomendación de los autores se orienta a continuar con la creación de nuevos instrumentos sobre dicho indicador, considerando las etapas de desarrollo requeridas para obtener una medición válida y confiable (Vaughn, Tabak, Bryant y Ward, 2013).

Respecto a las prácticas parentales sobre la actividad física, éstas se han abordado menos que las de alimentación. Larios, Ayala, Arredondo, Baquero y Elder (2009), encontraron que las madres mexicanas utilizaban estrategias para promover la alimentación y actividad física de sus hijos, tales como: el *monitoreo*, grado en el cual los padres supervisan las conductas saludables de sus hijos, *disciplina* como la frecuencia con la que los sancionan por realizar conductas no saludables, *control*, la habilidad o el poder de los padres para hacer que sus hijos realicen lo que es deseable, *establecimiento de límites*, la medida en que los padres permiten a los hijos la alimentación no saludable y las conductas sedentarias, y *reforzamiento* el grado en que los padres elogian a sus hijos cuando realizan conductas saludables.

Siguiendo esta línea, Larios, Ayala, Arredondo, Baquero y Elder (2009) desarrollaron la Escala de Estrategias de Alimentación y Actividad (PEAS, por su siglas en inglés), la cual fue adaptada tanto en inglés como en español para madres latinas residentes en Estados Unidos. Los autores señalaron la importancia de contar con mediciones que incluyan los factores culturales, pues hay una considerable escasez de

cuestionarios, que evalúen dichas estrategias en cuanto a alimentación y actividad física, siendo ambos factores críticos en el sobrepeso y obesidad infantil.

Sobre la base de lo anterior, Peña y sus colaboradores (2015), diseñaron un cuestionario similar adaptado a la población de madres mexicanas, considerándolas las principales modeladoras de los hábitos y conductas de salud de los niños, y se aplicó con el objetivo de evaluar sus propiedades psicométricas. Se encontró un modelo de cuatro factores jerarquizados a uno general denominado Estrategias parentales de alimentación y actividad, desapareciendo el factor reforzamiento respecto al cual se recomiendan elaborar ítems que lo relacionen con la obesidad, y se unieron los factores monitoreo y límites (separándolos cada uno en contenidos de alimentación y actividad física), conservando los factores disciplina y control. Como se puede apreciar, tales dimensiones se asemejan a los procedimientos señalados del análisis conductual.

III. Planteamiento del Problema

Actualmente, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) constituye uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo. La alarma que genera este tema yace en el hecho de que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y en que aumentan significativamente el riesgo de muerte prematura y el uso de los servicios de salud (Barrera *et al.*, 2013).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Nutrición Venezolano (INN), Venezuela es el vigésimo cuarto país con mayor presencia de obesidad en el planeta, al ubicar en 35,2% a la población venezolana mayor de quince años con sobrepeso, y destacando que además el 6.4% de la población infantil sufre de obesidad (Instituto Nacional de Nutrición, 2010).

Reducir las intervenciones y tratamientos dirigidos hacia la obesidad a planes de alimentación y de actividad física, constituye una mirada realmente estrecha de la magnitud de esta realidad. Silvestri y Stavile (2005) tras la revisión de distintas investigaciones sobre el efecto de la dieta hipocalórica y el ejercicio afirman que efectivamente consiguen que la mayoría de los participantes obtengan una reducción de su talla y peso, no obstante, al cabo de tres o cinco años, cerca de un 90% recupera el peso inicial. En este sentido, se ha planteado la importancia de estudiar los aspectos psicológicos y familiares de las personas afectadas con obesidad.

Los tratamientos para la obesidad infantil incluyen la adopción de un nuevo estilo de vida por parte del paciente, los padres cumplen una función de informar y monitorear el cumplimiento de los tratamientos (Gonda, 2011).

Se ha encontrado que los pacientes que se consideran adherentes al tratamiento nutricional son los que presentaron mejores resultados (promedios más bajos) para las variables antropométricas, mostrando efectos positivos en la composición corporal, IMC, tejido graso, entre otros (González *et al.*, 2007). Se puede denotar que si bien en el caso de la obesidad se ha considerado el cambio del IMC como un indicador de adhesión al tratamiento, no debe ser el único.

En los casos de la infancia y adolescencia, se hace complejo entonces el fenómeno del cumplimiento de los tratamientos indicados, puesto que el niño depende de la actitud y de los comportamientos de sus padres, familiares y especialistas, para que se lleve a

cabo un tratamiento exitoso, por lo que en cierto modo, gran parte de su éxito dependerá del nivel de apoyo que reciba de su entorno inmediato (Epstein, Paluch, Roemmich y Beecher, 2007).

Siguiendo lo anterior, las conductas de los padres implican el seguimiento de las indicaciones del tratamiento, las instrucciones y contingencias administradas con sus hijos/as. La modificación de la conducta alimentaria, el estímulo de la actividad física y el soporte emocional son los pilares angulares sobre los que se fundamenta el tratamiento de la obesidad tanto en el adulto como en el niño. El manejo de conductas pretende no sólo incidir en las contingencias que atañen al niño, sino a todo el grupo familiar. Este enfoque ambiental resulta efectivo dado que los individuos no toman decisiones aisladas (mucho menos los niños), sino que lo hacen en un contexto, por tanto, el cambio ambiental para el manejo de conductas equivale a varias decisiones diarias por un grupo de individuos (Maya, 2014).

En este sentido, las relaciones entre la obesidad infantil y la influencia familiar han sido ampliamente estudiadas. Las prácticas de los padres y/o cuidadores, cuando los padres buscan influir mediante conductas en la ingesta de alimentos de sus hijos, se denominan prácticas parentales de alimentación, y son definidas como la manera en la cual los padres y/o cuidadores interactúan con un niño en términos de actitudes y comportamientos en los ámbitos de alimentación y el control de las mismas (Blisett, 2011).

En la investigación de Peña y sus colaboradores (2015) se esperaba que las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, tuvieran una correlación moderada con el IMC de los hijos, sin embargo, se encontró una baja correlación, solamente el factor “control” tuvo una correlación moderada, y relacionando esto al estudio de Larios y su colaboradores (2009) sólo resultó en una relación baja negativa entre dicho factor y el IMC.

Lo anterior contrasta con estudios sobre padres de niños preescolares donde se encontró que cuando se utilizan más estrategias de control (administración de contingencias), los hijos tienen un menor IMC; sin embargo, los hallazgos no son definitivos, ya que se ha mostrado que ejercer un mayor control no necesariamente contribuye a la autorregulación de la ingesta de alimentos y apetito (Peña *et al.*, 2015).

Existen evidencias que indican que el patrón de conducta alimentaria familiar tiene un papel relevante en el comportamiento de alimentación del niño, constituyendo un factor modificable para la prevención de la obesidad infantil, Sin embargo, es necesario reconocer la complejidad de los factores que determinan la conducta alimentaria de un individuo y que se relacionan con una red de influencias de tipo biológico, familiar y social (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).

A propósito, Parrao, Andrade y Betancourt (2014) llevaron a cabo un estudio en el que perseguían determinar si el control familiar de consumo de comida rápida y los modelos de alimentación, tanto del padre como de la madre, influían en la conducta de alimentación saludable de los adolescentes, encontrándose aspectos importantes acerca del papel que juega la identificación con los roles y figuras parentales, ya que son modelos para la adopción de patrones de conducta alimentaria. En este sentido, se encontró que los hijos varones tienden a identificarse con ambos estilos de alimentación (madre y padre), mientras que las hijas tendían a replicar el estilo de alimentación materno. Los hallazgos obtenidos en esta investigación refuerzan la idea de que una enfermedad crónica presenta una relación importante con aspectos psicológicos relacionados con el grupo primario de apoyo, padres o cuidadores quienes, con las conductas asociadas a las prácticas de control parental en general, tienen un papel orientador y educativo decisivo en la adherencia al tratamiento de su hijo o hija.

Dado que se considera a los padres como modelos de conducta alimentaria, es pertinente entonces tomar en cuenta las variables relacionadas con el control personal peso como conducta de parte de los padres, ya que se ha demostrado que el control personal juega un papel fundamental en la autorregulación del comportamiento alimentario y en consecuencia del peso. En este sentido, los padres que logran regular su ingesta de alimento y su peso, o se creen capaces de hacerlo, constituyan modelos para sus hijos en este aspecto y además tiendan a favorecer la adhesión al tratamiento para el control del peso de sus hijos (Lugli, Azolar y Vivas, 2009).

Una variable que predice la autorregulación del peso es el locus de control, el cual es un constructo que pronuncia el grado de responsabilidad que el sujeto se adjudica por lo que le ocurre. Lugli (2010) señala que los estudios han intentado identificar cuál es el tipo de locus de control (externo o interno) predominante en personas obesas, se ha

encontrado que si bien es necesario un locus interno para asumir la responsabilidad de sus acciones en el control de su peso, debe tomarse en cuenta el papel de otros. No obstante, se ha encontrado también que las personas que tienen creencias débiles de que su peso depende de sus acciones son las que reportan mayor autorregulación de peso, dando valor a las acciones de otros pero no necesariamente al azar (Lugli, 2010).

Otra de las variables asociadas a la autoregulación de peso es la autoeficacia, concebida originalmente por Bandura (1987) como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con los cuales organizará y ejecutará sus acciones de modo que las administre para alcanzar el rendimiento deseado. En este sentido, Lugli (2011), a partir de su investigación sobre variables implicadas en la autorregulación del peso, obtuvo una asociación positiva entre la variable de autorregulación del peso y autoeficacia percibida en el control del peso, así como una correlación positiva con las dimensiones de locus de control. Se puede decir que las personas con obesidad que asisten a tratamiento y tienen una alta autoeficacia percibida en el control del peso y un bajo locus de control interno tienen una moderada autorregulación del peso. Además, Gonda (2011), señala que una alta autoeficacia percibida se encuentra asociada a una mayor adherencia al tratamiento.

Lo anterior indica la importancia de estas variables (autoeficacia y locus de control) para la autorregulación de peso como parte de la conducta alimentaria; al tratarse de un niño o niña, la autorregulación vendría determinada por los modelajes disponibles en su entorno. Asimismo, se ha encontrado que la autoeficacia parental actúa como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar una conducta y la actividad realizada posteriormente, sirviendo de modelo para su hijo(a) (Jauregui *et al.*, 2013).

En síntesis, se han encontrado algunos vacíos acerca de las conductas y creencias de los padres, las estrategias de manejo comportamental llamadas prácticas parentales de alimentación y actividad física, sobre la obesidad infantil de sus hijos/as, pues si bien se consideran que influyen estrategias de control y monitoreo (manejo conductual) no siempre se relaciona de manera alta con el IMC (Peña, Moral, Ortiz, Cárdenas, Ávila y Ruvalcaba, 2015; Olvera y Power, 2010; Larios, Ayala, Arredondo, Baquero y Elder, 2009). Cabe acotar, que tales estrategias se han relacionado sólo con el IMC, viéndose limitada la perspectiva pues sólo se considera tal índice como indicador diagnóstico sin

ser asociado a medidas iniciales o a la adhesión al tratamiento, del cual tampoco hay medidas únicas sino específicas al caso (Gonda, 2011).

Las investigaciones que sí consideran la adhesión al tratamiento y no sólo el IMC señalan que la conducta alimentaria puede ser modelada por parte de los padres/madres de niños con obesidad, como factor de influencia familiar (Parrao, Andrade y Betancourt, 2014; Novoa, Morales, Osorio y Vargas, 2008; Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos, 2008). Asimismo, no se han explorado variables de los padres como tal, dado que en el estudio de las prácticas parentales (mayormente en madres) no se han abordado aspectos implicados explícitamente en las mismas y que influyen en la obesidad, como lo son la autoeficacia y locus de control de peso.

Tras apreciar el vacío de investigación que existe entre las creencias y conductas personales sobre el control del peso (locus y autoeficacia) modeladas por los padres/madres, las prácticas sobre la alimentación de sus hijos, y su relación no sólo con el IMC como resultado final sino con su cambio y la adherencia al tratamiento, se plantea la necesidad de continuar estudiando dichas variables e investigar sus relaciones (Parrao, Andrade y Betancourt, 2014).

En este sentido, existe la necesidad de explorar acerca de una posible relación entre algunos factores pertenecientes a aquellos padres que se consideran capaces de controlar su peso y su capacidad de reconocer el papel propio y de los especialistas en lo que refiere al control del peso, tomando en cuenta que éstos deberían representar modelos para sus hijos(as) para que tengan estas mismas percepciones y al mismo tiempo contribuyan con el control del peso de sus hijos(as).

Considerando lo anterior, no ha sido comprobada una asociación entre las estrategias de control y monitoreo de alimentación y actividad física como manejo comportamental, con el papel de la autoeficacia y locus de control, con la adhesión terapéutica de sus hijos(as) con obesidad ni tampoco con el cambio del IMC de los mismos, tomando en cuenta que forman parte importante de tal adhesión.

Además, dado que no hay medidas definitivas de las estrategias parentales de alimentación y actividad física (que consideren claramente el manejo conductual), la adherencia al tratamiento y en otros estudios no se ha considerado el contraste de cambio del IMC, se hace necesario investigar estos factores en conjunto.

Sobre la base de dichas consideraciones se plantean la siguiente interrogante:

¿Cómo son las relaciones entre la autoeficacia percibida por los padres para el control del peso, su locus de control de peso, sus estrategias parentales de manejo comportamental, la adhesión al tratamiento y el cambio del índice de masa corporal de sus niños/as con obesidad?

3.1. Justificación

Resulta necesario reflexionar sobre el hecho de que culturalmente se encuentra asociado el sobrepeso (especialmente en los niños y niñas) como una característica positiva que remite a la abundancia y al buen cuidado, sin tomar en cuenta las consecuencias que los malos hábitos alimenticios producirán en su vida.

Sin embargo, se trata de algo que va más allá de crearle un hábito alimenticio adecuado al niño, se trata de fomentar sus propias decisiones, y de respetarlas desde una temprana edad, y en la medida que transcurre su desarrollo ayudarlo a construir una autoestima adecuada que le permita una estabilidad emocional a lo largo de su vida adulta (Barrera *et al.*, 2013).

Dado que en Venezuela el estudio del efecto de dichas prácticas parentales y otros factores asociados a la obesidad infantil es escaso, y tampoco se encuentran instrumentos o herramientas metodológicas para su abordaje, el estudio de esta influencia familiar se hace necesario ante un problema incipiente en países en desarrollo como este.

Asimismo, el estudio de la obesidad infantil se ha visto limitado en sólo considerar el IMC como indicador de la influencia de diversos factores, cuando fenómenos como la adhesión al tratamiento podrían dar más cuenta de tal influencia y lo que facilita o dificulta su logro.

Teóricamente no se han asociado las estrategias parentales y demás variables de control personal de cada padre o madre, tales como la autoeficacia y locus de control, si bien se ha establecido que la influencia familiar decanta en conductas y creencias de los representantes como modelos y agentes de cambio en la obesidad de sus hijos(as) (Lugli, 2011). Comprender esta influencia aportaría conocimiento para incluir el abordaje de las mencionadas variables en la intervención, necesariamente interdisciplinarias, de la obesidad infantil

En respuesta a las consideraciones expuestas, en la presente investigación se han planteado los siguientes objetivos.

IV. Objetivos

En el estudio de la obesidad infantil destacan los siguientes factores por estar relacionados con la misma y su tratamiento (que incluye el cambio de hábitos inadecuados por saludables), éstos son: en primer lugar, el cambio en el índice de masa corporal, segundo, las estrategias parentales de manejo de conductas, tercero, el nivel de adherencia al tratamiento y cuarto las creencias personales de control de peso de los padres (autoeficacia percibida y locus de control). La investigación se orientó a describir la incidencia y prevalencia de dichos factores en un grupo de sujetos que asisten al Centro de Atención Nutricional Infantil de Antimano (CANIA), para ello se contempló el desarrollo de una secuencia de actividades orientadas a concretar las etapas necesarias para lograrlo.

4.1. Objetivo general

Analizar las relaciones entre: las estrategias parentales de manejo comportamental, creencias personales de control de peso de los padres o representantes (autoeficacia y locus de control), el nivel de adherencia al tratamiento y el cambio en el índice de masa corporal, en un grupo de representantes y sus niños(as) diagnosticados(as) con obesidad.

4.2. Objetivos específicos

-Identificar las unidades de medida de cada factor, particularmente la adherencia al tratamiento de la obesidad infantil y las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física.

-Describir, respectivamente, las estrategias parentales de manejo comportamental, autoeficacia percibida y locus de control de peso de los representantes de niños y niñas diagnosticados(as) con obesidad y el índice de masa corporal, adherencia al tratamiento de la obesidad infantil de dichos niñas(as).

-Describir las asociaciones entre las estrategias parentales de manejo comportamental, autoeficacia percibida y locus de control de peso de los representantes

de niños y niñas diagnosticados con obesidad y el cambio en el índice de masa corporal, adherencia al tratamiento de la obesidad infantil de dichos niñas(as).

V. Marco Metodológico

5.1. Análisis de factores

Tomando en cuenta el número de factores a estudiar, se considera pertinente presentar un esquema que sirva como guía para considerar los factores y sus respectivas dimensiones, mediante la visualización de la tabla 2. Las dimensiones pueden contener subcategorías, como es el caso del Locus de control externo, debido a que se subdivide según la influencia por otras figuras de poder (especialistas); y además, según la influencia del azar, es decir, el poder que la persona sitúa en factores externos como la suerte o el destino.

Tabla 2

Esquema de factores involucrados en el estudio y sus dimensiones.

Factores	Dimensiones
Autoeficacia percibida para el control del peso	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Alimentación -Área de Actividad Física
Creencias de control personal de peso	<ul style="list-style-type: none"> - Interno - Externo
Locus de control del peso	<ul style="list-style-type: none"> a) Por otras figuras de poder b) Por azar
Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Modelado - Monitoreo o Control de estímulos - Reforzamiento - Debilitamiento
Adhesión al tratamiento de la obesidad infantil	
Índice de Masa Corporal	

5.1.1. Creencias de control personal del peso.

5.1.1.1. Autoeficacia percibida para el control de peso.

Definición constitutiva.

La autoeficacia se concibe como los juicios de cada individuo sobre sus propias capacidades, en base a las cuales buscará organizar y ejecutar sus actos, de modo que le permitan alcanzar un rendimiento deseado (Bandura, 1987).

La autoeficacia para controlar el peso fue conceptualizada por Lugli (2011) como aquella autoeficacia que hace alusión a qué tan capaz se siente la persona de controlar su peso, como un aspecto independiente de la percepción de sus habilidades que cree tener para autorregularse con relación a su peso.

Definición operacional.

La medición de la autoeficacia se llevará a cabo mediante la implementación del Inventario de Autoeficacia percibida en la regulación del peso corporal (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007) (Ver Anexo A), el cual mide la percepción de autoeficacia, en actividades relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física. Se encuentra constituido por 37 ítems que son respondidos en una escala de cuatro alternativas, que van desde “Incapaz de poder hacerlo” (0) hasta “Seguro de poder hacerlo” (3). La puntuación total resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida para el control del peso. En este caso, se consideraron las puntuaciones de cada dimensión, de alimentación y actividad física (incluyendo la programada y cotidiana), que se señalan en el instrumento, tomando en cuenta que se hacen prescripciones de ambos aspectos en el tratamiento de la obesidad infantil, se han estudiado en las estrategias parentales y en el control de peso en general.

Nivel de medición.

Intervalo.

5.1.1.2. Locus de control de peso.

Definición constitutiva.

El locus de control se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento en la vida del sujeto, según se localice el control dentro o fuera del sujeto mismo. El término hace alusión a las creencias de control, es decir, la representación subjetiva de las propias habilidades de cada persona para controlar o modificar hechos importantes en la vida (Bandura, 1999; Lazarus y Folkman, 1986).

El locus de control de peso es considerado una conceptualización que se refiere a aquellas creencias de control de las propias cualidades de la persona, para controlar o modificar su peso (Lugli, 2011).

Definición operacional.

El locus de control será estimado a través del instrumento Inventario de Locus de control del peso (Lugli y Vivas, 2011) (Ver Anexo B), el mismo mide las creencias de control respecto al peso. Se encuentra constituido por 16 ítems que son respondidos en una escala de cuatro opciones, que van de cero (0) que equivale a una valoración de “Totalmente en desacuerdo”, hasta tres (3) que se refiere a “Totalmente de acuerdo”. La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje obtenido en cada dimensión (interno, externo por otras figuras de poder y externo por azar), mayor locus de control del aspecto medido en cada una.

Nivel de medición.

Intervalo.

5.1.2. Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física.

Definición constitutiva.

Se refiere a las prácticas de los padres y/o cuidadores, cuando éstos buscan influir mediante el modelamiento y control de conductas relacionadas a la alimentación y actividad física (Blissett, 2011). También, se pueden considerar como la interacción entre

los representantes y los (las) niños(as) considerando criterios de instrumentación de los procedimientos del análisis conductual, orientados al control de estímulos y al reforzamiento de comportamientos saludables en los ámbitos de alimentación y actividad física (Díaz y Gautier, 2015) (Ver Anexo C).

Definición operacional.

Las prácticas de estrategias parentales de alimentación y actividad física serán evaluadas mediante el instrumento creado *ad hoc* para esta investigación denominado “Cuestionario de estrategias Parentales de manejo comportamental de la Alimentación y Actividad física” (CEPAAF), el cual consiste en 30 ítems que representan la instrumentación de procedimientos del análisis conductual, respecto a comportamientos saludables de alimentación y actividad física, tales como: control de estímulos o monitoreo, modelado, reforzamiento y debilitamiento; son respondidos con cuatro opciones de respuesta: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2) y siempre (3), obteniéndose un total por dimensión y un total que denota la frecuencia de uso de estrategias que promueven conductas saludables (Ver Anexo C).

Nivel de medición.

Intervalo (por dimensión)

5.1.3. Adherencia al tratamiento de la obesidad infantil.

Definición constitutiva.

La adherencia (o conductas de adherencia) fue definida por Meichenbaun y Turk (1991) como el grado de correspondencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre la salud o prescripciones que ha recibido de parte de algún servidor de salud, dicha relación debe comprender un carácter activo que enfatice la participación y colaboración voluntaria por parte de la persona que solicita dicho servicio de salud. En este caso, tales prescripciones son referidas respecto a la obesidad infantil.

Definición operacional.

Las conductas que caracterizan la adherencia al tratamiento, serán evaluadas a través del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil, elaborado *ad hoc* para esta investigación (Ver Anexo D). Este instrumento mide el grado de correspondencia entre los comportamientos tanto de niños(as) con obesidad infantil como de sus representantes y los consejos o prescripciones que ha recibido de parte del servidor de salud (específicamente Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano); consiste en 21 ítems con cuatro opciones de respuestas: 0-1 día a la semana (0), 2-3 días a la semana (1), 4-5 días a la semana (2) y 6-7 días a la semana (3), contestado según la frecuencia estimada en que se cumplen comportamientos prescritos como tratamiento de la obesidad infantil; incluye un ítem adicional sobre la asistencia a talleres formativos de hábitos saludables. La sumatoria total representa el grado de adherencia a dicho tratamiento (a mayor puntaje, mayor adhesión).

Nivel de medición.

Intervalo.

5.1.4. Índice de Masa Corporal.***Definición constitutiva.***

El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula del peso y la estatura de un niño. El IMC es un indicador de ser normopeso o eutrófico, sobrepeso y nivel de obesidad que es confiable para la mayoría de los (las) niños(as) y adolescentes. El IMC no mide la grasa corporal directamente, pero las investigaciones han mostrado que tiene una correlación con mediciones directas de la grasa corporal y se usa como indicador de progreso clínico en caso de que sea necesario que aumente o no (Padula y Salceda, 2008).

Definición operacional.

El índice de masa corporal es un número que se calcula una vez que se han tomado las medidas de peso y altura de una persona. Se calcula mediante una fórmula

general enunciada como peso (en kilogramos, Kg) dividido por la altura (en metros, m) al cuadrado.

En este caso se utiliza como referencia de cambio, considerando la comparación del IMC inicial y el IMC actual del niño o niña señalados en el historial clínico del centro nutricional infantil Antímamo (CANIA), y categorizando la diferencia en: “aumento de IMC” si subió en dígitos, “mantenimiento de IMC” si no hubo cambio y “decremento del IMC” si disminuyó en dígitos.

Cabe acotar, que todos los 25 participantes proceden de distintos grupos de seguimiento o control (como se señalará en el apartado de descripción de participantes). En el anexo E es posible observar el manual de procedimiento de las consultas de Obesidad y las fases de tratamiento que se llevan a cabo en CANIA. Mediante el esquema se observa que el tratamiento al que han sido expuestos todos los participantes ha sido el mismo, independientemente del grupo control al que pertenecen, es decir, el tiempo que llevan en seguimiento; es por esta razón que se ha decidido trabajar con el cambio de IMC de los(as) niños(as) de todos los participantes sin subdividirlos por la fase en que se encuentran, pues se parte de la igualdad de condiciones a los que todos han sido sometidos.

Nivel de medición.

Nominal.

5.2. Tipo de Investigación

La presente investigación corresponde a un estudio *descriptivo correlacional*, a través del uso de encuestas y entrevista directa, que se incluyen dentro de las metodologías *ex post facto*, pues la investigación no pretendía la manipulación las variables de interés; consistió en la medición, evaluación y recolección de datos sobre algunas variables de interés, o bien, sobre algún aspecto o dimensión de éstas, y una vez procesada esta información, se prosiguió a detallar cómo se manifiestan dichas variables y la localización o identificación de posibles relaciones entre ellas (Kerlinger y Lee, 2002).

5.3. Diseño de Investigación

Siguiendo los planteamientos de Hernández y sus colaboradores (2006), la presente investigación representa un estudio *ex post facto*, se realizará siguiendo las pautas de un *diseño no experimental*, en donde se describan y se contemplen las relaciones entre las variables involucradas en su contexto natural. El tipo de diseño *no experimental* responde específicamente a un *plan transversal* (diseño transeccional), en donde se realizaron las observaciones en un único momento, para de esta manera responder al nivel descriptivo de la investigación y distinguiendo el comportamiento de las variables o factores.

5.4. Sujetos Participantes

5.4.1. Fase preparatoria

5.4.1.1. Validación de contenido

En la tabla 3, se muestra la descripción de los (las) expertos(as), de los cuales los n° 1, 2, 3, 4, 5 participaron en la validación de ambos cuestionarios (de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física CEPAAF, y el de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil), los n° 6, 7, 8 y 9 sólo participaron en el primero (CEPAAF) y el n° 10 sólo participó en el segundo (adherencia al tratamiento).

Tabla 3

Descripción del jurado participante en la validación de contenido de los instrumentos

N°	Descripción	Años de experiencia
1	Lic. en Psicología, mención clínica, especialista psicología de la alimentación y psicología de enlace (intrahospitalaria). Se desempeña como psicóloga en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	31
2	Lic. en Psicología, mención clínica, especialista psicología de la alimentación y psicología de enlace (intrahospitalaria). Se desempeña como psicóloga en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	28

3	Lic. en Psicología, mención clínica, especialista psicología de la alimentación y psicología de enlace (intrahospitalaria). Se desempeña como psicóloga en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	22
4	Lic. en Psicología, mención clínica, especialista psicología de la alimentación y psicología de enlace (intrahospitalaria). Se desempeña como psicóloga en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	4
5	Lic. en Psicología, mención educativa, especialista en psicología de la alimentación y educativa. Se desempeña como psicóloga en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	4
6	Lic. en Psicología, mención clínica, Magister Scientiarum en Psicología mención Análisis Conductual. Docente de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela.	29
7	Lic. en Psicología, mención clínica, Magister Scientiarum en Psicología Mención Análisis Conductual. Docente investigadora del Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.	32
8	Lic. en Psicología, mención clínica. Docente de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela.	5
9	Lic. en Psicología, mención clínica. Docente de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela.	4
10	Lic. en Nutrición y Dietética, especialista en nutrición clínica. Se desempeña como nutricionista en el equipo de obesidad y sobrepeso del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.	8

5.4.1.2 Validación empírica (prueba piloto)

Seis (06) madres, padres o representantes residentes en la ciudad de Caracas-Venezuela, cuyos hijos(as) o representados(as) han sido diagnosticados(as) con obesidad infantil o sobrepeso, y que han recibido pautas de tratamiento especializado en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) ubicado en la parroquia Antímamo, en la ciudad de Caracas, Venezuela.

5.4.2. Trabajo de campo

Los 25 participantes estaban constituidos por madres, padres o representantes residentes en la ciudad de Caracas-Venezuela, cuyos hijos(as) o representados(as) han sido diagnosticados(as) con obesidad infantil o sobrepeso, y han recibido pautas de

tratamiento especializado en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímáno (CANIA) ubicado en la parroquia Antímáno, en la ciudad de Caracas, Venezuela.

De dichos participantes, el 12% de este total constituían representantes masculinos (padres), mientras que el 88% restante estaba formado por representantes de sexo femenino, en el cual destacaba, en primera instancia, la figura materna y en segunda la abuela del niño o la niña en tratamiento.

Las edades de los representantes consultados se extendían desde un mínimo de 18 años, hasta un máximo de 74 años. La porción mayoritaria de los participantes, 48% poseían edades iguales o superiores a los 41 años, valor muy cercano a la mitad de los encuestados; el 40% entre los 31 y los 40 años, y 8% entre 21 y 30 años de edad, sólo participó un (01) representante con una edad igual o menor a los 20 años.

De acuerdo con los datos recabados, 84% de los sujetos se encontraban actualmente diagnosticados como “Peso elevado”, una categoría que abarca desde el sobrepeso hasta la obesidad grave. A partir del IMC de los representantes se subdividieron de acuerdo a las categorías establecidas por la OMS; más de un tercio de los representantes encuestados (44%), calificaron como “Obesidad leve”, un 24% correspondían al diagnóstico de “Sobrepeso”, 16% calificaron en el rango de “Eutrófico” o peso saludable, el 12% correspondía a la categoría “Obesidad moderada, y, sólo un (01) representante fue considerado bajo el diagnóstico “Obesidad grave”.

El 50% de los participantes se encontraban en la primera sesión de seguimiento del tratamiento de la obesidad infantil, 23% y 23% se encontraban con la segunda y tercera sesión trimestral, respectivamente, y 4% se encontraban en la cuarta sesión o superior. Si bien, entre el primer control y los superiores hay diferencias temporales mensuales (hasta anuales), se ha decidido trabajar con todos los participantes sin subdividirlos por dichas fases, partiendo de la igualdad de tratamiento recibido en CANIA que implica que sea el mismo independientemente de la sesión de seguimiento o control en que se encuentren actualmente.

Respecto a los niños y niñas de los participantes, la mayoría es del sexo femenino, constituyendo un 73%, y el 27% restante es del sexo masculino. Más de la mitad de los

niños(as), un 54%, eran de 10 años de edad o superior; un 42% se encontraban en edad escolar (entre 5 y 9 años) y sólo uno tenía menos de 2 años de edad. 35% están diagnosticados(as) con obesidad moderada, 27% con sobrepeso, 23% con obesidad grave, 12% con obesidad leve y 4% son eutróficos(as) (sin obesidad ni sobrepeso).

5.5. Materiales

5.5.1. Fase preparatoria

5.5.1.1. Validación de contenido

- Guía de validación del cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física (CEPAAF) (ver Anexo F).
- Guía de validación del cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil (ver Anexo G).

5.5.1.2. Validación empírica (prueba piloto)

- Consentimiento informado (ver Anexo H).
- Planilla de datos de identificación y biométricos (Anexo I).
- Inventario de Autoeficacia en la regulación del peso corporal (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007) (ver Anexo A).
- Inventario de Locus de control del peso (Lugli y Vivas, 2011) (ver Anexo B).
- Cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física (Díaz y Gautier, 2015) (ver Anexo C).
- Cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil (Díaz y Gautier, 2015) (ver Anexo D).
- Lapiceros y lápices.

5.5.2. Trabajo de campo

Los mismos de la fase de validación empírica (prueba piloto).

5.6. Procedimiento

5.6.1. Fase preparatoria

5.6.1.1. Validación de contenido de los instrumentos.

Esta fase tuvo como objetivo construir y validar dos instrumentos: uno para medir la adherencia al tratamiento de la obesidad infantil, y otro para medir las estrategias parentales de manejo comportamental respecto a la alimentación y actividad física.

Se elaboraron dos instrumentos ad hoc: el “cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física (CEPAAF)”, y el “cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil”, tomando en consideración las definiciones y elementos teóricos de los constructos en cuestión. En aras de su validación, se elaboraron sus respectivas guías (ver Anexos F y G), en las cuales se especifica su ficha técnica psicométrica, dimensiones, instrucciones, ítems y forma de puntuación, así como indicaciones para que los jueces/zas analizaran y valoraran dichos aspectos según su adecuación.

Posteriormente se contactaron a profesionales de la salud que se encuentren familiarizados con el estudio y el abordaje de casos de obesidad infantil y con procedimientos del análisis conductual, tales como nutricionistas y psicólogos. Para el cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad específicamente se contactaron administradores del tratamiento del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). En el caso del cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física, el jurado fue compuesto por profesionales de la psicología con conocimientos y formación sobre análisis conductual.

Tras la selección de las personas más idóneas que accedieron a evaluar el cuestionario, se procedió a entregarles el formato de evaluación (Anexos F y G) para que señalaran sus observaciones acerca de la pertinencia y adecuación de los ítems y del cuestionario en general.

5.6.1.2. Validación empírica (prueba piloto).

En esta fase se tuvo como objetivo verificar la comprensión de los cuestionarios (modificados) por parte de personas que califiquen como participantes, en aras de validar su redacción y realizar las modificaciones pertinentes de ser necesario.

Se contó con un área amplia, iluminada, acondicionada, con óptimas condiciones de ventilación, que permitió a los participantes responder los instrumentos elaborados en un escritorio y una silla donde cada persona pudo llevar a cabo la actividad de forma cómoda.

Se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

- Se contactaron a los(as) participantes dispuestos(as) a responder voluntariamente los instrumentos mediante el sistema central de asignación de citas de CANIA.
- Se presentó el consentimiento informado, describiendo los instrumentos y la finalidad académica de la actividad
- Se hizo lectura de las instrucciones, destacando la apertura a señalar e informar verbalmente cualquier duda, observación y/u opinión.
- Se procedió a la recolección de información obtenida durante la aplicación.

5.6.2. Trabajo de campo.

En esta etapa se pretendió recolectar la información necesaria para analizar el comportamiento de los factores o variables y responder los objetivos de la investigación.

Se contó con un área amplia, iluminada, acondicionada, con óptimas condiciones de ventilación, que permitió a los participantes responder los instrumentos elaborados en un escritorio y una silla o bien en una silla con apoyo para anotar, donde cada persona pudo llevar a cabo la actividad de forma cómoda.

Se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

- Contacto con los sujetos participantes mediante CANIA (centro de atención nutricional Antímamo) siendo presentados el día de su cita de control en dicha institución.
- Cada participante pasó, uno por uno, al ambiente de oficina, o en grupo al ambiente de sala.
- Se hizo presentación del consentimiento informado (exposición de los objetivos de la investigación, confidencialidad de la información aportada, permiso de revisión de historia en CANIA, entre otros aspectos señalados en el mismo).
- Posteriormente, se hizo lectura de las instrucciones de cada instrumento, aclarando las dudas surgidas.
- Finalmente se hizo la recolección de la información obtenida, verificando que se haya dado respuesta a cada ítem.

5.6.3. Etapa de análisis de resultados.

Tal como se presentará en el siguiente apartado, se organizaron los resultados de acuerdo a cada fase, a partir de los datos obtenidos mediante las validaciones se hicieron los ajustes a cada cuestionario; luego, con el programa SPSS.17 se realizó la descripción de cada factor con estadísticos descriptivos, y se señalaron las relaciones entre los mismos.

VI. Resultados

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a cada fase de la investigación.

6.1. Resultados de fase preparatoria

6.1.1. Resultados de validación de contenido.

En la tabla 2, se muestran los resultados de la evaluación del cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física; tal como se puede observar, todos(as) los (las) expertos(as) señalaron que el número de ítems y el orden de los mismos es adecuado, asimismo se consideraron adecuadas las categorías de respuesta, sin embargo se acotó el cambio de dos de las mismas debido a una contradicción (ej. “casi siempre” cuando “siempre” es un adverbio que remite a cualidades de absoluto), lo cual se llevó a cabo.

En cuanto a la redacción de los mismos, los expertos n° 1-5 corrigieron la redacción redundante del ítem ahí señalado, lo cual se acotó, y además el n° 6 señaló que “le informo” puede interpretarse menos coercitivo que “le aviso”.

Respecto al contenido de los ítems, todos los expertos, a excepción de los n° 8 y 9, no consideraron adecuada la pertinencia de los ítems en la dimensión de reforzamiento negativo, y los n° 1-5 acotaron que el reforzamiento positivo de conductas no saludables puede ser contraproducente y por tanto los ítems correspondientes serían adecuados si se puntuaran de forma inversa; se acotó esto uniendo la dimensión por reforzamiento en general y especificando lo que incluye la dimensión de debilitamiento (extinción, costo de respuesta), además de corregir la redacción de “dejar ver la televisión por su buen comportamiento” por “permitir hacer algo de su agrado por su comportamiento *saludable*”.

En este sentido, los mismos señalaron agregar ítems de reforzamiento positivo mediante reforzadores sociales de afecto (ej. besos, caricias), asimismo, se señaló la sustracción de ítems repetidos de reforzamiento de actividad física, y se unieron mediante el ítem “felicito a mi hijo(a) *por* hacer deporte o ejercicio”.

Sólo dos de los expertos, los n° 8 y 9, consideraron adecuada la forma de puntuación (sin total y por dimensión), pues los demás, sin sugerir que se hiciera un total, acotaron especificar que los ítems se refieran a estrategias de fomento de conductas de alimentación y actividad física saludables, señalando que son la sumatoria de la frecuencia de uso de las mismas por dimensión (las cuales fueron cambiadas tal cual se señaló).

Finalmente, en la guía de validación y ficha se modificó los objetivos y demás elementos del instrumento, para que se represente adecuadamente el mismo, quedando la versión final tal cual se muestra en el Anexo J.

Tabla 4

Valoración del jurado del cuestionario de Estrategias Parentales de Manejo Comportamental de Alimentación y Actividad Física.

Aspecto a evaluar	AD	ND	Observaciones
Número de ítems	9	0	
Orden de los ítems	9	0	
Redacción de los ítems	2	7	<p>-(1) Tono inadecuado en la redacción de los ítems de reforzamiento negativo ej. “le aviso” en lugar de “le informo”, <i>Avisar</i> posee un carácter más afable para el lector.</p> <p>-(5) Redacción del ítem “el (la) niño(a) come cada comida o merienda acompañado de algún adulto que supervise o acompañe”, cambiar a primera persona y por “come <i>acompañado(a)</i> de algún adulto” sin redundar.</p>
Contenido de los ítems	2	7	<p>-(6) Los ítems de reforzamiento negativo no representan la dimensión en cuestión.</p> <p>-(1) Especificar tipos de debilitamiento en dimensión (extinción, costo de respuesta).</p> <p>-(5) Algunos ítems de reforzamiento fomentan conductas no saludables (repercute en puntuación) (ver T.V. por buen comportamiento).</p> <p>-(1) Especificar premiar (ej. dejar ver T.V.) conductas “saludables” (agregar esa palabra).</p>
Categorías de respuesta	8	1	<p>-(1) “Casi siempre” y “Casi nunca” son contradictorios pues los adverbios “Nunca” y “Siempre” son absolutos. Se presenta la opción de</p>

			cambiar “Casi nunca” por “A veces” y “Casi siempre” por “Frecuentemente”.
Forma de puntuación	2	7	- (2) Actuaría como la <i>frecuencia</i> de uso de una categoría específica, lo que implica que cuanto más específica sea una categoría más preciso el dato, las Escalas Ordinales no tienen “0” absoluto ya que no miden cantidad de atributos sino la categoría de pertenencia, el puntaje total no estaría indicado. - (5) Incluir ítem “dejo a mi hijo(a) comer chucherías si realizó ejercicio físico” y premiar con ver t.v como invertidos, pues fomenta conductas contraindicadas, si no se consideran tales conductas eliminar dichos ítems.
Sin adición de ítems	4	5	- (5) Agregar ítems de reforzamiento mediante afecto (besos, caricias).
Sin sustracción de ítems	2	7	- (5) Ítems repetidos “felicito <i>durante y después</i> de hacer ejercicio o deporte” unir.
Observaciones adicionales	(5) Felicitación por hacer ejercicio debería ser continua al inicio de formación del hábito y luego intermitente. (1) Nueva redacción del objetivo del CEPAAF en ficha técnica y de sus dimensiones (unir reforzamiento, especificar debilitamiento).		

Leyenda: AD: adecuado ND: no adecuado

En la tabla 3, se muestran los resultados de la evaluación del cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil, tal como se puede apreciar, los 6 expertos participantes consideraron adecuados el número, orden, contenido y forma de puntuación de los ítems, sin necesidad de agregar o sustraer ninguno. Sin embargo, el experto n° 10 hizo las correcciones señaladas respecto a su redacción, señalando dos dudas respecto a la redacción tipo afirmación, la cual no fue modificada debido a la forma de puntuación. Dada las modificaciones, el cuestionario final se muestra en el Anexo D.

Tabla 5

Valoración del jurado del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil.

Aspecto a evaluar	AD	ND	Observaciones
-------------------	----	----	---------------

Número de ítems	6	0	
Orden de los ítems	6	0	
Redacción de los ítems	5	1	-Items que indican “porciones” sustituir por palabra “raciones” -Item 5 incluir tamaño de ración (ej. ½ taza de ensalada) -Item 8 especificar que es la palma de la mano <i>del (la) niño(a)</i> y sustituir palabra “pedazo” por “trozo” -Item 15 especificar acompañante “adulto” -Item 14 agregar <i>ingiere o consume</i> . -Item 16 especificar “durante el consumo de alimentos”, error de tipeo de palabra “hace” -Item 21 nombre de especialistas en mayúscula -Item 22 agregar “controles grupales”
Contenido de los ítems	6	0	-En ítem 13 duda de si se repite una porción menor no se puntúa.
Categorías de respuesta	6	0	
Forma de puntuación	6	0	
Sin adición de ítems	6	0	
Sin sustracción de ítems	6	0	
Observaciones adicionales	(1) Duda de redacción de ítems en afirmación en lugar de pregunta		

Leyenda: AD: adecuado ND: no adecuado

6.1.2. Resultados de validación empírica (prueba piloto).

Se hizo el procesamiento de la información, encontrándose una adecuada comprensión de los instrumentos (100% de los ítems), anotando y realizando una corrección de cada instrumento (ej. errores de tipeo en ítem 16 del cuestionario de adherencia al tratamiento, repetición de ítem de felicitar ejercicio físico en el CEPAAF).

6.2. Resultados de trabajo de campo

Estadísticos descriptivos.

Cambio en el Índice de Masa Corporal.

Respecto al factor del cambio del índice de masa corporal (IMC), tomando en cuenta el inicial pre-tratamiento y el actual, se puede observar en la figura 1 que se encontró que más de la mitad de los (las) niños(as) que asisten al tratamiento por diagnóstico de obesidad y sobrepeso (65%), efectivamente han experimentado un decremento en el valor del peso con respecto a la altura, dando como resultado una disminución en el valor del IMC. Un 23% de los casos revisados había mantenido su peso en relación a su altura, resultando en un mantenimiento en el IMC. Por último, una porción minoritaria (12%) habían conseguido aumentar el valor de IMC con el que habían iniciado el tratamiento.

Cambio en el Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as)

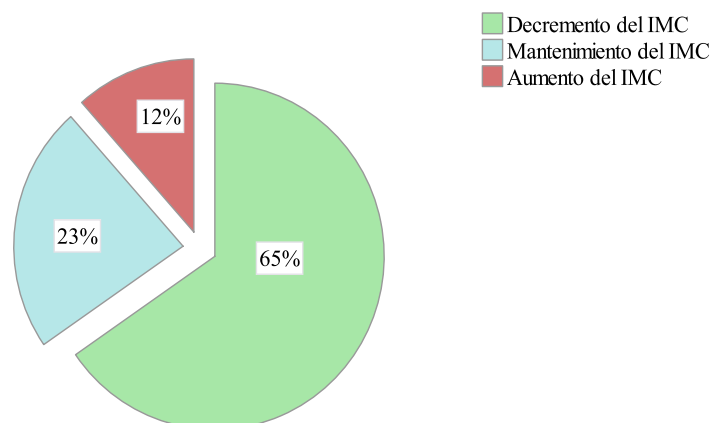


Figura 1. Distribución de los (las) niños(as) de los representantes participantes según el cambio en el Índice de Masa Corporal

Autoeficacia percibida para el control del peso.

En cuanto a las creencias del control personal de peso, en la Autoeficacia Percibida para el Control de Peso se evaluaron dos grandes factores: a) Alimentación, con puntajes entre 0 y 60 y b) Actividad Física, con puntajes entre 0 y 51; y sus puntajes totales

posibles se encontraban entre 0 y 97. En la dimensión de alimentación, los puntajes oscilaban entre cero (0) y 60 puntos, y el promedio de las puntuaciones obtenidas fue de 48,48 puntos, valor que se considera cercano al límite superior real de las puntuaciones; el valor de curtosis obtenido fue de -0,89, denotando baja agrupación de los puntajes, mayor dispersión y variabilidad en las puntuaciones, y la asimetría obtenida fue de -0,19, indicando una tendencia de los valores a agruparse en las puntuaciones del límite superior real. Los representantes consultados manifestaron, en promedio, que su nivel de autoeficacia en el área de la alimentación es alto, con una gran dispersión de puntajes.

Para el segundo factor de Autoeficacia percibida para el control del peso se consideró el área de la Actividad Física, cuyos puntajes estuvieron entre cero y 51 puntos. La media obtenida en la autoeficacia para la actividad física fue de 37,04, reflejando un valor mínimo obtenido de 16 puntos, y un puntaje máximo obtenido de 51 puntos. El valor de asimetría en los resultados de Autoeficacia percibida para el control del peso en el área de la Actividad Física arrojó -0,63, una cifra negativa que demuestra que la distribución de puntajes se encuentra ligeramente sesgada hacia las puntuaciones altas. El valor de la curtosis se estimó como -0,30, y se interpreta como una menor agrupación de los puntajes y con una tendencia a calificar entre las puntuaciones altas, por lo que los participantes reportaron niveles altos de autoeficacia percibida en el área de la actividad física.

Para la Autoeficacia percibida, cuyos puntajes son entre 0 y 111 puntos, los participantes obtuvieron un promedio de 85,68 puntos, con un puntaje mínimo de 61 puntos, y un puntaje máximo de 111 puntos. El valor de asimetría en los resultados de Autoeficacia percibida resultó -0,06, una cifra negativa que demuestra que la distribución de puntajes se encuentra muy ligeramente sesgada hacia las puntuaciones altas.

Por su parte, el valor de la curtosis se estimó como -1,05, y se interpreta como una menor agrupación de los puntajes en comparación con la distribución normal, asemejándose a una distribución platicúrtica por la alta dispersión de puntajes. Las puntuaciones se distribuyeron a lo largo de la escala de forma dispersa y con una sutil tendencia a calificar entre las puntuaciones altas, por lo que los participantes exhibieron niveles altos de autoeficacia percibida.

Tabla 6
Estadísticos descriptivos de la Autoeficacia percibida para el control del peso.

	Estadísticos		
	Autoeficacia percibida para el control del peso (alimentación)	Autoeficacia percibida para el control del peso (actividad física)	Autoeficacia percibida para control del peso (Total)
N (Válidos)	25	25	25
Media	48,48	37,04	85,68
Asimetría	-0,194	-0,832	-0,064
Error típ. de asimetría	0,464	0,464	0,464
Curtosis	-0,892	-0,301	-1,054
Error típ. de curtosis	0,902	0,902	0,902
Rango	28	35	50
Mínimo	32	16	61
Máximo	60	51	111

Locus de control del peso.

En el Inventario de Locus de Control de peso no existe un puntaje total, sin embargo, los valores entre los reactivos de cada dimensión sí conforman sumatorias de puntaje (ver tabla 7).

En la dimensión de Locus Interno, en la cual los puntajes se encontraban entre 0 y 18 puntos. La media de las puntuaciones fue de 13,56 puntos, aproximadamente 14 puntos, un valor que se encuentra cercano al límite superior de las puntuaciones posibles (máxima puntuación posible es de 14 puntos). El valor de asimetría de la distribución fue de -0,48, y de curtosis de 0,32, indicando que la distribución de los puntajes está sesgada o se concentran en mayor frecuencia en los valores altos, lo que señala que los participantes suelen atribuir una responsabilidad importante a sus características internas en materia del control del peso.

La siguiente dimensión de Locus de control del peso hace referencia a la influencia de factores externos al sujeto. El locus de control externo a su vez se divide en dos bloques: a) locus de control externo debido a la influencia del azar y b) locus de control externo debido a la influencia de otras figuras de poder. El Locus de control externo por azar obtuvo entre los participantes una puntuación promedio de 5,48, un valor que se

encuentra muy cercano al límite inferior de los puntajes, siendo que los puntajes oscilan entre cero (0) y 14 puntos. El valor de asimetría en los resultados de locus de control externo por azar resultó ser de 0,29, una cifra positiva que demuestra que la distribución de puntajes se encuentra ligeramente sesgada hacia las puntuaciones bajas. Por otro lado, el valor de la curtosis se estimó como -0,66, lo cual se interpreta como una menor concentración de los puntajes en comparación con la distribución normal. Con ello se infiere que los participantes depositaban menos sensación de control a las condiciones del azar en cuanto a su control del peso.

El locus de control externo debido a la influencia de otras figuras de poder cuyos puntajes son de cero (0) a 15 puntos. El promedio de puntajes obtenido fue de 9,28 y se considera como un valor que se encuentra cercano al centro de la distribución real de los puntajes. El valor mínimo obtenido fue de tres (03) puntos, mientras que el valor máximo se ubicó en 15 puntos. El valor de curtosis obtenido fue de -0,99, denotando baja concentración o agrupación de los puntajes, por ende una mayor dispersión y variabilidad en las puntuaciones. La asimetría obtenida en la distribución de puntajes del locus de control externo por otras figuras de poder reportado por los representantes fue de -0,05 lo cual se interpreta como una muy ligera tendencia a atribuir responsabilidad a figuras externas de poder (como Médicos y Nutricionistas, entre los principales) en el área de su control del peso.

Tabla 7
Estadísticos descriptivos del Locus de control del peso.

	Estadísticos		
	Locus de control del peso (interno)	Locus de control del peso (azar)	Locus de control del peso (otras figuras de poder)
N (Válidos)	25	25	25
Media	13,56	5,48	9,28
Asimetría	-0,485	0,286	-0,051
Error típ. de asimetría	0,464	0,464	0,464
Curtosis	0,323	-0,659	-0,987
Error típ. de curtosis	0,902	0,902	0,902
Rango	13	14	12
Mínimo	5	0	3
Máximo	18	14	15

Estrategias parentales de manejo comportamental para la alimentación y la actividad física.

En cuanto a las Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y la actividad física, el cuestionario no tiene un puntaje total, por lo cual se obtuvieron los estadísticos descriptivos por dimensión. Se puede observar en la tabla 8 que la media o promedio en la dimensión “Monitoreo / Control de estímulos” es de 15,12, donde el rango de puntajes es de 9 a 21 puntos y los puntajes posibles son de cero (0) a 21 puntos; el valor de curtosis obtenido fue de -0,052, denotando poca agrupación de los puntajes, con mayor dispersión y variabilidad en los mismos, y la asimetría obtenida fue de -0,219, indicando una ligera tendencia de los valores a agruparse en las puntuaciones del límite superior. Con ello se puede decir que los participantes mostraron o reportaron frecuencias variadas del uso del control de estímulos respecto a la alimentación y actividad física de sus niños(as).

En la dimensión “Modelado”, la media fue de 10,64 puntos, en un rango entre 5 y 15; de acuerdo a la asimetría de -0,929 y curtosis 0,51, la distribución de los puntajes está sesgada o las puntuaciones se concentran en mayor frecuencia en los valores altos, con menor frecuencia de observaciones en los puntajes bajos, y con una alta dispersión de puntajes; esto indica que si bien los puntajes varían, los representantes participantes reportaron una alta frecuencia del uso del modelado como estrategia.

En la dimensión “Reforzamiento”, el promedio obtenido fue de 19,48 puntos, en un rango de 9 a 27 (donde es posible de 0 a 27), así como una asimetría de -0,441 y curtosis de -0,279, lo cual indica una gran tendencia de los valores a agruparse en las puntuaciones del límite superior o altas, con poca dispersión de dichas puntuaciones. Lo anterior señala que la mayoría de los representantes reportaron una gran frecuencia del uso del reforzamiento como estrategia.

Finalmente, en la dimensión “Debilitamiento”, el promedio fue de 9,20, entre puntajes que van de 1 a 21 puntos (siendo posible un cero), la asimetría de 0,611 indica que dichas puntuaciones se agrupan en los valores bajos, y la curtosis de -0,504 señala una moderada variabilidad o dispersión de los mismos; ello permite decir que muchos de

los representantes participantes reportaron una baja frecuencia de uso del castigo y extinción como estrategias, sin embargo dichas frecuencias varían.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de las Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física.

	Estadísticos			
	Monitoreo / Control de estímulos	Modelado	Reforzamiento	Debilitamiento
N (Válidos)	25	25	25	25
Media	15,12	10,64	19,48	9,20
Desv. típ.	2,920	2,928	4,849	5,701
Varianza	8,527	8,573	23,510	32,500
Asimetría	-,052	,051	-,441	,611
Error típ. de asimetría	,464	,464	,464	,464
Curtosis	-,219	-,929	-,279	-,504
Error típ. de curtosis	,902	,902	,902	,902
Rango	12	10	18	20
Mínimo	9	5	9	1
Máximo	21	15	27	21

Adherencia al tratamiento.

Respecto a la adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil (ver tabla 9), los puntajes oscilaron entre 34 y 63 puntos, aunque la escala tiene puntajes de cero (0) a 63. Los representantes consultados (25) obtuvieron un promedio de puntajes de 50,68, es decir, aproximadamente 51 puntos, valor que se encuentra cercano al extremo de mayor puntuación. El valor de curtosis obtenido fue de -1,06 lo cual indica una baja concentración o agrupación de los puntajes, por ende una mayor dispersión y variabilidad en las puntuaciones. La asimetría obtenida fue de -0,41, lo cual se interpreta como la tendencia de los valores a agruparse en las puntuaciones superiores. Ello indica que los participantes reportaron niveles altos de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil de sus niños(as).

Tabla 9
Estadísticos descriptivos de la Adherencia al tratamiento de la obesidad infantil.

Estadísticos	
Adherencia al tratamiento	
N (Válidos)	25
Media	50,96
Asimetría	-0,482
Error típico de asimetría	0,456
Curtosis	-1,007
Error típico de curtosis	0,887
Rango	28
Mínimo	34
Máximo	62

Comparaciones entre medias.

En la figura 2, se puede observar que, si bien todos los(as) participantes tuvieron medias similares en cuanto al nivel de adhesión al tratamiento de la obesidad infantil, los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento en el IMC tuvieron una media superior, aunque similar a los que mostraron un decremento en el IMC, es decir, que reportaron una mayor frecuencia de cumplimiento de las prescripciones del tratamiento de sus niños(as); mientras que los que tuvieron un mantenimiento en dicho IMC reportaron un menor nivel de dicha adherencia.

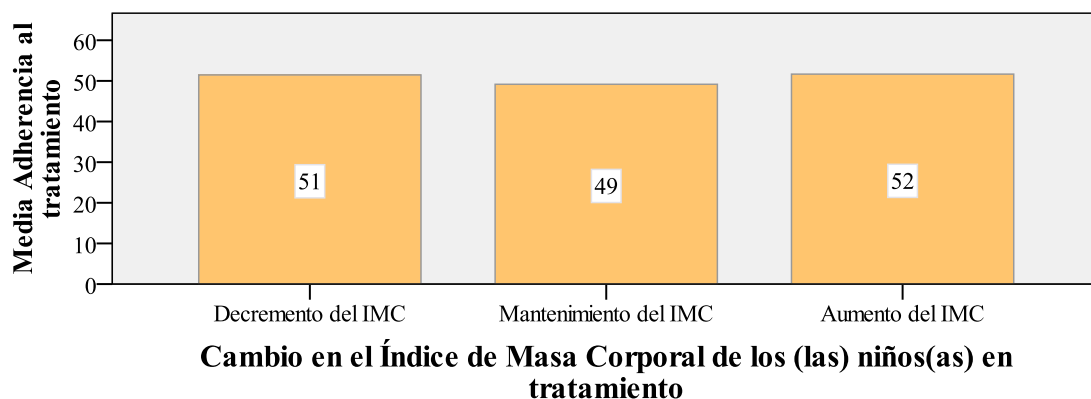


Figura 2. Adherencia al tratamiento comparado con el cambio en el IMC de los (las) niños(as) en su tratamiento.

En cuanto a las Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, se puede observar en la figura 3 que todos los participantes tuvieron medias similares en las dimensiones “Reforzamiento” y “Modelado”, es decir, reportaron frecuencias similares de uso de tales estrategias.

Asimismo, se puede apreciar que los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento en el IMC tuvieron una media superior a las demás en la dimensión “Debilitamiento”, los que mostraron un mantenimiento en el IMC y los que mostraron un decremento en el mismo tuvieron una menor media en dicha dimensión, es decir, reportaron haber usado con menor frecuencia tal estrategia. Éstos últimos (decremento de IMC) tuvieron una mayor media el “Monitoreo / Control de estímulos” respecto al resto, lo cual indica un reporte de mayor frecuencia de uso de tal estrategia.

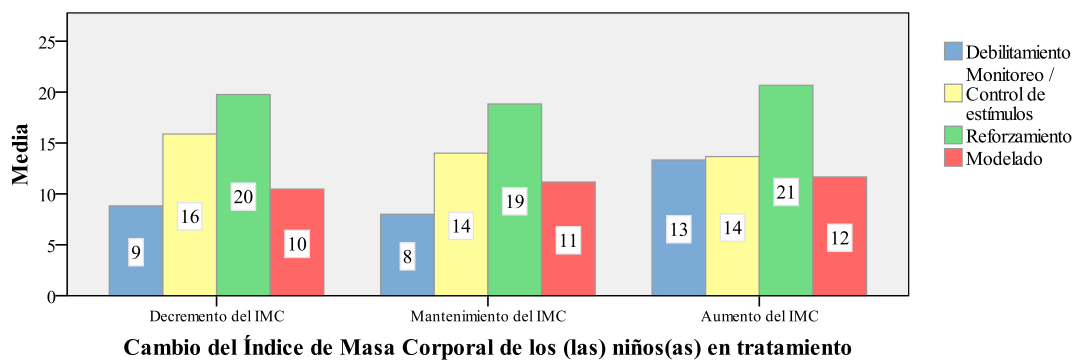


Figura 3. Cambio del Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparado con las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física.

En la figura 4, se puede observar que los representantes cuyos niños(as) mostraron un mantenimiento del IMC tuvieron una media superior a las demás en la autoeficacia percibida para el control de peso total y en la dimensión referente a la alimentación y a la actividad física. Por otra parte, los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento en el IMC tuvieron una media menor a las demás en la autoeficacia percibida para el control de peso total y en la dimensión de alimentación, y similar en la dimensión de actividad física con los que tuvieron un decremento del IMC.

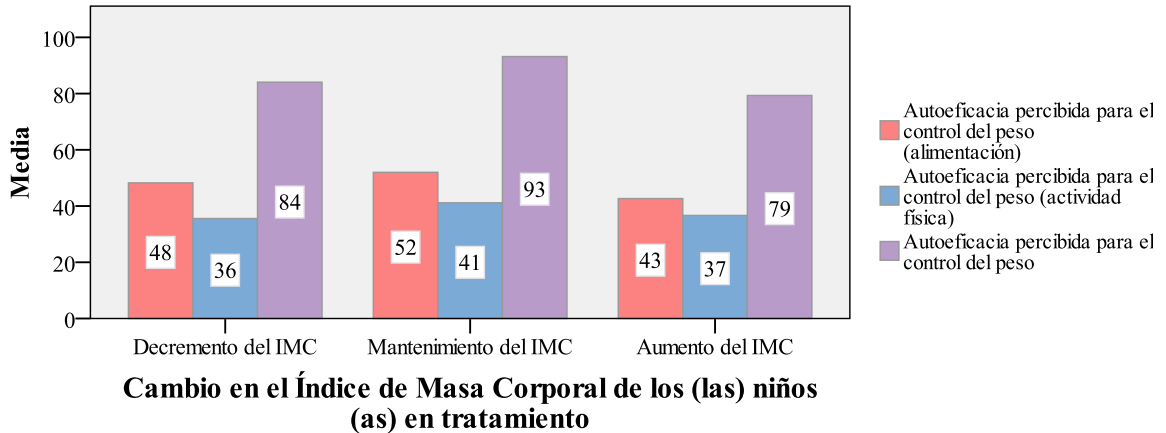


Figura 4. Cambio en el Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparados con el nivel de Autoeficacia percibida para el control del peso obtenido por los representantes participantes.

En la figura 5, se observa que los representantes cuyos niños(as) mostraron un decremento del IMC tuvieron una media superior de locus de control de peso tipo interno, siguiendo de forma similar los que tuvieron un mantenimiento y aumento de dicho IMC. Por otra parte, se puede apreciar que los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento del IMC tuvieron una media superior al resto en el locus de control de peso tipo externo referido a otras figuras de poder (ej. especialistas). Todos los participantes tuvieron una media similar de locus de control de peso tipo externo referido al azar.

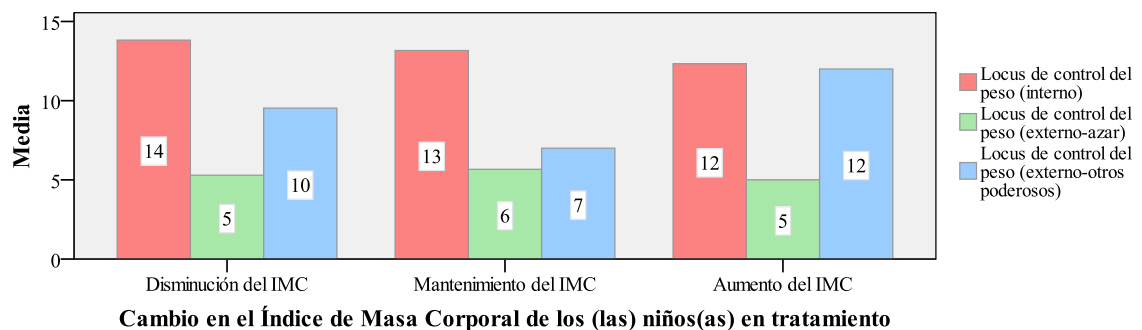


Figura 5. Cambio en el Índice de Masa Corporal de los (las) niños(as) diagnosticados(as) con obesidad y sobrepeso comparado con los niveles de Locus de Control de peso de los representantes participantes.

Correlaciones.

El resultado de la prueba de correlación Rho de Spearman entre el cambio en el IMC y las Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y la actividad física, el Locus de control del peso, la Autoeficacia percibida para el control del peso y la Adherencia al tratamiento, no reportó correlaciones significativas, por lo que, en esta ocasión se descarta la relación entre estos indicadores. Los detalles pueden apreciarse a través de la tabla 10

Tabla 10

Correlación entre el cambio registrado en el IMC de los niños en tratamiento y las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física, Locus de control del peso, Autoeficacia percibida y Adherencia al tratamiento.

Rho de Spearman		Cambio en el IMC de los niños en tratamiento		
		Aumento del IMC	Mantenimiento del IMC	Decremento del IMC
Estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física	Monitoreo	-0,23 (0,26)	-0,24 (0,25)	0,37 (0,07)
	Modelado	0,18 (0,39)	0,06 (0,78)	-0,18 (0,40)
	Reforzamiento	0,06 (0,78)	-0,09 (0,66)	0,04 (0,85)
	Debilitamiento	0,27 (0,20)	-0,07 (0,73)	-0,12 (0,58)
Locus de control del peso	Interno	-0,20 (0,34)	-0,09 (0,66)	0,22 (0,30)
	Externo (Azar)	0,00 (1)	0,01 (0,95)	-0,01 (0,96)
	Externo (Otras figuras de poder)	0,29 (0,16)	-0,37 (0,07)	0,13 (0,54)
Autoeficacia percibida en el control del peso	Alimentación	-0,28 (0,16)	0,26 (0,21)	-0,04 (0,85)
	Actividad física	-0,05 (0,81)	0,27 (0,20)	-0,20 (0,33)
	Total	-0,14 (0,51)	0,31 (0,13)	-0,19 (0,38)
Adherencia al tratamiento		0,03 (0,87)	-0,09 (0,67)	0,06 (0,78)

Como se muestra en la tabla 11, tras el cálculo de la correlación Rho de Spearman entre la Adherencia al tratamiento y el Locus de Control del peso, se obtuvo ninguna correlación significativa, evidenciando la ausencia de relación entre dichos puntajes.

Tabla 11
Correlación entre Adherencia al tratamiento y el Locus de control del peso.

Correlación Rho de Spearman	Locus de Control del Peso		
	Locus de control interno del peso	Locus de control externo del peso (por Azar)	Locus de control externo del peso (Otras figuras de poder)
Adherencia al tratamiento <i>Sig. (bilateral)</i>	-0,35 (0,09)	0,09 (0,53)	0,01 (0,95)

Durante la exploración de una posible vinculación entre la Adherencia al tratamiento y las Estrategias parentales de manejo en la conducta de alimentación y actividad física, como se señala en la tabla 12, el coeficiente de correlación Rho de Spearman arrojó valores que sugieren la ausencia de relación entre ambos puntajes.

Tabla 12
Correlación entre Adherencia al tratamiento y las Estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física.

Rho de Spearman	Estrategias Parentales en Alimentación y Actividad Física			
	Monitoreo	Modelado	Reforzamiento	Debilitamiento
Adherencia al tratamiento <i>Sig. (bilateral)</i>	0,20 (0,35)	0,25 (0,22)	0,02 (0,91)	-0,32 (0,12)

Mediante la tabla 13 se visualiza la correlación Rho de Spearman entre Adherencia al tratamiento y Autoeficacia percibida para el control del peso. Exclusivamente en la correlación entre Adherencia y la Autoeficacia en actividad física el nivel crítico ($p=0,03$) resultó inferior al nivel de significancia ($\alpha=0,05$) y se procede a aceptar la hipótesis alternativa que establece que hay una relación moderada y positiva entre la Adherencia al tratamiento y la Autoeficacia en actividad física, y se rechaza la hipótesis alternativa. En

la medida en que los valores en la Adherencia al tratamiento aumentan, el puntaje de la Autoeficacia se elevará y viceversa.

Tabla 13

Correlación entre Adherencia al tratamiento y Autoeficacia percibida para el control del peso.

Rho de Spearman	Autoeficacia percibida en el área de Alimentación	Autoeficacia percibida en el área de Actividad Física	Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (Total)
Adherencia al tratamiento	0,11	0,42	0,32
Sig. (bilateral)	(0,62)	(0,03)	(0,12)

La asociación entre las variables Autoeficacia percibida y el Locus de control de peso se llevó a cabo mediante una correlación Rho de Spearman, cuyos resultados se especifican en la tabla 14. Los valores de las correlaciones indican la ausencia de relación entre los puntajes de Autoeficacia y Locus de control del peso.

Tabla 14

Correlación entre Autoeficacia percibida y el Locus de control del peso.

Rho de Spearman	Locus de control del peso		
	Interno	Externo (por influencia del Azar)	Externo (por influencia de otras figuras de poder)
Autoeficacia percibida (Alimentación)	0,32	-0,10	-0,22
Sig. (bilateral)	(0,12)	(0,62)	(0,28)
Autoeficacia percibida (Actividad Física)	-0,20	0,09	-0,30
Sig. (bilateral)	(0,33)	(0,69)	(0,14)
Autoeficacia percibida (Total)	0,03	0,02	-0,29
Sig. (bilateral)	(0,88)	(0,93)	(0,16)

Como se indica en la tabla 15, no se encontraron relaciones significativas entre los valores obtenidos en Autoeficacia percibida y los componentes de las Estrategias Parentales de Manejo en Alimentación y Actividad Física.

Tabla 15

Correlación entre Autoeficacia percibida para el control del peso y las Estrategias parentales de manejo comportamental en alimentación y actividad física.

Rho de Spearman	Estrategias Parentales de Manejo Comportamental en Alimentación y Actividad Física			
	Monitoreo	Modelado	Reforzamiento	Debilitamiento
Autoeficacia (Alimentación) <i>Sig. (bilateral)</i>	0,04 (0,87)	0,00 (0,99)	0,04 (0,86)	-0,28 (0,18)
Autoeficacia (Actividad Física) <i>Sig. (bilateral)</i>	-0,01 (0,96)	0,02 (0,95)	0,09 (0,68)	-0,29 (0,16)
Autoeficacia percibida (Total) <i>Sig. (bilateral)</i>	-0,05 (0,81)	-0,07 (0,73)	-0,08 (0,71)	-0,39 (0,06)

Tal como se aprecia en la tabla 16, la asociación entre las variables de Estrategias Parentales para el Manejo de Alimentación y Actividad Física y el Locus de control de peso arrojó una correlación moderada y negativa ($r_s = -0,44$; $p < 0,05$) entre el componente de Monitoreo y el Locus de control externo por influencia del azar. El nivel crítico obtenido ($p = 0,03$) se ubicó por debajo del nivel de significancia ($\alpha = 0,05$), por lo que se considera que el error es pequeño y se procede a aceptar la hipótesis alternativa que establece que hay relación entre la estrategia de Monitoreo y el componentes del Locus de control externo debido al Azar, rechazando la hipótesis nula que afirma que no hay tal relación.

Tabla 16

Correlación entre Estrategias parentales de manejo comportamental en la alimentación y actividad física y el Locus de control del peso.

Rho de Spearman	Locus de control del peso		
	Interno	Externo (por influencia del Azar)	Externo (por influencia de otras figuras de poder)
Monitoreo Sig. (bilateral)	0,04 (0,83)	-0,44 (0,03)	-0,30 (0,14)
Modelado Sig. (bilateral)	0,15 (0,48)	-0,25 (0,23)	-0,04 (0,84)
Reforzamiento Sig. (bilateral)	0,09 (0,68)	-0,28 (0,17)	-0,02 (0,91)
Debilitamiento Sig. (bilateral)	0,02 (0,92)	-0,29 (0,15)	-0,13 (0,55)

VII. Discusión

Sobre la base de los resultados obtenidos, se pueden responder los objetivos y planteamiento de la presente investigación.

Teniendo presente al Índice de Masa Corporal (IMC) como una herramienta útil para la valoración de factores que predisponen a mantener la condición de la obesidad, se ha encontrado una alta proporción de niños con obesidad con padres que igualmente poseían la condición de obesidad (Regueras *et al.*, 2015), coincidiendo con lo anterior, en la presente investigación, se obtuvo que la mayor proporción del IMC de los representantes se agrupó bajo los diagnósticos de Obesidad Leve y Sobrepeso, mientras que el IMC de los niños y niñas en tratamiento se encontraban en mayor proporción bajo los diagnósticos de Obesidad Moderada y Sobrepeso; esto constituye un hecho que permite concebir la importancia de los padres como figuras modelos en la prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil.

Se planteó que, considerando la importancia reseñada en las investigaciones sobre la influencia familiar en la obesidad infantil, es posible que las estrategias de control y monitoreo de alimentación y actividad física como manejo comportamental, así como una alta autoeficacia y locus de control en otros (especialistas) y en sí mismos, es decir, las creencias de los padres acerca de sus capacidades, estén asociadas a la adhesión terapéutica de sus niños(as) con obesidad, y por ende en el cambio o decremento del IMC de los mismo(as), tomando en cuenta que forman parte importante de tal adhesión.

En cuanto a tal adherencia, se construyó un instrumento psicométrico *ad hoc* que contó con una validación de contenido por expertos calificados; aunque se hace necesario una evaluación o análisis psicométrico más exhaustivo en aras de validar sus cualidades en este aspecto. Se ha planteado que la adherencia no es función de la severidad de la enfermedad ni de la edad o género del paciente, lo cual sugiere que los factores que pueden modificarse (como lo son el apoyo práctico y el tratamiento de la depresión) ejercen mayor influencia que los que no son modificables, como la edad y el género (DiMatteo, 2004), como refuerzo a este argumento, en el presente estudio una porción de los niños se encontraba en Obesidad Moderada (35%) y una porción menor en Obesidad Grave (23%), constituyendo casi el 60% de los casos estudiados, no obstante, los representantes reportaron una tendencia hacia los puntajes altos en la adherencia al

tratamiento siendo coherente con que un 65% de los niños(as) tuvo una disminución en el IMC tras la consecución del tratamiento, si bien pudo haber otros factores no controlados asociados a dicho cambio.

A pesar de ello, si bien la mayoría de los niños(as) tuvieron un decremento en su IMC, hubo casos en que lo aumentaron o mantuvieron el mismo, y sin embargo también reportaron altos niveles de adherencia al tratamiento, de hecho, los hijos de quienes reportan alta adhesión, presentan un aumento del IMC, seguidos por los que presentan decremento en el mismo. Ello discrepa con otras investigaciones (Barja, Nuñez, Valendia, Urrejola, y Hodgson, 2005; González *et al.*, 2007; Limbers *et al.*, 2008) donde el decremento en el IMC se encuentra asociado a mejor adherencia, no sólo de los niños y niñas sino también de sus representantes. En este caso no se encontró tal asociación, y sería recomendable ver la coincidencia con el cambio del IMC de los(as) representantes.

Cabe señalar, que la discrepancia puede deberse a la forma de medición de la adherencia, pues como toda medida de autoreporte, es susceptible a la deseabilidad social. Por ello, es recomendable el uso de múltiples medidas a varias fuentes (en este caso a varios miembros del grupo familiar), observaciones, mediciones conductuales, entre otras (Meinchenbaum y Turk, 1991; Martin y Grau, 2004; Gonda, 2011). Asimismo, se deben explorar otros aspectos, no sólo respecto a la adherencia, que puedan afectar tales cambios y observarlos no sólo transversalmente sino de manera longitudinal.

En cuanto a las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, el instrumento *ad hoc* también diseñado y con validación de contenido, fue corregido y representa una herramienta para estudiar el constructo a futuro, considerando también una evaluación psicométrica más exhaustiva. Con ello, se pudo encontrar que la mayoría de los representantes participantes reportaron una alta frecuencia del uso del reforzamiento y del modelado como estrategias; tales resultados son coherentes considerando que han recibido un tratamiento cuyas prescripciones implican no sólo un plan de alimentación personalizado o individual, sino la inclusión del grupo familiar en el tratamiento para ofrecer modelamiento acerca de la forma de comer, los alimentos adecuados que se deben consumir, compañía durante las comidas y actividad física, así como el reconocer el esfuerzo y felicitar los niñas(os) al despliegue de los comportamientos saludables (Barboza, Zarzalejo, González, López y Vergara, 2015).

Se hace más probable entonces, que los niños y niñas lleven a cabo dichas conductas debido a un aprendizaje vicario y la asociación a factores como el refuerzo social que fortalecen y hacen aún más probable la aparición de los mismos (Bandura, 1965; Martin y Pear, 1999).

En los casos de los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento en el IMC, se encontró que tuvieron una media superior a las demás en la dimensión “debilitamiento” de las mencionadas estrategias parentales, sin embargo este hallazgo no se debe generalizar a otros grupos, pues no hubo correlación estadística. Ello implica que, en este grupo particular, reportaron altas frecuencias en los ítems del cuestionario que indican ignorar “quejas”, dar “regañones” o “castigo” a sus niños(as) ante comportamientos no saludables o contraindicados. Considerando que no se especifica qué tipo de castigo o reprimendas se ofrecen, pueden haberse incluido prácticas controvertidas como insultos o castigo físico, que acarrea consecuencias negativas asociadas, tales como agresión o miedo, si no se emplea otra estrategia que permita instaurar una conducta alternativa (Martin y Pear, 1999); además, en este caso se puede asociar la hora de comer o la actividad física con tales reprimendas, o bien evitar las sensaciones desagradables con estimulación agradable como comidas altas en grasas y azúcar (Barboza, Zarzalejo, González, López y Vergara, 2015), que a largo plazo fomentan el aumento de grasa corporal y por ende del IMC.

Además, la estrategia de “Debilitamiento” no necesariamente implica la enseñanza de conductas alternativas adecuadas. El instrumento está orientado a cuantificar (en la mayoría de sus ítems) las conductas adecuadas o de comportamiento saludable para el cumplimiento exitoso del tratamiento, y cuando se hace alusión al *castigo* no hay una especificación o una pauta que defina lo que es el castigo en cada ítem, por lo que se excluyen un amplio abanico de conductas que podrían ser consideradas como inadecuadas, y que dichos grupos familiares sí podrían estar ejecutando en la vida cotidiana.

También es necesario considerar, que es posible que los niños(as) desplieguen mayores comportamientos no saludables contraindicados que repercutan en la adherencia al tratamiento, y por tanto los representantes deban usar con mayor frecuencia la estrategia de debilitamiento (ej. costo de respuesta); en tales casos es necesario explorar

otros factores asociados al despliegue de dichas conductas, tales como una baja autoestima, depresión, u otros problemas psicosociales y creencias culturales sobre hábitos saludables, que predispongan a dichos comportamientos no saludables de riesgo, no sólo al niño o niña sino a todo el grupo familiar (Jonides, Buschbacher, y Barlow, 2002; Yeste *et al.*, 2008; Martínez y Navarro, 2014).

Otro hallazgo que resalta a la vista, tiene que ver con el hecho que los representantes de niños que habían experimentado un aumento en el IMC también obtuvieron puntajes altos en las estrategias parentales de manejo conductual tales como el modelado y el reforzamiento. Este fenómeno, aparentemente, contradice la lógica, porque se esperaría que los representantes se encuentren modelando las conductas adecuadas que se especifican en el instrumento, sin embargo, es posible que los representantes también estén desplegando conductas contradictorias con respecto a las pautas del tratamiento o francamente inadecuadas para el avance exitosos del tratamiento; de igual forma, los representantes podrían estar propiciando el reforzamiento de conductas inadecuadas que no fueron especificadas en el instrumento, por ejemplo, el hecho de permitir al (la) niño(a) la ingesta de golosinas tras efectuar una determinada conducta apropiada (por ejemplo, el estudio y la realización de los deberes escolares) llevará al aumento de la probabilidad de respuesta de dicho comportamiento, pero se estaría asociando a la ingesta de golosinas que se encuentran contraindicada para el tratamiento. El cuestionario construido para esta investigación hace referencia principalmente a las conductas saludables o adecuadas para el cumplimiento exitoso del tratamiento, excluyendo una vasta variedad de conductas que podrían ser clasificadas como inadecuadas que dichos grupos familiares sí ejecutan en la vida cotidiana. Durá y Sánchez (2005) plantean que los hábitos relacionados con la alimentación constituyen un referente sociocultural que funciona como elemento integrador e identitario de los miembros de aquellos grupos que los ponen en práctica; en este sentido, todas aquellas acciones educativas que se encuentren al margen de esta realidad, y no se ocupen en intervenirla, estarán destinadas al fracaso o a menor mejorías.

Si bien se ha mostrado que ejercer un mayor control no necesariamente contribuye a la autorregulación de la ingesta de alimentos y apetito (Peña *et al.*, 2015), se encontró que los niños(as) de representantes que reportaron un mayor uso de la estrategia “monitoreo/

control de estímulos”, tuvieron un decremento del IMC luego del tratamiento. Ello tiene coherencia, dado que esta estrategia implica la manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta o debilitar otras (Rimm y Masters, 1981), lo cual es precisamente necesario en el tratamiento de la obesidad infantil, pues se deben evitar la compra o disponibilidad en el hogar de alimentos altos en calorías y bajos en nutrientes, y en contraste, tener al alcance los saludables y promover la actividad física programada (ej. inscripción en deportes) (Barboza, Zarzalejo, González, López y Vergara, 2015). Se reitera que estos hallazgos pueden no aplicar a otros grupos dada la carencia de asociación estadística.

En cuanto a las creencias de control personal de peso, enmarcados en conductas preventivas en salud y consistente con los planteamientos que los individuos con un alto nivel de autoeficacia percibida son más propensos a iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos, ser más optimistas sobre la eficacia de estos, y a tener una mayor adherencia al tratamiento (Grembowski *et al.*, 1993, c.p. Lugli y Vivas, 2001; Gonda, 2011), los resultados de la investigación apuntan hacia el fortalecimiento de esta afirmación, pues la mayor proporción de los representantes consultados presentaban niveles altos de autoeficacia y un 65% de los niños habían experimentado una disminución en el IMC; asimismo, se encontró que los representantes de los niños(as) que tuvieron un mantenimiento del IMC tuvieron una media superior a las demás en la autoeficacia percibida para el control de peso total y en la dimensión referente a la alimentación y a la actividad física, por otra parte, los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento en el IMC tuvieron una media menor a las demás en la autoeficacia percibida para el control de peso total y en la dimensión de alimentación.

Del mismo modo, se encontró una correlación moderada y positiva entre el componente de autoeficacia en el área de la actividad física con el nivel de adherencia al tratamiento, lo cual indica que aquellas personas que registraban mayor puntaje en la adherencia calificaban más alto en la autoeficacia percibida, específicamente en el área de la actividad física. Ello es coherente con otros hallazgos donde una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso, y por tanto, se considera un predictor de éxito para alimentarse saludablemente y de realizar una actividad física (Campos y Pérez, 2007), así como pueden explicar que aquellos que

reportan sentirse capaces de mantenerse en la práctica de ejercicios físicos, también logran adherirse a los estilos de alimentación para controlar su peso, dado que es probable que sepan que la combinación de la dieta y el ejercicio, acelera la pérdida de peso con mayor eficacia que sólo la dieta (González y Lugli, 2012), lo cual puede ser modelado en este caso. Se puede decir entonces, en los representantes de niños(as) con obesidad, una alta autoeficacia percibida para el control de peso, se asocia a una mayor adherencia al tratamiento, aunque no necesariamente con un decremento del IMC, de sus niños(as).

El segundo componente de las creencias personales de control del peso está constituido por el locus de control, externo por otras figuras de poder, azar, e interno, que junto con la autoeficacia percibida forman parte de las creencias personales de control de peso. En esta investigación no fue posible confirmar asociaciones entre tales creencias; si bien se han estudiado las asociaciones que involucran a los constructos de la regulación del peso, no han sido relacionadas entre sí; los resultados en la presente investigación no arrojaron asociación entre los puntajes de Autoeficacia y Locus de control, y esto podría indicar que ambos constructos no necesariamente se relacionan.

Se destaca que en el Modelo de Creencias de Salud la conducta de la persona está determinada por su percepción del mundo, y por lo tanto, la percepción de tener un problema significativo de salud dispone a las personas a la acción, dependiendo de los beneficios o barreras percibidas para actuar de formas alternativas (Gonda, 2011). Este planteamiento asoma una posible relación entre el locus de control y el nivel de adherencia al tratamiento.

No se encontraron asociaciones entre los tipos de locus de control (interno, otras figuras de poder y el azar) con la adherencia al tratamiento, sin embargo, la mayor parte de los representantes consultados correspondían con niveles altos de Locus interno, un nivel moderado de Locus externo por otras figuras de poder y bajos niveles de Locus externo por azar, colocando menor peso en la influencia que el destino o la genética podían jugar en su situación de regulación del peso, y los representantes cuyos niños(as) mostraron un aumento del IMC tuvieron una media superior al resto en el locus de control de peso tipo externo referido a otras figuras de poder (ej. especialistas). Autores como Ortiz y Ortega (2007) señalan que a lo largo de la bibliografía de Psicología en Salud, los

grupos con altos niveles de locus de control interno poseen un pronóstico más prometedor en cuanto al mantenimiento de pautas de tratamiento y de cuidado.

Los resultados en la investigación sobre el locus de control aún no arrojan consenso; algunos autores coinciden en que los individuos con un locus de control interno con un nivel alto son más propensos a comer de manera saludable y ejercitarse regularmente, pues consideran que la responsabilidad de las acciones la ubican en ellos(as) mismos(as) (Cobb-Clark, Kassenböhmer y Schurer, 2012); otras posturas señalan que las personas con obesidad tienden a tener menos locus de control interno sobre la ingesta de sus alimentos, ya que esta última se encuentra asociada a eventos externos (Cioffi, 2002, c.p. Lugli y Vivas, 2001); estudios posteriores han planteado que no existe relación entre el locus de control y el control del peso, alegando que estas creencias no juegan ningún papel para tomar la decisión de remediar la situación del sobrepeso, llevar a cabo algún plan, alcanzar el peso deseado y/o mantenerlo (González y Lugli, 2012). Se hace necesario entonces, seguir investigando el papel del locus de control de peso en la adhesión terapéutica de la obesidad o la regulación del peso en general.

Un aspecto importante derivado de los resultados de la investigación fue que representantes de niños(as) con obesidad con alto locus de control interno y un moderado puntaje en locus externo de otras figuras de poder en el control de peso, son más propensos a realizar conductas saludables y, por ende, en modelarlas e implementar hábitos saludables necesarios en el tratamiento de la obesidad de sus niños(as), pues lo consideran responsabilidad suya, aunque admiten que el apoyo de los especialistas juega un papel fundamental en el tratamiento, lo cual repercute en el decremento del IMC de sus niños(as) aunque no necesariamente incide en los niveles de adherencia. Estos resultados objetan a Lugli (2011) pues en su investigación encontró que el grupo encuestado obtuvo un bajo locus de control interno, con altos niveles de locus externo por otras figuras de poder y se mostraba conforme con el hecho que de alguna manera su peso es también producto de la genética, la biología o incluso el destino (locus externo por azar). Esta autora refuerza sus argumentos planteando que las personas con obesidad que depositan la responsabilidad de los hechos en su propio comportamiento, experimentarían

una intensa culpabilidad ante una recaída y sería más probable que abandonasen el proceso terapéutico.

En el caso de la presente investigación, se debe tener presente que los representantes de niños diagnosticados con obesidad y sobrepeso interpelados en la presente investigación cuentan con al menos seis (06) meses de asistencia al tratamiento interdisciplinario de CANIA, lo que constituye un hecho que pudo haber incrementado su percepción de destrezas para desplegar las conductas saludables. Es importante considerar estos resultados con mesura y no aventurarse a generalizar.

En lo que refiere a la relación entre las estrategias de manejo comportamental y el locus de control, se encontró que existe correlación moderada y negativa entre el componente de Azar del Locus de control externo y la estrategia de manejo “Monitoreo”. Este resultado apunta hacia la consideración de que la manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta o debilitar otras, bien sea por la disponibilidad de alimentos sugeridos por un plan de alimentación saludable o por la suspensión en la disponibilidad de comida rápida o golosinas, es un procedimiento que debe llevarse a cabo con una sensibilización al problema y al cambio, y un alto nivel de compromiso por parte de los padres como figuras parentales y de cuidado de los (las) niños(as) en tratamiento. Esto podría estar vinculado con el hecho de que una persona que atribuya las causas de lo que ocurre como inciertas, debidas a la suerte o el destino, probablemente no se sentirá motivado a controlar los estímulos que objetivamente podrían causar dichas situaciones (Ortiz y Ortega, 2011).

En la medida en que el puntaje en la estrategia parental de Monitoreo aumenta, el nivel de locus externo por azar disminuye, evitando poner mayor responsabilidad a elementos azarosos como el destino o la genética. En su investigación, Lugli (2011) obtuvo resultados distintos, en los que un bajo locus de control Interno era predictor de la autorregulación del peso en personas obesas, por ello, creencias débiles de que su peso dependía de sus acciones favorecían la autorregulación del peso. En la presente investigación, se trabajó con los representantes de los niños diagnosticados con obesidad; es bien sabido que los niños no poseen completa autonomía en sus conductas, pues dependen de los adultos cuidadores, y resulta de suma importancia que los representantes actúen sobre el ambiente para propiciar un cambio en los hábitos alimenticios, se

involucren en dicho cambio terapéutico, monitoreen el avance de sus hijos y dejen a un lado las creencias que busquen justificar la condición de obesidad o que sitúen la responsabilidad del avance terapéutico del niño en elementos azarosos como el destino o la genética. Estudios previos han encontrado que aquellos que creen que tienen el control sobre su salud (alto locus de control interno) realizarán más a menudo comportamientos que la promuevan y, como resultado, tendrán una mejor salud (Norman y Bennet, 2001, c.p. Ortiz y Ortega, 2011).

El estudio permitió vislumbrar el papel que puede tener la psicología respecto a este grupo delimitado de la población, donde se pueden ofrecer opciones para sobrellevar la condición de la obesidad infantil, y las herramientas que se han mostrado útiles tanto a nivel preventivo, como a nivel de tratamiento o intervención.

En primer lugar, desde el nivel preventivo el trabajo debe orientarse a seguir incluyendo a los padres, representantes y cuidadores en la ejecución de conductas saludables para constituir un modelo adecuado en su núcleo familiar, así como en la enseñanza y facilitación de hábitos saludables que incrementen el sentido de autoeficacia y el sentido de responsabilidad (locus) que juega la persona en su regulación del peso, realizando aproximaciones sucesivas hasta lograr ejecuciones óptimas que debiliten las condiciones de vulnerabilidad.

En segundo lugar, desde el trabajo en el nivel de tratamiento, la psicología clínica se direccionaría a promover la sensibilización para el cambio, continuar enfatizando en que las dificultades no se deben generalmente a factores inmutables, sino al cumplimiento constante y sostenido de las pautas de tratamiento; de igual forma en el debilitamiento de asociaciones inadecuadas con el alimento, es decir, disociar la comida con la compensación emocional; además, el psicólogo clínico puede suscitar el uso de habilidades interpersonales, tanto en los niños como en el núcleo familiar, que les permitan discriminar los hábitos inadecuados, incorporar hábitos de higiene alimentaria adecuados y llevar a cabo un adecuado control de estímulos.

Un elemento fundamental a considerar en los resultados del estudio fue el limitado número de participantes. Los días en que se pautaba la atención de pacientes con obesidad en control, existía cupo de atención para seis (06) casos en control, no obstante, en promedio sólo asistían dos (02) casos de control de obesidad por día. No resulta tan

novedoso la deserción de los niños en tratamiento de la obesidad; en la consulta de la bibliografía es posible encontrar que los porcentajes de deserción en los grupos de niños en tratamiento de la obesidad suelen ser altas, y oscilan entre el 50% y el 80%; un estudio realizado por Sámano (2011), buscaba medir el abandono del tratamiento dietético en un consultorio de Nutrición en pacientes con diversas edades diagnosticados con obesidad, encontrando que el 87% de los consultantes abandonó el tratamiento en la primera cuarta parte del mismo (primeros dos meses).

Otro estudio llevado a cabo por Jauregui y sus colaboradores (2013) en el que durante la primera etapa de la investigación obtuvieron un porcentaje de abandono de 55%, mientras que en la etapa de intervención existió un porcentaje de deserción de 76,1%. Es importante hacer un análisis más profundo acerca de las causas del abandono y deserción al tratamiento para establecer estrategias que mejoren la adherencia y propuestas de intervención, no obstante, tales objetivos se escapan del alcance del presente estudio.

VIII. Conclusiones

Se puede concluir que se pudo responder a los objetivos y la pregunta de la presente investigación, pues se han descrito las asociaciones o relaciones entre: las estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física, autoeficacia y locus de control de peso de representantes de niños(as) con obesidad, el nivel de adherencia al tratamiento y el cambio en el índice de masa corporal de dichos niños(as) luego de tal tratamiento. Tales descripciones son las siguientes:

- Se identificaron las unidades de medida de cada factor o indicador, desarrollando cuestionarios que evalúan la adherencia al tratamiento de la obesidad infantil y de las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, los cuales contaron con una validación de contenido en la que se determinó que constituyen un instrumento de medida adecuado.
- La mayoría de los representantes participantes reportaron altos niveles de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil, y, aunque no en todos los casos se corresponde con el cambio del índice de masa corporal (IMC) de sus niños(as), la mayoría de ellos tuvo un decremento en dicho IMC.
- Las estrategias parentales de manejo comportamental que emplea con mayor frecuencia este grupo de sujetos son el “Reforzamiento” y el “Modelado”, lo cual concuerda con las prescripciones del tratamiento del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), pues estas implican el modelaje de hábitos saludables, y reconocer o felicitar su cumplimiento por parte de los niños(as), lo cual resulta en que sea más probable el despliegue y mantenimiento de dichos hábitos por mecanismos de aprendizaje.
- El uso del “Debilitamiento” como estrategias parental de manejo de alimentación y actividad física, tiene una correlación baja y negativa significativa con la adherencia al tratamiento de la obesidad infantil, y coincide con un aumento del IMC de sus niños(as) aunque no se asocia estadísticamente con ello. En este sentido, las personas que hacen uso frecuente de esta estrategia tienden a presentar menor adherencia, se corresponde con un menor nivel de autoeficacia, un alto

nivel de locus de control de peso tipo externo por condiciones de azar, y se indica un aumento en el IMC de los niños, no obstante no es posible generalizar este último aspecto.

- Un mayor uso de la estrategia parental “Monitoreo / Control de estímulos”, coincide con un decremento del IMC luego del tratamiento en este grupo, aunque no se encontró correlación entre ambas variables. Por esta razón, se señala, con medida, que los ambientes más estructurados y controlados propician mejores resultados en cuanto al decremento del IMC, debido a que las conductas de vigilancia parental y control del ambiente disminuyen la reincidencia del niño o niña en conductas de alimentación y actividad física no saludables.
- Un nivel bajo de Locus de control de peso externo por Azar se relaciona con un mayor uso de la estrategia de “Monitoreo / Control de estímulos”; ello es coherente dado que dicha estrategia implica la manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta de hábitos saludables y/o debilitar otras como la creencias asociadas a la suerte y el azar en el control del peso.
- No se encontró relación significativa entre las creencias de control personal de peso de los representantes participantes de niños(as) con obesidad, es decir, entre su autoeficacia percibida y locus de control de peso y las estrategias parentales de manejo comportamental.
- Una alta autoeficacia percibida para el control de peso en los representantes de niños(as) con obesidad, se asocia a una mayor adherencia al tratamiento, y coincide (no correlaciona) con un decremento en el IMC de dichos niños(as), lo cual es consistente con otros hallazgos donde una mayor autoeficacia se considera un factor precursor para alimentarse saludablemente y de realizar una actividad física, que en este caso constituye un modelaje y cambio de hábitos de dichos representantes para con sus niños(as), necesario para el tratamiento apropiado de la obesidad infantil.
- Los representantes de niños(as) con obesidad participantes, con alto locus de control interno y de otras figuras de poder en el control de peso, son más propensos a realizar conductas saludables y, por ende, en modelarlas e implementar hábitos saludables necesarios en el tratamiento de la obesidad de sus

niños(as); ello puede ser un factor que explique la coincidencia con el decremento del IMC de sus niños(as), aunque no necesariamente en la adherencia, mientras que los que consideran que dichos cambios no son tanto de su responsabilidad sino de factores externos como el azar, son menos propensos a realizarlos, lo cual puede llevar a conductas contraindicadas o incumplimiento del tratamiento y, por ende, en el aumento del IMC de sus niños(as). No obstante, no se pueden generalizar estas asociaciones, y las relaciones entre locus de control de peso y la adherencia deben seguir siendo estudiadas.

IX. Limitaciones y Recomendaciones

Los resultados y conclusiones derivados de la presente investigación sin duda podrían servir como fortalecimiento de las tendencias del tratamiento integral de los niños con obesidad. Sin embargo, para investigaciones futuras se considera pertinente tener en cuenta las siguientes limitaciones y recomendaciones que presentó el estudio:

- Los cuestionarios *ad hoc* de la Adherencia al tratamiento de la obesidad infantil y de las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física, contruidos para evaluar tales variables y así responder a los objetivos de investigación, cuentan con una modesta validación de expertos, por lo cual su alcance es limitado y se recomienda una evaluación psicométrica exhaustiva de cada uno de los instrumentos, particularmente una validación con otro tipo de participantes tales como representantes de niños(as) sin obesidad, expertos de adherencia al tratamiento de la obesidad infantil de otras instituciones (incluyendo médicos nutriólogos), y análisis de convergencia con otros instrumentos similares.
- En futuras investigaciones, habiendo sofisticado el procedimiento de validez de los instrumentos de Adherencia al tratamiento y Estrategias parentales, resultaría de gran interés llevar a cabo estudios paramétricos que permitan establecer relaciones causales entre variables, con un nivel correlacional o explicativo.
- El número de participantes fue limitado, y todos fueron atendidos en la misma institución (Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo), por lo cual se recomienda aumentar dicho número de sujetos que permita explorar tanto los factores analizados como otros (ej. nivel de instrucción, estatus socio-económico, variedad de edades de los niños/as) en diversas instituciones que igualmente se dediquen al tratamiento de la obesidad infantil.
- Se debe tener en cuenta que otra de las limitaciones de este estudio involucra la veracidad de los datos suministrados. Por tratarse de un trabajo que implica las valoraciones subjetivas de los representantes, la entrevista y la aplicación de los instrumentos permitieron recabar un autoreporte, sin embargo no pudo llevarse a cabo alguna medición u observación de conductas que pudiera corroborar la constancia de dicha información, pues puede haber influido la deseabilidad social

y los errores de memoria, dado que suministraron respuestas que variaban según el grado de conocimiento que manejaban o recordaban acerca de los hábitos de alimentación y actividad física para el control del peso en el que habían sido entrenados durante el tratamiento del (la) niño(a) en CANIA.

- La generalización de los resultados debe ser limitada, dado el número de participantes y el uso de estadísticos no paramétricos, por lo cual, al seguir las recomendaciones anteriores, se pueden considerar análisis con alcance explicativo.
- Considerando la escasez de investigaciones en el área, se recomienda seguir el estudio de los factores o variables analizados, particularmente de las estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física y la adherencia al tratamiento de la obesidad infantil, separados o en conjunto, ya sea en relación a otros aspectos tanto de los representantes como de los niños(as) y adolescentes, o bien en comparación con otro tipo de condiciones.

Referencias

- Aedo, Á., & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panameña de Salud Pública*, 26 (4), 324-329.
- Alvarado, A., Guzmán, E., & González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428.
- Angarita, A., Martínez, A., Rangel, C., Betancourt, M., & Prada, G. (2014). Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca. . *Revista Chilena de Nutrición*, 41 (4), 372-382.
- Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (6), 589–595.
- Bandura, A. (1987). Autoeficacia. En A. Bandura, *Pensamiento y acción: fundamentos sociales* (págs. 80-130). Barcelona, España: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Madrid, España: Deslée De Brouwer.
- Barboza, Y., Zorzalejo, Z., González, W., López, E., & Vergara, H. (2015). *Guía para padres de niños obesos y con sobrepeso*. Caracas, Venezuela: Publicaciones CANIA, Empresas Polar.
- Barja, S., Nuñez, E., Valendia, S., Urrejola, P., & Hodgson, M. (2005). Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 76 (2), 151-158.
- Barrera, A., Ávila, L., Cano, E., Molina, M., Parrilla, J., Ramos, R., . . . Gutiérrez, J. (2013). Guía práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (3), 344-257.

- Bastos, A., González, R., Molinero, O., & Salguero, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 18 (2), 50-61.
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, 57 (3), 826-831.
- Campos, S., & Pérez, J. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (3).
- Cardona, L. (23 de noviembre de 2012). *Venezuela es la tercera nación con más obesos de Latinoamérica*. Recuperado el 1 de diciembre de 2012, de El Nacional [Versión electrónica]: http://www.el-nacional.com/sociedad/Venezuela-tercera-nacion-obesos-Latinoamerica_0_86394135.html
- Carrascosa, A. (2006). Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. *Revista de Medicina Clínica de Barcelona*, 126 (18), 693-694.
- Cobb-Clark, D., Kassenböhmer, S., & Schurer, S. (2012). *Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control*. Bonn, Germany: IZA Discussion Paper series.
- Díaz, M., & Gautier, R. (Noviembre de 2015). *Cuestionario de Adhesión al Tratamiento de la Obesidad Infantil*. Caracas, Distrito Capital, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Díaz, M., & Gautier, R. (julio de 2015). *Cuestionario de Estrategias Parentales de Manejo Comportamental de la Alimentación y Actividad Física*. Caracas, Distrito Capital, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- DiMatteo, R. (2004). Variations in Patients Adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42 (3), 200-209.
- Dini, E., & Henríquez, G. (2009). Evaluación del estado nutricional. En L. Machado, I. Izaguirre, & R. Santiago, *Nutrición Pediátrica* (págs. 42-60). Caracas, Venezuela: Editorial Médica Panamericana.

- Domínguez, P., Olivares, S., & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición – ALAN [online]*, 58 (3), pp. 249-255.
- Duarte, A., Orjuela, M., & Vega, L. (noviembre de 2014). *Principios del aprendizaje en hábitos de alimentación saludable*. Obtenido de sitio Web del Repositorio de la Universidad Católica de Colombia: http://repository.ucatolica.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10983/1551/38_11767_modelo-rae-institucional.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Duncan, D., Wolin, K., Scharoun, M., Ding, E., Warner, E., & Bennett, G. (2011). Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 30 (2), 8-20.
- Durá, T., & Sánchez, F. (2005). Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? *Acta Pediátrica Española*, 63 (1), 204-207.
- Epstein, L., Paluch, R., Roemmich, J., & Beecher, M. (2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health and Psychology*, 26 (4), 381–391.
- Espinoza, I. (1998). Guía práctica para la evaluación antropométrica del crecimiento, maduración y estado nutricional del niño y adolescente. *Archivos Venezolanos de Pediatría y Puericultura*, S3-S53.
- Flores, A., González, A., & Valencia, A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos. *Psicología y Salud*, 20 (1), 23-30.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. En F. d. Infancia, *Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud*. (págs. 7-31). Salta, Argentina: Publicaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNISEF).

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Nuevas referencias de la Organización Mundial de la Salud. En G. d. Salta, *Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud* (págs. 7-31). Salta, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- García, N. (2010). Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema. En A. E. Primaria, *Curso de Actualización Pediatría* (págs. 65-77). Madrid, España, Barcelona, España: Exlibris Ediciones.
- Gonda, S. (2011). Adhesión terapéutica y psicología de la salud infantil. In Y. Cañoto, G. Peña, & G. Yaber, *Tópicos en psicología de la salud* (pp. 224-270). Caracas, Venezuela: Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).
- González, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E., & Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso [Versión Electrónica]. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(1).
- González, M., & Lugli, Z. (2012). Control Personal de la Conducta y Adhesión Terapéutica en Balón Intragástrico Bioenterics. *Gen, Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 66 (4).
- Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I., & Alaguer, P. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7 (2), 25-34.
- Guo, S., & Cameron, W. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 145-148.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). El proceso de investigación cuantitativa. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R. Hernández, C. Fernández, & P. Baptista, *Metodología de la Investigación. (4ta. Ed.)* (págs. 99-120). Ciudad de México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.

- Instituto Nacional de Nutrición. (2010). *Instituto Nacional de Nutrición como pionero en investigaciones sobre obesidad en Venezuela*. Recuperado el 25 de febrero de 2015, de sitio Web oficial del Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela: <http://www.inn.gob.ve/modules.php?name=News&file=article&sid=434>
- Jauregui, E., López, J., Macías, A., Porras, S., Reynaga, P., Morales, J., & Cabrera, J. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 2 (2), 69-75.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States. *Journal of Research on Adolescence*, 20 (3), 707-725.
- Jonides, L., Buschbacher, V., & Barlow, S. (2002). Management of Child and Adolescent Obesity: Psychological, Emotional, and Behavioral Assessment. *Pediatrics*, 110 (1), 215- 221.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación No Experimental. En F. Kerlinger, & H. Lee, *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales (4ta.Ed.)* (págs. 503-517). Ciudad de México D.F., México: McGraw-Hill.
- Larios, S., Ayala, G., Arredondo, E., Baquero, B., & Elder, J. (2009). Developmental and validation scale to measure Latino parenting strategies related to children's obesigenic behavior behaviors: the Parenting Strategies for Eating and Activity Scale (PEAS). *Appetite*, 52 (3), 166-172.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (1), 397-404.
- Limbers, C., Turner, E., & Varni, J. (2008). Promoting healthy lifestyles: behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidol*, 169 (2), 08-26.

- Lugli, Z., Azolar, M., & Vivas, E. (2009). Construcción y validación del Inventario de Autorregulación de Peso: validación preliminar. *Psicología y Salud*, 19 (2), 281-287.
- Lugli, Z. (2010). *Control personal de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal*. Caracas, Venezuela: Trabajo de ascenso presentado para optar a la categoría de profesor asociado. Universidad Simón Bolívar.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 43-56.
- Lugli, Z., & Vivas, E. (2011). Construcción y validación del Inventario del Locus de Control de Peso: resultados preliminares. *Psicología y Salud*, 21 (2), 165-172.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B., & Tekozel, M. (2004). Self-Regulatory Cognitions, Social Comparison, Perceived Peers' Behaviors as Predictors of Nutrition and Physical Activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(2), 577-593.
- Manrique, M., De la Maza, M., Carrasco, F., Moreno, M., Albala, C., García, J., . . . Liberman, C. (2009). Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista de Medicina de Chile*, 137(1), 963-971.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). Procedimientos y principios conductuales básicos. Reducir la conducta mediante la extinción. En G. Martin, & J. Pear, *Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla. (8ª ed.)* (págs. 63-76). Madrid, España: Pearson Educación.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica [Versión Electrónica]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (4), 150-160.
- Martin, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.

- Martínez, C., & Navarro, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (1), 94-101.
- Maya, L. (2014). La familia del obeso. En R. Guillén, *Psicología de la Obesidad* (págs. 39-48). Ciudad de México D.F., México: Manual Moderno.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1991). Adherencia al tratamiento. En D. Meichenbaum, & D. Turk, *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud* (págs. 16-30). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Ministerio del Poder Popular para la Alimentación (2010). *Sobrepeso y obesidad en Venezuela: prevalencia y factores condicionantes*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial Gente de Maíz.
- Moreno, A. (2012). La familia popular venezolana. En A. Moreno, *Temas de Formación Sociopolítica No. 15* (págs. 5-20). Caracas, Venezuela: Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).
- Moreno, B., Jiménez, A., Zugasti, A., & Bretón, I. (2004). Tratamiento integral de la obesidad. En A. Miján, *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria* (págs. 331-346). Barcelona, España: Glosa.
- Nava, A. (2014). Presente y futuro de la obesidad. En R. Guillén, *Psicología de la Obesidad* (págs. 3-14). Ciudad de México D.F., México: Manual Moderno.
- Novoa, M., Morales, A., Osorio, A. & Vargas, R. (2008). Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *Revista Colombiana de Psicología*, 17 (1), 27-41.
- Ogden, J. (2005). El significado de la comida. En J. Ogden, *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios* (págs. 64-80). Madrid, España: Ediciones Morata.
- Olvera, N., & Power, T. (2010). Parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (3), 243-249.

- Organización Mundial de la Salud. (2014, enero). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Obesidad infantil*. Retrieved febrero 25, 2015, from sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (enero de 2015). *Nota descriptiva No. 311. Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 25 de febrero de 2015, de sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 16 de junio de 2015, de sitio Web oficial de la Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Ortiz, G., & Ortega, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y salud*, 21 (1), 79-90.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135 (5), 647-652.
- Padula, G., & Salceda, S. (2008). Comparación entre referencias de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, estimadas a través del Índice de Masa Corporal, en niños de Argentina. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58 (4), 330-335.
- Pajuelo, J., Rocca, J., & Gamarra, M. (2003). Obesidad Infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 64 (1), 21 - 26.
- Paraskevi, T., & Reyes, A. (2012). *Health, Locus of Control and Diabetes Adherence*. Retrieved from sitio Web Journal of Psychology & Psychotherapy OMICS International Journals: <http://www.omicsonline.org/health-locus-of-control-and-diabetes-adherence-2161-0487.S3-e002.pdf>

- Parrao, M., Andrade, P., & Betancourt, D. (2014). Los padres como modelos y controles de la conducta de alimentación de los jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16 (1), 79-93.
- Peña, Y., Moral, J., Ortiz, R., Cárdenas, V., Ávila, H., & Ruvalcaba, M. (2015). Propiedades Psicométricas de la Escala de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad en madres mexicanas. *Psicología y Salud*, 25 (1), 43-55.
- Pompa, E., & Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*, 21 (1), 119-124.
- Regueras, L., Díaz, A., Iglesias, C., Rodríguez, C., Quiroga, R., De Paz, J., & Rodríguez, L. (2015). Treatment of obesity in a hospital endocrinology clinic: Influence of parental body mass index. *Anales de Pediatría*, 83 (5), 297-303.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Rimm, D., & Masters, J. (1981). Naturaleza de la terapia de la conducta. En D. Rimm, & J. Masters, *Terapia de la Conducta* (págs. 17-60). Ciudad de México D.F., México: Trillas.
- Rivas, P. (2015). *¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral?* Recuperado el 3 de noviembre de 2015, de sitio Web de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona: https://www.upf.edu/iuslabor/_pdf/2015-1/Rivas.pdf
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18 (1), 45-56.
- Rotter, J. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5 (1), 37-59.
- Rubio, M., Ballesteros, M., Sánchez, A., & Torres, A. (2010). *Manual de obesidad mórbida (2da. Ed.)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Sámano, L. (2011). Abandono del Tratamiento Dietético en Pacientes Diagnosticados con Obesidad en un Consultorio Privado de Nutrición. *Nutrición y Clínica Dietética Hospitalaria*, 31 (1), 15-19.
- Schroeder, K., Fahey, T., Hay, A., Montgomery, A., & Peter, T. (2006). Adherence to antihypertensive medication assessed by self-report was associated with electronic monitoring compliance. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59 (3), 650–651.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30 (4), 268-273.
- Silvestri, E., & Stavile, A. (2005). Alteraciones psicológicas en la obesidad. En E. Silvestri, & A. Stavile, *Aspectos psicológicos de la Obesidad* (págs. 8-29). Favaloro, Argentina: Publicación de Posgrado en Obesidad a Distancia de la Universidad Favaloro.
- Skinner, B. (1991). El lado operante de la terapia conductual. En B. Skinner, *El Análisis de la Conducta: una visión retrospectiva* (págs. 99-113). Ciudad de México D.F., México: Limusa.
- Socarrás, M., Bolet, M., & Licea, M. (2002). Obesidad: Tratamiento no farmacológico y prevención. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13 (1), 35-42.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., . . . Prochaska, J. (2005). Stages of change for healthy eating in diabetes. *Diabetes Care*, 26 (2), 1468-1474.
- Vaughn, A., Tabak, R., Bryant, M., & Ward, D. (2013). *Measuring parent food practices: a systematic review of existing measures and examination of instruments*. Retrieved junio 25, 2015, from sitio Web de International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity: <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/61>
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Psicología de la Salud*, 2 (1), 45-64.

- Wing, R., Tate, D., Gorin, A., Raynor, H., & Fava, J. (2006). A Self-Regulation Program for Maintenance of Weight Loss. *The New England Journal of Medicine*, 355 (15), 1563-1571.
- Yeste, D., García, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad [Versión Electrónica]*, 6 (3), 139-152.

Anexos

Anexo A

Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (2007)

Román, Díaz, Cárdenas y Lugli

Instrucciones: Para contestar satisfactoriamente el siguiente cuestionario, lea cada enunciado y marque con una equis (X) en la columna de respuesta que más se adapte a su opinión. Es importante que responda todos los ítems, sin dejar ninguna fila en blanco. Se debe seleccionar una sola opción.

- Ejemplo de cómo responder de forma correcta cada pregunta:

Nº	Item	Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro(a) de poder hacerlo
01	Evitar ver televisión mientras lee o come				X

Nº	Item	Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro(a) de poder hacerlo
01	Evitar ver televisión mientras lee o come				
02	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicios				
03	Comer despacio si te sientes nervioso(a)				
04	Seguir caminando y no utilizar ningún tipo de transporte				
05	Evitar comer alimentos chatarras (perro caliente, hamburguesa, granjero, etc.)				
06	Realizar deporte a pesar de que no cuentes con disponibilidad económica inmediata				
07	Pensar que tienes la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas				
08	Prescindir del chocolate u otras golosinas que comes regularmente si te sientes presionado(a)				
09	Subir y bajar escaleras de peldaños comunes en lugar de utilizar las mecánicas				
10	Realizar meriendas bajas en calorías				
11	Crear que respetando horarios de comida contribuyes a controlar tu peso				
12	Trotar de manera regular				
13	Al comer en grupo reducir la cantidad de alimentos que consumes				
14	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras				
15	Evitar comer comida chatarra cuando almuerzas o cenas fuera de casa				
16	Realizar sesiones en casa de abdominales o pesas				
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA					

Nº	Item	Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro(a) de poder hacerlo
17	Evitar los dulces a pesar de su sabor				
18	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasa				
19	Caminar rápido a pesar de que no te gusta				
20	Insistir en la compra de alimentos bajos en calorías				
21	Realizar tu rutina de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerla				
22	Eliminar de tu dieta tus dulces y golosinas				
23	A pesar de que estés cansado(a) utilizar las escaleras y no el ascensor				
24	Estar en una panadería y comprar yogurt en vez de una pizza				
25	Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante				
26	Evitar picar de lo que haya en la nevera o en la despensa si te sientes muy nervioso(a)				
27	Pensar que si realizas las 3 comidas bajas en grasas contribuyes a controlar tu peso				
28	Quedarte un poco lejos de tu sitio de destino para caminar un poco más				
29	Evitar dejar de cenar si te sientes bajo presión				
30	Cumplir con el tiempo estipulado en tu rutina de ejercicios a pesar de que sientes que no puedes				
31	Evitar comer chucherías entre comidas				
32	Utilizar las escales y no el ascensor del piso que está parado en el piso en que te encuentras				
33	Evitar comer fuera de los horarios de comida				
34	Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales y pesas				
35	Crear que poder comer más vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
36	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes el rendimiento físico para realizarlo				
37	Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote				

Anexo B

Inventario de Locus de Control del Peso

(2011)

Lugli y Vivas

Instrucciones: Para contestar satisfactoriamente el siguiente cuestionario, lea cada enunciado y marque con una equis (X) en la columna de respuesta que más se adapte a su opinión. Es importante que responda todos los ítems, sin dejar ninguna fila en blanco. Se debe seleccionar una sola opción.

Ejemplo de cómo responder de forma correcta cada pregunta:

Nº	Item	Totalmente desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
01	La vida ajetreada de hoy en día no permite hacer ejercicios regularmente				X

Nº	Item	Totalmente desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
01	La vida ajetreada de hoy en día no permite hacer ejercicios regularmente				
02	Es casi imposible perder peso si no realizo ejercicios regularmente				
03	Tener mi peso ideal es más fácil con la ayuda de buenos especialistas				
04	Estar en forma es cuestión de buena suerte				
05	Si realizo ejercicios regularmente puedo perder peso				
06	Puedo mantener mi peso con la ayuda de buenos especialistas				
07	Las condiciones tienen que estar dadas para poder perder peso				
08	Los imprevistos en la rutina diaria dificultan mantener el peso ideal				
09	Soy responsable del peso que tengo				
10	El mundo se confabula para que tengamos el peso que tenemos				
11	Si me esfuerzo lo suficiente logro mantener mi peso ideal				
12	No importa lo que haga para controlar mi peso; lo que va a ser será				
13	Puedo engordar si no hago ejercicios regularmente				
14	Las dietas sólo tienen éxito si son supervisadas por un doctor o un nutricionista				
15	El destino puede más que la fuerza de voluntad para perder peso				
16	Mantener un peso ideal depende totalmente de mí				

Anexo C

**Cuestionario de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad Física
(CEPAAF)
(2015)
Díaz y Gautier**

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de enunciados que se encuentran relacionados con las estrategias que los padres, representantes o encargados utilizan en cuanto a las pautas de alimentación y actividad física de los niños. Para contestar satisfactoriamente el siguiente cuestionario, lea cada enunciado y marque con una equis (X) en la columna de respuesta que más se adapte a su opinión. Es importante que responda todos los ítems, sin dejar ninguna fila en blanco. Se debe seleccionar una sola opción.

- Ejemplo de cómo responder de forma correcta cada pregunta:

Nº	Item	Nunca	A veces	Frecuente-mente	Siempre
01	Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma.				X

Nº	Item	Nunca	A veces	Frecuente-mente	Siempre
01	Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma.				
02	Informo a otros familiares y responsables (ej. docentes) sobre el plan de alimentación de mi hijo(a).				
03	Mi niño(a) come cada comida o merienda acompañado o supervisado por algún adulto				
04	Le establezco a mi hijo(a) un horario para el uso de la computadora, televisión, u otras tecnologías.				
05	Felicito a otros niños(as) o personas frente a mi hijo(a) cuando hacen deporte o ejercicio.				
06	Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías (frituras, dulces, etc.), lo regaño o lo castigo.				
07	Felicito o elogio a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.				
08	Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, lo regaño o castigo (ej. menos tiempo de ver televisión).				
09	Le aviso a mi hijo(a) que será castigado(a) si se niega a hacer deporte o ejercicio.				
10	Felicito o elogio a mi hijo(a) por probar nuevos alimentos saludables.				
11	Llevo a mi hijo(a) a sitios donde se pueda hacer actividad física (ej. parques, centros deportivos, canchas, etc.).				

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Nº	Item	Nunca	A veces	Frecuente-mente	Siempre
12	Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si come las porciones de su plan de alimentación				
13	Mantengo al alcance alimentos para el plan de alimentación de mi hijo(a).				
14	En casa el grupo familiar come los mismos alimentos que el(la) niño(a).				
15	Le aviso a mi hijo(a) que no podrá hacer algo de su agrado si se niega a comer según su plan de alimentación.				
16	Le enseño con mi ejemplo a mi hijo(a) nuevas formas de hacer ejercicio físico (por ejemplo: nuevos sitios, diferentes ejercicios, actividades variadas).				
17	Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías, aparto mi atención de sus quejas.				
18	Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, busco que distraiga su atención en otra actividad.				
19	Mantengo las chucherías (frituras, dulces, etc.) fuera del alcance de mi hijo(a).				
20	Felicito a mi hijo(a) cada vez que come las raciones de su plan de alimentación.				
21	Si mi hijo(a) pasa mucho tiempo sin hacer actividad física ni otros deberes, lo regaño o castigo.				
22	Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, aparto mi atención de sus quejas.				
23	Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, lo regaño o lo castigo.				
24	Le doy chucherías (frituras, dulces, etc.) a mi hijo(a) como premio por hacer deporte o ejercicio.				
25	Acompaño a mi hijo(a) a realizar una rutina de deporte o ejercicios.				
26	Felicito a otros niños(as) o personas frente a mi hijo(a) cuando comen alimentos saludables o toda su comida.				
27	Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si realiza deporte o ejercicio.				
28	Le doy afecto (besos, caricias) a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.				
29	Le doy afecto (besos, caricias) a mi hijo(a) cuando come según su plan de alimentación				
30	Le permito a mi hijo(a) hacer algo de su agrado si hizo deporte o ejercicio				

Total monitoreo: _____

Total modelado: _____

Total reforzamiento: _____

Total debilitamiento: _____

TOTAL: _____

Anexo D

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil

(2015)

Díaz y Gautier

Instrucciones: El presente instrumento está diseñado para conocer el nivel de adherencia al tratamiento reportado por el/la representante de un niño o niña con obesidad. A continuación se presentan una serie de enunciados, marque con una equis (X) la opción que se ajuste a su opinión.

0-1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
		X	

	0-1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana	Total
1. El/la niño/a realiza 3 comidas y 2-3 meriendas (según el plan de alimentación establecido)					
2. El/la niño/a realiza sus comidas en el horario establecido (ej. 7am, 10am, 1pm, 3-4pm, 7pm)					
3. El/la niño/a consume las raciones indicadas de cereales o granos (ej. media taza de caraotas, arepa)					
4. El/la niño/a consume la ración indicada de fruta por día (ej. medio cambur, una naranja)					
5. El/la niño/a consume las raciones indicadas de vegetales por día (ej. ½ taza ensalada cruda en almuerzo)					
6. El/la niño/a consume las raciones indicadas de lácteos por día (ej. 1 vaso de leche)					
7. El/la niño/a consume las raciones indicadas de grasas por día (ej. 1 cucharadita de aceite)					
8. El/la niño/a consume las raciones indicadas de proteínas o carnes (ej. pedazo de pollo del tamaño de la palma de una mano del niño/a)					
9. El/la niño/a consume chucherías (ej. chocolates, galletas, pastelería, papitas, refresco, etc.)					
10. El/la niño/a consume las frutas enteras (ej. picada, sin licuar, sin azúcar añadida)					
11. El/la niño/a consume los vegetales enteros y/o crudos (ej. ensaladas, horneados, etc.)					
12. El/la niño/a bebe la cantidad de agua establecida (ej. 6-8 vasos)					
13. El/la niño/a repite o vuelve a consumir una misma porción de comida y/o merienda					

(CONTINUACIÓN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

	Nunca	Casi Nunca	Casi siempre	Siempre	Total
14. El/la niño/a ingiere o consume los mismos alimentos o comidas que su grupo familiar					
15. El/la niño/a come en la mesa acompañado por al menos un familiar o responsable adulto					
16. El/la niño/a come viendo televisión o hace otras actividades que lo/la distraigan durante el consumo de alimentos					
17. El/la niño/a come despacio su comida y/o merienda (ej. dura 20-30min).					
18. El grupo familiar del niño/a compra chucherías o comida rápida (ej. frituras).					
19. El/la niño/a hace al menos 1 hora al día de actividad física (ej. saltar, correr, hacer un deporte).					
20. El/la niño/a es acompañado/a a hacer actividad física por algún familiar o responsable					
21. El/la representante asiste a las citas pautadas con los especialistas (Nutricionista, Médicos, Psicólogos, entre otros).					
22. El/la representante asiste a las actividades formativas sobre estilo de vida saludable (ej. talleres, controles grupales) indicadas por los especialistas (Nutricionista, Médicos, Psicólogos, entre otros). Indique a cuál/es ha asistido: _____ _____ _____ _____					
					Total:

*Nota para el/la calificador/a: 9, 13, 16, 18 inv.

Ejemplo: El (la) niño(a) realiza 3 comidas y 2-3 meriendas



Anexo E

Manual de Procedimiento de Consulta de Obesidad

TRATAMIENTO		TALLERES INTERDISCIPLINARIOS	
Triage	Cada profesional miembro del grupo interdisciplinario (Pediatra, Nutricionista, Trabajador Social y Psicólogo) elabora una hoja de triaje que explora aspectos relevantes de su área de experticia. Abordaje del Antropometrista y personal de Enfermería. Luego del triaje se procede a presentar al representante y a los niños los talleres CSC, MACA y ACJ.	CSC	Charla de Sensibilización al Cambio <i>(En la semana del triaje)</i>
		MACA	Modelos de Alimentos y Conducta Alimentaria <i>(Dos semanas luego del triaje)</i>
		ACJ	Aprendiendo a Comer Jugando <i>(Un mes después del triaje)</i>
		GEVS	Grupo de Estilo de Vida Saludable <i>(Tres meses después de Triage)</i>
1° control individual	Intervención por el pediatra, el nutricionista y el trabajador social. Abordaje del Antropometrista y personal de Enfermería. La intervención por el psicólogo se realiza a los pacientes con obesidad grave y al resto de los pacientes según requerimientos. <i>(Tres meses después del GEVS)</i>	TALLERES DE PSICOSOCIAL	
1° control grupal	Es facilitado por los 4 especialistas del equipo. Asisten todos los pacientes que ingresan a la consulta después del primer control individual y aquellos con sobrepeso y obesidad leve sin patología asociada después de haber finalizado el taller GEVS. Abordaje del Antropometrista y Enfermería. <i>(Tres meses después del primer control individual)</i>	ASMP	Aprendiendo a Ser Mejores Padres
		ADF	Autoestima y Desarrollo de Fortalezas
		FAN	Fortaleciendo la Autoestima de los niños (pacientes con edades entre 7 y 13 años)
		AYA	Autoestima y Adolescencia (pacientes con edades entre 14 y 18 años)

2° control individual	Intervención por el pediatra, el nutricionista y el trabajador social.	TALLERES DE PSICOSOCIAL OPTATIVOS	
	Abordaje del Antropometrista y personal de Enfermería. <i>(Tres meses después del primer control grupal)</i>	CE	Comunicación Efectiva
3° control individual	Igual que en el segundo control	FF	Fortalecimiento Familiar
	<i>(Tres meses después del segundo control individual)</i>	PF	Planificación Familiar

Una vez llegado al Tercer Control Individual, se evaluará el estado del paciente, y se optará por darle una alta temporal o definitiva, o remitirlo a un segundo control grupal si así lo requiere.

Alta temporal o definitiva	Alta temporal: el paciente no cumple con la mayoría de las indicaciones de los diferentes especialistas.	2° control grupal <i>(Tres meses después del tercer control individual)</i>	Asisten los pacientes con obesidad moderada y grave que aún no estén recuperados.
	Alta definitiva: se ha cumplido el esquema de atención y el paciente se encuentra recuperado o en recuperación.		
	Control exclusivo por área: el paciente puede ser dado de alta definitiva por algunas de las especialidades y permanecer en control solo por una de las áreas.	Alta temporal o definitiva	<i>(Tres meses después del segundo control grupal)</i>
	<i>(Tres meses después del tercer control individual)</i>		

La duración del tratamiento oscila entre 12 - 18 meses según la evolución del paciente.

Tomado de:

Rached, Ingrid; Álvarez, María; Ceballos, Yaroska; y González, William; (2015). *Manual de procedimientos de la consulta de obesidad del Equipo 3*. Caracas, Venezuela: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano.

Anexo F**Guía de Validación****Cuestionario de Estrategias Parentales de manejo comportamental de Alimentación y Actividad Física**

Autoras: María Victoria Díaz y Raquel Gautier.

La presente constituye una guía de validación de algunos de los instrumentos psicométricos a utilizar en el proyecto especial de grado titulado: “Efecto de las creencias de control personal del peso y las estrategias parentales de manejo comportamental sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños con obesidad”. La investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de las creencias de control personal de peso (autoeficacia y locus de control) y las estrategias parentales de manejo comportamental (de la alimentación y actividad física) sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños/as con obesidad.

Para la medición de dichas variables, los instrumentos que las constituyen o que permiten evaluarlas requieren validación. En este caso, los instrumentos para medir las estrategias parentales de manejo comportamental (de la alimentación y actividad física) y la adhesión al tratamiento de la obesidad infantil, requieren “validación de contenido”, procedimiento mediante el cual un test es valorado (por expertos/as en la especialidad correspondiente) de acuerdo al grado en el que su conjunto de ítems representa adecuadamente un dominio de conductas de interés específico.

Entendiendo lo anterior, en la presente “Guía de validación” se trata de someter cada cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que se desean medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores deben efectuar.

Por favor, proporcione los datos que se solicitan a continuación, lea las instrucciones e ítems del instrumento, y responda las preguntas que se encuentran al final del mismo con los comentarios que considere pertinentes.

Muchas gracias de antemano.

<i>Datos de identificación del juez/a</i>	
Iniciales	
Sexo	Femenino: _____ Masculino: _____
Edad	
Título/s o grado de instrucción	
Área de experticia o de trabajo	

Cuestionario de Estrategias Parentales de manejo comportamental de Alimentación y Actividad Física

FICHA TÉCNICA

Autores: Díaz, María V. y Gautier, Raquel.

Aplicación: Individual y Colectiva

Tipo de instrumento: de lápiz y papel, objetivo, de rendimiento típico, escala ordinal.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Describir la manera (de acuerdo a: control de estímulos, reforzamiento, debilitamiento, modelado) en la cual los padres y/o cuidadores interactúan con un niño o niña en términos de sus valoraciones de comportamientos en los ámbitos de alimentación, actividad física y el control de las mismas.

Población: Personas venezolanas mayores de 18 años, que representen niños y niñas que puedan alimentarse y realizar actividad física.

Dirigido a: Psicólogos y profesionales de carreras afines.

Materiales: Protocolo de reactivos, lápiz.

Año de creación: 2015

Las dimensiones del cuestionario son las siguientes:

a) Monitoreo (Control de Estímulos)

De acuerdo con Rimm y Masters (1981), el monitoreo hace referencia a la identificación de algún estímulo particular, situaciones y condiciones que de manera estable preceden una conducta; durante el proceso de determinación de estímulos provocadores es posible obtener una evaluación de los reforzadores de mantenimiento de la conducta, la descripción del ambiente social y físico que provocan la conducta, y la programación de las medidas a tomar para que algunas conductas tengan lugar y otras no. La manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta o debilitar otras, puede ilustrarse mediante la disponibilidad de alimentos sugeridos por un plan de alimentación saludable y la suspensión en la disponibilidad de comida rápida o golosinas.

b) Modelamiento

Bandura (1965) defendía que el aprendizaje por observación era una de las formas primarias de adquirir conocimiento. Se considera al Modelado como un tipo de aprendizaje, observacional o vicario que requiere del apoyo de un modelo que despliegue la o las conductas, y de unos observadores que aprendan la conducta y que en futuras ocasiones la reproduzcan o la imiten, por ejemplo, que un padre despliegue la conducta de ingerir vegetales en sus comidas frente a sus hijos, lo cual aumenta las probabilidades de que los hijos ingieran vegetales tras estar expuestos a la demostración del modelado de sus padres.

c) Reforzamiento Positivo

Skinner (1991) definía al reforzamiento positivo como un factor de control de la conducta con la particularidad de que siempre producía un incremento en la probabilidad de aparición de una respuesta. En este sentido, un reforzador positivo se considera como cualquier evento, conducta u objeto suministrado luego de la ejecución deseada, que aumentará la frecuencia de ocurrencia de cualquier conducta sobre la que son contingentes. Bajo esta premisa, se contempla que cualquier elemento, material (como comida, juguetes, videojuegos, entre los principales) o no tangible (como abrazos, caricias, felicitaciones, entre las más destacadas), puede actuar como reforzador positivo si constituye una recompensa que provocará un aumento en las probabilidades de que dicha conducta se repita en futuras ocasiones.

d) Reforzamiento Negativo

El término reforzamiento se refiere al incremento de probabilidad de que se lleve a cabo una conducta o la intensidad con la que es ejecutada. El reforzamiento negativo se concibe en el cese o el final de un evento aversivo después de la ejecución deseada (Pear, 1991). Un ejemplo de reforzamiento negativo que puede mencionarse es el de un padre que brinda comida dulce a su hijo para que deje de llorar.

e) Debilitamiento

Debilitamiento o Supresión de la conducta se refiere al decremento de frecuencias de una determinada conducta. La extinción es un procedimiento de debilitamiento conductual que se infiere a partir de la observación, en donde se evidencia que la disminución ha disminuido, a diferencia de a Supresión, que es entendida como una reducción temporal en dicha frecuencia (Segura, Sánchez y Barbados, 1995). El debilitamiento tiene lugar cuando al ser desplegada una conducta, ésta no recibe algún tipo de reforzamiento, por ejemplo, cuando un niño inicia un berrinche para obtener la atención de sus padres, y éstos lo ignoran.

REFERENCIAS

Pear, J. (1991). “Métodos operantes”. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

Segura, M., Sánchez, P., y Barbado, P. (1995). *Análisis Funcional de la Conducta: un modelo explicativo*. Granada, España: Publicaciones de la Universidad de Granada.

Skinner. B. (1991). *El Análisis de la Conducta: una visión retrospectiva*. Ciudad de México, D.F., México: Limusa. .

Rimm, D. y Masters, J. (1981). *Terapia de la Conducta*. Ciudad de México, D.F., México: Trillas.

Ítems que constituyen el cuestionario:

<i>Alimentación</i>	<i>Actividad física</i>
Monitoreo (control de estímulos)	
<p>-El(La) niño(a) come cada comida o merienda acompañado de alguien que supervise</p> <p>-Evito tener disponibilidad de chucherías en casa</p> <p>-Mantengo las chucherías (frituras, dulces, etc.) fuera del alcance de mi hijo(a)</p> <p>-Mantengo al alcance alimentos para el plan de alimentación de mi hijo/a</p> <p>-Informo a otros familiares y responsables (ej. docentes) sobre el plan de alimentación de mi hijo/a</p>	<p>-Acompaño a mi hijo(a) a realizar una rutina de deporte o ejercicios</p> <p>-Llevo a mi hijo(a) a sitios donde se pueda hacer actividad física (ej. parques, centros deportivos, canchas, etc.)</p> <p>-Le establezco a mi hijo(a) un horario para el uso de la computadora, televisión, u otras tecnologías.</p>
Modelado	
<p>-Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma</p> <p>-En casa el grupo familiar come los mismos alimentos que el(la) niño(a)</p> <p>-Felicitó a otros niños(as) o personas cuando comen alimentos saludables o toda su comida frente a mi hijo(a)</p>	<p>-Le enseño a mi hijo(a) nuevas formas de hacer ejercicio físico (por ejemplo: nuevos sitios, diferentes ejercicios, actividades variadas)</p> <p>-Felicitó a otros niños(as) o personas cuando hacen deporte o ejercicio frente a mi hijo(a)</p>
Reforzamiento positivo	
<p>-Felicitó a mi hijo(a) cada vez que come las porciones de su plan de alimentación</p> <p>-Felicitó a mi hijo(a) por probar nuevos alimentos saludables</p> <p>-Le doy chucherías (frituras, dulces, etc.) a mi hijo(a) como recompensa de su buen comportamiento</p> <p>-Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega comida no saludable, lo complazco para que termine o pare</p>	<p>-Felicitó a mi hijo(a) cada vez que realiza deporte o ejercicio</p> <p>-Felicitó a mi hijo(a) cada vez que termina de hacer deporte o ejercicio</p> <p>-Premio a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio</p> <p>-Le doy chucherías (frituras, dulces, etc.) a mi hijo(a) como premio por hacer deporte o ejercicio</p> <p>-Dejo a mi hijo(a) ver TV, internet o jugar</p>

	videojuegos como recompensa de su buen comportamiento
Reforzamiento negativo	
-Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si come según su plan de alimentación -Le aviso a mi hijo(a) que no podrá hacer algo de su agrado si se niega a comer según su plan de alimentación	-Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si realiza deporte o ejercicio -Le aviso a mi hijo(a) que será castigado si se niega a hacer deporte o ejercicio
Debilitamiento	
-Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, busco que distraiga su atención en otra actividad -Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías, aparto mi atención de sus quejas -Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías (frituras, dulces, etc.), lo regaño o lo castigo -Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, busco que distraiga su atención en otra actividad -Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, busco que distraiga su atención en otra actividad -Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, lo regaño o lo castigo	-Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, lo regaño o castigo (ej. menos tiempo de ver televisión) -Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, aparto mi atención de sus quejas -Si mi hijo(a) pasa mucho tiempo sin hacer actividad física ni otros deberes, lo regaño o castigo

Cuestionario de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad Física (CEPAAF)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de enunciados que se encuentran relacionados con las estrategias que los padres, representantes o encargados utilizan en cuanto a las pautas de alimentación y actividad física de los niños. Marque con una equis (X) la opción que se asemeje a su realidad.

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma.			X	

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma.				
2. Informo a otros familiares y responsables (ej. docentes) sobre el plan de alimentación de mi hijo(a).				
3. El(La) niño(a) come cada comida o merienda acompañado de alguien que supervise.				
4. Le establezco a mi hijo(a) un horario para el uso de la computadora, televisión, u otras tecnologías.				
5. Felicito a otros niños(as) o personas cuando hacen deporte o ejercicio frente a mi hijo(a).				
6. Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías (frituras, dulces, etc.), lo regaño o lo castigo.				
7. Felicito a mi hijo(a) cada vez que realiza deporte o ejercicio.				
8. Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, aparto mi atención de sus quejas.				
9. Le aviso a mi hijo(a) que será castigado(a) si se niega a hacer deporte o ejercicio.				
10. Felicito a mi hijo(a) por probar nuevos alimentos saludables.				
11. Evito tener disponibilidad de chucherías en casa.				
12. Llevo a mi hijo(a) a sitios donde se pueda hacer actividad física (ej. parques, centros deportivos, canchas, etc.).				
13. Felicito a mi hijo(a) cada vez que termina de hacer deporte o ejercicio.				
14. Mantengo al alcance alimentos para el plan de alimentación de mi hijo(a).				
15. Premio a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.				
16. Le aviso a mi hijo(a) que no podrá hacer algo de su agrado si se niega a comer según su plan de alimentación.				

		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
17.	En casa el grupo familiar come los mismos alimentos que el(la) niño(a).				
18.	Le enseño a mi hijo(a) nuevas formas de hacer ejercicio físico (por ejemplo: nuevos sitios, diferentes ejercicios, actividades variadas).				
19.	Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega comida no saludable, lo complazco para que termine o pare.				
20.	Premio a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.				
21.	Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, busco que distraiga su atención en otra actividad.				
22.	Mantengo las chucherías (frituras, dulces, etc.) fuera del alcance de mi hijo(a).				
23.	Felicito a mi hijo(a) cada vez que come las porciones de su plan de alimentación.				
24.	Dejo a mi hijo(a) ver TV, internet o jugar videojuegos como recompensa de su buen comportamiento.				
25.	Si mi hijo(a) pasa mucho tiempo sin hacer actividad física ni otros deberes, lo regaño o castigo.				
26.	Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, busco que distraiga su atención en otra actividad.				
27.	Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, lo regaño o castigo (ej. menos tiempo de ver televisión).				
28.	Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, busco que distraiga su atención en otra actividad.				
29.	Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, lo(la) regaño o castigo.				
30.	Le doy chucherías (frituras, dulces, etc.) a mi hijo(a) como premio por hacer deporte o ejercicio.				
31.	Acompaño a mi hijo(a) a realizar una rutina de deporte o ejercicios.				
32.	Felicito a otros niños(as) o personas cuando comen alimentos saludables o toda su comida frente a mi hijo(a).				
33.	Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si realiza deporte o ejercicio.				
34.	Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías, aparto mi atención de sus quejas.				
35.	Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si come según su plan de alimentación.				

Total monitoreo: _____

Total modelado: _____

Total reforzamiento positivo: _____

Total reforzamiento negativo: _____

Total debilitamiento: _____

VALIDACIÓN DE CONTENIDO

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el número de ítems es adecuado para la escala? <p>SI__ NO__</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué cantidad de ítems sugeriría? <p>Número de ítems sugeridos: ____ Comentarios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el orden en el que se encuentran ubicados los ítems es el adecuado? <p>SI__ NO__</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué orden sugeriría para los mismos? <p>Orden sugerido: _____</p> <p>Comentarios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

- ¿Considera que los ítems se encuentran redactados de manera adecuada?

SI___ NO___

En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué ítem(s) sugeriría corregir? y ¿cómo lo haría? (en caso de necesitar espacio, no dude en escribir al reverso de ésta página o en el cuestionario).

Número/s de ítem/s: _____

Comentarios respecto al contenido del ítem/s:

- ¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado?

SI___ NO___

En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia (en caso de necesitar más espacio, no dude en escribir al reverso de ésta página):

- ¿Considera adecuadas las categorías de respuesta (1: “nunca”, 2: “casi nunca”, 3: “casi siempre” y 4: “siempre”)?

SI___ NO___

- En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia:

- La forma de puntuación sería la sumatoria de los puntajes por dimensión, no existe puntaje total. ¿Considera que esta forma es la más adecuada?

SI___ NO___

- En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia:

- ¿Considera que se debe agregar ítem/s a una o varias dimensiones del cuestionario?

SI___ NO___

- En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos su/s sugerencia/s:

- ¿Considera que se debe eliminar ítem/s a una o varias dimensiones del cuestionario?

SI___ NO___

- En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos su/s sugerencia/s:

- ¿Sugeriría realizar algún otro cambio?

SI ___ NO ___

En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos a conocer su sugerencia:

Anexo G

Guía de validación Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil

Autoras: María Victoria Díaz y Raquel Gautier.

La presente constituye una guía de validación de algunos de los instrumentos psicométricos a utilizar en el trabajo especial de grado titulado: “Efecto de las creencias de control personal del peso y las estrategias parentales de manejo comportamental sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños con obesidad”. La investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de las creencias de control personal de peso (autoeficacia y locus de control) y las estrategias parentales de manejo comportamental (de la alimentación y actividad física) sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños/as con obesidad.

Para la medición de dichas variables, los instrumentos que permiten evaluarlas requieren ser validados con la finalidad de medirlas, por lo tanto, se requiere una “validación de contenido”, procedimiento mediante el cual un test es valorado (por expertos/as en la especialidad correspondiente) de acuerdo al grado en el que su conjunto de ítems representa adecuadamente un dominio de conductas de interés específico.

Entendiendo lo anterior, en la presente “Guía de validación” se trata de someter cada cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que se desean medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores deben efectuar.

Por favor, proporcione los datos que se solicitan a continuación, lea las instrucciones e ítems del instrumento, y responda las preguntas que se encuentran al final del mismo con los comentarios que considere pertinentes.

Muchas gracias de antemano.

<i>Datos de identificación del juez/a</i>	
Iniciales	
Sexo	Femenino: _____ Masculino: _____
Edad	
Título/s o grado de instrucción	
Área de experticia o de trabajo	
Años de experiencia	

Cuestionario de Adhesión al Tratamiento de la Obesidad Infantil

FICHA TÉCNICA

Autores: Díaz, María V. y Gautier, Raquel.

Aplicación: Individual y Colectiva

Tipo de instrumento: de lápiz y papel, objetivo, de rendimiento típico, escala ordinal.

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Determinar el grado de correspondencia entre los comportamientos de niños/as con obesidad infantil y de sus representantes y los consejos o prescripciones que ha recibido de parte del servidor de salud (específicamente Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímamo).

Población: Personas venezolanas mayores de 18 años, que representen niños y niñas con obesidad infantil bajo tratamiento interdisciplinario (específicamente en el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímamo).

Dirigido a: Nutricionistas, Psicólogos y profesionales de carreras afines.

Materiales: Protocolo de reactivos, lápiz.

Año de creación: 2015

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Obesidad Infantil

Instrucciones: El presente instrumento está diseñado para conocer el nivel de adherencia al tratamiento reportado por el/la representante de un niño o niña con obesidad. A continuación se presentan una serie de enunciados, marque con una equis (X) la opción que se ajuste a su opinión.

Ejemplo: El/la niño/a realiza 3 comidas y 2-3 meriendas

0-1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
		X	

	0-1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana	Total *
1. El/la niño/a realiza 3 comidas y 2-3 meriendas (según el plan de alimentación establecido)					
2. El/la niño/a realiza sus comidas en el horario establecido (ej. 7am, 10am, 1pm, 3-4pm, 7pm)					
3. El/la niño/a consume las porciones indicadas de cereales o granos (ej. media taza de caraotas, arepa)					
4. El/la niño/a consume las porciones indicadas de frutas por día (ej. medio cambur, una naranja)					
5. El/la niño/a consume las porciones indicadas de vegetales por día (ej. ensalada cruda en almuerzo)					
6. El/la niño/a consume las porciones indicadas de lácteos por día (ej. 1-2 vaso/s de leche, un yogur)					
7. El/la niño/a consume las porciones indicadas de grasas por día (ej. aceite en almuerzo, aguacate)					
8. El/la niño/a consume las porciones indicadas de proteínas o carnes (ej. pedazo de pollo del tamaño de la palma de una mano)					
9. El/la niño/a consume chucherías (ej. chocolates, galletas, pastelería, papitas, refresco, etc.)					
10. El/la niño/a consume las frutas enteras (ej. picada, sin licuar, sin azúcar añadida)					
11. El/la niño/a consume los vegetales enteros y/o crudos (ej. ensaladas, horneados, etc.)					
12. El/la niño/a bebe la cantidad de agua establecida (ej. 6-8 vasos)					

(CONTINUACIÓN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

	Nunca	Casi Nunca	Casi siempre	Siempre	Total
13. El/la niño/a repite o vuelve a consumir una misma porción de comida y/o merienda					
14. El/la niño/a ingiere los mismos alimentos o comidas que su grupo familiar					
15. El/la niño/a come en la mesa acompañado por al menos un familiar o responsable					
16. El/la niño/a come viendo televisión o hacer otras actividades que lo/la distraigan					
17. El/la niño/a come despacio su comida y/o merienda (ej. dura 20-30min).					
18. El grupo familiar del niño/a compra chucherías o comida rápida (ej. frituras).					
19. El/la niño/a hace al menos 1 hora al día de actividad física (ej. saltar, correr, hacer un deporte).					
20. El/la niño/a es acompañado/a a hacer actividad física por algún familiar o responsable					
21. El/la representante asiste a las citas pautadas con los especialistas (nutricionista, médicos, entre otros).					
22. El/la representante asiste a las actividades formativas sobre estilo de vida saludable (ej. talleres) indicadas por los especialistas (nutricionistas, médicos, entre otros). Indique a cuál/es ha asistido: _____ _____ _____					
				Total:	

*Nota para el calificador: 9, 13, 16, 18 invertidos

Min 0. Max 66

VALIDACIÓN DE CONTENIDO

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el número de ítems es adecuado para la escala? SI___ NO___ <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué cantidad de ítems sugeriría? Número de ítems sugeridos: ___ Comentarios: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el orden en el que se encuentran ubicados los ítems es el adecuado? SI___ NO___ <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué orden sugeriría para los mismos? Orden sugerido: _____ Comentarios: _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que los ítems se encuentran redactados de manera adecuada? SI___ NO___ <p>En caso de que su respuesta haya sido negativa, ¿qué ítem(s) sugeriría corregir? y ¿cómo lo haría? (en caso de necesitar espacio, no dude en escribir al reverso de ésta página o en el cuestionario) Número/s de ítem/s: _____</p> Comentarios respecto al contenido del ítem/s: _____ _____ _____ _____

- ¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado?

SI ___ NO ___

En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia (en caso de necesitar más espacio, no dude en escribir al reverso de ésta página):

- ¿Considera adecuadas las categorías de respuesta (0: “0-1 días a la semana”, 1: “2-3 días a la semana”, 2: “4-5días a la semana” y 3: “6-7 días a la semana”)?

SI ___ NO ___

- En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia:

- La forma de puntuación consiste en mayor puntuación mayor adherencia al tratamiento:

0-22pts= adherencia deficiente

23-44pts= adherencia moderada

45-66pts= adherencia alta

¿Considera que esta forma es la más adecuada?

SI ___ NO ___

- En caso de que su respuesta sea negativa, por favor denos a conocer su sugerencia:

<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que se debe agregar ítem/s al cuestionario? SI___ NO___ <ul style="list-style-type: none">• En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos su/s sugerencia/s: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que se debe eliminar ítem/s del cuestionario? SI___ NO___ <ul style="list-style-type: none">• En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos su/s sugerencia/s: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ¿Sugeriría realizar algún otro cambio? SI___ NO___ <p>En caso de que su respuesta sea positiva, por favor denos a conocer su sugerencia:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Anexo H

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímamo (CANIA) se realizará el proyecto de investigación titulado: “Efecto de las creencias de control personal del peso y las estrategias parentales de manejo comportamental sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños con obesidad”, con el objetivo de conocer el efecto o relación entre dichas variables. Con la finalidad de llevar a cabo el proyecto, se requiere la colaboración de representantes de niños/as diagnosticados con obesidad que deseen voluntariamente proporcionar la información requerida.

Las investigadoras del proyecto son estudiantes de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, quienes realizan esta investigación como su trabajo especial de grado:

Raquel Alejandra Gautier Varela C.I: V-23.727.177

María Victoria Díaz Peña C.I: V-19.967.673

Yo, _____ C.I: _____
 Nacionalidad _____ Estado Civil: _____ Representante
 legal de _____, en uso pleno de mis facultades mentales y
 sin que medie coacción, ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma,
 duración, propósito e inconvenientes relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro
 mediante la presente:

1. Haber sido informado/a de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con el proyecto titulado: “Efecto de las creencias de control personal del peso y las estrategias parentales de manejo comportamental sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños con obesidad”.
2. Tener conocimiento claro del objetivo del trabajo antes señalado.
3. Comprender el protocolo expuesto por el investigador, en el cual se establece que: mi participación en el trabajo consiste en:
 - A) Responder de manera escrita una encuesta de datos y los instrumentos psicométricos siguientes: inventario de autoeficacia de control peso, inventario de locus de control de peso, cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de alimentación y actividad física, cuestionario de adhesión al tratamiento de la obesidad infantil. Estos instrumentos consisten en una serie de enunciados a los cuales el sujeto da respuesta de acuerdo a su opinión, y están destinados a medir las variables en estudio para luego analizarlos mediante un programa estadístico.
 - B) Permitir la revisión, por parte de las investigadoras, de la historia de mi representado/a en CANIA, en aras de obtener datos antropométricos míos y de mi representado/a, estos son: diagnóstico, talla, peso, índice de masa corporal e índice de Broca.
4. Que las investigadoras que coordinan el proyecto, me ha garantizado confidencialidad relacionado tanto con mi identidad como de cualquier información relativa a mi persona o a mi representado/a, a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado, pues los datos aportados serán utilizados exclusivamente

para fines académicos, por ende, no se solicitarán ni se divulgarán datos de identificación tales como nombre, apellido y cédula de identidad.

5. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido recompensa, ni he pretendido recibir beneficio de tipo económico o de otra índole por mi participación en el proyecto.
6. Que los resultados de la investigación serán accesibles, al ser aprobados por la comisión correspondiente en la Universidad Central de Venezuela, en las bibliotecas y bases de datos de dicha universidad.
7. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud ni la de mi hijo/a, así como que dicho estudio no forma parte de una experimentación o terapia, ni tampoco implica contacto directo con mi representado/a.
8. Que si en algún momento no quisiera seguir participando en la investigación, lo puedo hacer sin que esto impida que yo y/o mi representado/a continúe recibiendo la atención que requiera en CANIA.
9. Que cualquier pregunta que yo tenga con relación a este estudio, me será respondida oportunamente por parte de las investigadoras (Br. Raquel Gautier/ Br. María Victoria Díaz), con quienes me puedo comunicar por los teléfonos 04247814352 y 04125926059.

Declaración del Voluntario

Luego de haber leído, comprendido y recibido respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento:

- a) Acepto las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo a las investigadoras a realizar el referido estudio con mi participación, a los fines indicados anteriormente.
- b) Reservarme el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mí o mi representado/a.

Participante:

Nombre: _____ C.I: _____

Firma: _____ Lugar: _____

Fecha: _____

Declaración del Investigador

Luego de haber explicado detalladamente al Sr(a). _____, Representante legal de _____, la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza y requerimientos de la participación en esta investigación. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

TESTIGO

Anexo I

DATOS DE IDENTIFICACIÓN							
Número de historia en CANIA:				Fecha: _____ / _____ / _____			
Número de control:							
Datos del representante							
Nombre:				Apellido:			
Sexo:		Edad:		Lugar y fecha de nacimiento:			
Domicilio:				Parentesco con niño/a:			
Ocupación:				Nivel de instrucción:			
IMC <small>actual</small> :				Diagnóstico actual:			
IMC <small>inicial</small> :				Diagnóstico inicial:			
Estado Civil:				Progreso:			
Datos del representante 2 (si aplica)							
Nombre:				Apellido:			
Sexo:		Edad:		Lugar y fecha de nacimiento:			
Domicilio:				Parentesco con niño/a:			
Ocupación:				Nivel de instrucción:			
IMC <small>actual</small> :				Diagnóstico actual:			
IMC <small>inicial</small> :				Diagnóstico inicial:			
Estado Civil:				Progreso:			
Datos del(la) Niño(a)							
Nombre:				Apellido:			
Sexo:		Edad:		Edad Decimal:		Lugar y fecha de nacimiento:	
Domicilio:				Diagnóstico actual:			
				Diagnóstico inicial:			
Peso (Kg):				IMC <small>actual</small> :			
Talla (cm):				IMC <small>inicial</small> :			
Índice de Broca:				Progreso:			

Anexo J

Guía de Validación Cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y la actividad física

Autoras: María Victoria Díaz y Raquel Gautier.

La presente constituye una guía de validación de algunos de los instrumentos psicométricos a utilizar en el trabajo especial de grado titulado: “Efecto de las creencias de control personal del peso y las estrategias parentales de manejo comportamental sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños con obesidad”. La investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de las creencias de control personal de peso (autoeficacia y locus de control) y las estrategias parentales de manejo comportamental (de la alimentación y actividad física) sobre la adhesión al tratamiento y el índice de masa corporal de niños/as con obesidad.

Para la medición de dichas variables, se diseñaron instrumentos ad hoc con la finalidad de valorarlas, por lo tanto, se requiere una “validación de contenido”, procedimiento mediante el cual un test es valorado (por expertos/as en la especialidad correspondiente) de acuerdo al grado en el que su conjunto de ítems representa adecuadamente un dominio de conductas de interés específico.

Entendiendo lo anterior, en la presente “Guía de validación” se trata de someter cada cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que se desean medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores deben efectuar.

Por favor, proporcione los datos que se solicitan a continuación, lea las instrucciones e ítems del instrumento, y responda las preguntas que se encuentran al final del mismo con los comentarios que considere pertinentes.

Muchas gracias de antemano.

<i>Datos de identificación del juez/a</i>	
Iniciales	
Sexo	Femenino: _____ Masculino: _____
Edad	
Título/s o grado de instrucción	
Área de experticia o de trabajo	
Años de experiencia	

Cuestionario de estrategias parentales de manejo comportamental de la alimentación y actividad física

FICHA TÉCNICA

Autores: Díaz, María V. y Gautier, Raquel.

Aplicación: Individual y Colectiva

Tipo de instrumento: de lápiz y papel, objetivo, de rendimiento típico, escala ordinal.

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Describir la interacción entre los representantes y los niños/as empleando para ello criterios de instrumentación de los procedimientos del análisis conductual orientados al control de estímulos y al reforzamiento de comportamientos saludables en los ámbitos de alimentación y actividad física.

Población: Personas venezolanas mayores de 18 años, que representen niños y niñas que puedan alimentarse y realizar actividad física.

Dirigido a: Psicólogos y profesionales de carreras afines.

Materiales: Protocolo de reactivos, lápiz.

Año de creación: 2015

Las dimensiones del cuestionario son las siguientes:

a) Monitoreo (Control de Estímulos)

De acuerdo con Rimm y Masters (1981), el monitoreo hace referencia a la identificación de algún estímulo particular, situaciones y condiciones que de manera estable preceden una conducta; durante el proceso de determinación de estímulos provocadores es posible obtener una evaluación de los reforzadores de mantenimiento de la conducta, la descripción del ambiente social y físico que provocan la conducta, y la programación de las medidas a tomar para que algunas conductas tengan lugar y otras no. La manipulación de los elementos ambientales para favorecer una conducta o debilitar otras, puede ilustrarse mediante la disponibilidad de alimentos sugeridos por un plan de alimentación saludable y la suspensión en la disponibilidad de comida rápida o golosinas.

b) Modelamiento

Bandura (1965) defendía que el aprendizaje por observación era una de las formas primarias de adquirir conocimiento. Se considera al Modelado como un tipo de aprendizaje, observacional o vicario que requiere del apoyo de un modelo que despliegue la o las conductas, y de unos observadores que aprendan la conducta y que en futuras ocasiones la reproduzcan o la imiten, por ejemplo, que un padre despliegue la conducta de ingerir vegetales en sus comidas frente a sus hijos, lo cual aumenta las probabilidades de que los hijos ingieran vegetales tras estar expuestos a la demostración del modelado de sus padres.

c) Reforzamiento

Skinner (1991) definía al reforzamiento positivo como un factor de control de la conducta con la particularidad de que siempre producía un incremento en la probabilidad de aparición de una respuesta. En este sentido, un reforzador positivo se considera como cualquier evento, conducta u objeto suministrado luego de la ejecución deseada, que aumentará la frecuencia de ocurrencia futura de cualquier conducta sobre la que son contingentes. Bajo esta premisa, se contempla que cualquier elemento, material (como comida, juguetes, videojuegos, entre los principales) o no tangible (como abrazos, caricias, felicitaciones, entre las más destacadas), puede actuar como reforzador positivo si constituye una recompensa que provocará un aumento en las probabilidades de que dicha conducta se repita en futuras ocasiones.

e) Debilitamiento

Debilitamiento de la conducta se refiere al decremento de frecuencias de una determinada conducta. Tal decremento se puede asociar a la extinción o castigo.

La extinción es un procedimiento de debilitamiento conductual que se basa en la premisa de que si una respuesta ha aumentado su frecuencia a través de refuerzo positivo, dejar de reforzar dicha respuesta tendrá como resultado la disminución de su frecuencia, aunque la misma pueda aumentar antes de empezar a disminuir (Martín y Pear, 1999).

El castigo consiste en la presentación de un estímulo punitivo que, cuando se presenta inmediatamente después de una respuesta, provoca que la frecuencia de esta disminuya. Los estímulos punitivos pueden clasificarse en: a- castigo físico (puniciones que afectan receptores y causan dolor y/o incomodidad) b-reprimendas (estímulos verbales negativos, reproches o regaños, o bien miradas fijas o apretones asociados a otros castigos), c- tiempo fuera (trasladar a un individuo de una situación reforzante a una menos reforzante), y d-costo de respuesta (quitar una cantidad predeterminada de otro reforzador). Cabe acotar, que la aplicación del castigo se encuentra controvertida, particularmente el castigo físico y reprimendas, dadas las consecuencias negativas asociadas (ej. agresión, miedo, entre otras), por lo cual no se recomienda su uso en primera instancia sino con el propósito de suprimir comportamientos que no pueden reducirse de otra forma (aún así con regulaciones), y es ideal el uso del refuerzo de conductas alternativas (Martín y Pear, 1999).

REFERENCIAS

Martín, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla* (5ª ed.). Madrid, España: Prentice Hall.

Pear, J. (1991). “Métodos operantes”. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

Rimm, D. y Masters, J. (1981). *Terapia de la Conducta*. Ciudad de México D.F., México: Trillas.

Skinner, B. (1991). *El Análisis de la Conducta: una visión retrospectiva*. Ciudad de México D.F., México: Limusa.

Ítems que constituyen el cuestionario:

<i>Alimentación</i>	<i>Actividad física</i>
Monitoreo (control de estímulos)	
<p>-3 Mi niño(a) come cada comida o merienda acompañado de algún adulto que supervise o acompañe.</p> <p>-19 Mantengo las chucherías (frituras, dulces, etc.) fuera del alcance de mi hijo(a).</p> <p>-13 Mantengo al alcance alimentos para el plan de alimentación de mi hijo(a).</p> <p>-2. Informo a otros familiares y responsables (ej. docentes) sobre el plan de alimentación de mi hijo(a).</p>	<p>-25 Acompaño a mi hijo(a) a realizar una rutina de deporte o ejercicios.</p> <p>-11 Llevo a mi hijo(a) a sitios donde se pueda hacer actividad física (ej. parques, centros deportivos, canchas, etc.).</p> <p>-4 Le establezco a mi hijo(a) un horario para el uso de la computadora, televisión, u otras tecnologías.</p>
Modelado	
<p>-1. Como alimentos saludables que quiero que mi hijo(a) coma.</p> <p>-14 En casa el grupo familiar come los mismos alimentos que el(la) niño(a).</p> <p>-26 Felicito a otros niños(as) o personas frente a mi hijo(a) cuando comen alimentos saludables o toda su comida.</p>	<p>-16 Le enseño con mi ejemplo a mi hijo(a) nuevas formas de hacer ejercicio físico (por ejemplo: nuevos sitios, diferentes ejercicios, actividades variadas).</p> <p>-5 Felicito a otros niños(as) o personas frente a mi hijo cuando hacen deporte o ejercicio.</p>
Reforzamiento positivo	
<p>-20 Felicito o elogio a mi hijo(a) cada vez que come las raciones de su plan de alimentación.</p> <p>-10 Felicito o elogio a mi hijo(a) por probar nuevos alimentos saludables.</p> <p>-12 Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si come las porciones de su plan de alimentación.</p> <p>-29 Le doy afecto (besos, caricias) a mi hijo(a) cuando come según su plan de alimentación</p>	<p>-7 Felicito o elogio a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.</p> <p>-28 Le doy afecto (besos, caricias) a mi hijo(a) por hacer deporte o ejercicio.</p> <p>-27 Le aviso a mi hijo(a) que puede hacer algo de su agrado si realiza deporte o ejercicio.</p> <p>-30 Le permito a mi hijo/a hacer algo de su agrado si hizo deporte o ejercicio</p> <p>-24 (invertido) Le doy chucherías (frituras, dulces, etc.) a mi hijo(a) como premio por hacer deporte o ejercicio.</p>

<i>Alimentación</i>	<i>Actividad física</i>
Debilitamiento	
<p>-15 Le aviso a mi hijo(a) que no podrá hacer algo de su agrado si se niega a comer según su plan de alimentación.</p> <p>-22 Si el(la) niño(a) pide comida fuera de las horas pautadas, aparto mi atención de sus quejas.</p> <p>-17 Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías, aparto mi atención de sus quejas.</p> <p>-6 Si el(la) niño(a) llora o hace un berrinche cuando se le niega chucherías (frituras, dulces, etc.), lo regaño o lo castigo.</p> <p>-23 Si el(la) niño(a) pide repetir o volver a consumir comida, lo regaño o lo castigo.</p>	<p>-8 Si mi hijo(a) se niega a hacer deporte o ejercicio, lo regaño o castigo (ej. menos tiempo de ver televisión).</p> <p>-9 Le aviso a mi hijo(a) que será castigado(a) si se niega a hacer deporte o ejercicio.</p> <p>-21 Si mi hijo(a) pasa mucho tiempo sin hacer actividad física ni otros deberes, lo regaño o castigo.</p>