

Diseño de la identidad de un programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil

Ericka Ileana Escalante Izeta
Adina Radosh Sverdlin
María del Carmen Mena Rangel

123

RESUMEN

La obesidad infantil es un problema de salud pública que se refleja en la población mexicana. La necesidad de proponer programas de prevención primaria y secundaria conlleva el compromiso de crear estrategias a nivel comunitario, que incluyan a los niños y sus familias. Para la sensibilización y participación de la población es necesario identificar el nombre e imagen del programa tomando como referente la concepción social sobre la obesidad infantil e identificando los elementos que hacen o no atractiva una intervención que aborde dicho tema. Aquí se muestran los pasos seguidos para conceptualizar y diseñar la identidad de un programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil en el Pueblo de Santa Fe, en la Ciudad de México.

Palabras clave: Obesidad infantil, Identidad de programas en salud, Comunicación en salud.

ABSTRACT

Childhood obesity is a public health problem, mainly reflected in the Mexican population. The need to propose programs of primary and secondary prevention involves commitment to create strategies at the community level, including children and their families. For the awareness and participation of the population, it is necessary to identify the name and the program's image taking as a reference the social conception of childhood obesity and identifying the elements that make it attractive. This document shows the steps followed for the conceptualization and design of the identity of a Community

program for the prevention of childhood obesity in the town of Santa Fe, in Mexico City.

Keywords: Childhood obesity, Health programs identity, Health communication.

INTRODUCCIÓN

124

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad infantil como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI —calculando que en el año 2010 habían 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo— que se identifica cuando el niño presenta un índice de masa corporal (IMC) ≥ 95 percentil, considerando su edad y sexo (WHO, 2011). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en México es de 34.8% para niños de 5 a 11 años (Gutiérrez *et al.*, 2012).

Como alternativa ante el problema, se ha observado que proporcionar información práctica y fomentar el desarrollo de habilidades preventivas y de autocuidado puede reducir el riesgo de presentar obesidad (Baranowski *et al.*, 2003), principalmente mediante la modificación de la dieta y de los patrones de actividad física (Fernández-Gaxiola *et al.*, s/f), así como el trabajo con las actitudes y creencias de los padres en torno a dicho padecimiento (Hernández *et al.*, 2000). En México la mayor parte de las intervenciones orientadas a la población infantil se han desarrollado en el entorno escolar, sin embargo dichos programas no han originado cambios significativos en la conducta alimentaria, la actividad física o en los indicadores antropométricos (Oude Luttikhuis *et al.*, 2009; Pérez-Morales *et al.*, 2009; Bonvecchio *et al.*, 2009; Shamah *et al.*, 2011).

Por otro lado, se ha identificado la necesidad de implementar intervenciones basadas en la familia como eje transformador de los hábitos, prácticas, conocimientos o actitudes de los niños con sobrepeso y/o obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Dichas intervenciones, buscan la reestructuración de los hábitos familiares respecto a la alimentación y estilo de vida que favorecen el sobrepeso/obesidad de los niños (Summerbell *et*

al., 2008). Diversos estudios sobre el tema han obtenido resultados positivos basándose en el trabajo interdisciplinario y enfocando sus esfuerzos no sólo en la reducción del IMC, sino principalmente en la reeducación de hábitos cotidianos, patrones de consumo de alimentos dentro y fuera del hogar, práctica de actividades lúdicas y recreativas que impliquen movimiento para padres e hijos, promoviendo estilos parentales activos (Vos *et al.*, 2011).

Es importante considerar y desarrollar en los padres habilidades de crianza que protejan la salud física y mental del niño, complementando comportamientos específicos en salud que pueden prevenir la obesidad infantil; factores protectores como la competencia familiar (manejo de actividades cotidianas en un ambiente de apoyo entre sus miembros), la satisfacción con la vida familiar (cuidado y acogida entre los integrantes), cohesión familiar (unión emocional), estilos de crianza positivos (compartir la toma de decisiones entre los adultos responsables del niño estableciendo límites, solución de conflictos, seguimiento al crecimiento y desarrollo infantil, calor y apoyo parental) y proveer al niño de una vivienda que le proporcione seguridad y sentido de pertenencia (Kitzman-Ulrich *et al.*, 2010). Se ha demostrado que al formar a los cuidadores infantiles en estas habilidades e impulsando el funcionamiento positivo de la familia, se promueve la adopción sostenida de hábitos y conductas saludables que previenen la obesidad infantil (Kitzman-Ulrich *et al.*, 2010; Epstein *et al.*, 1990; Benton, 2004; Ward-Begnoche y Speaker, 2006).

Para complementar las intervenciones enfocadas en la familia, algunos autores sugieren implementar estrategias integrales que incluyan los demás niveles de la dinámica social en la que se encuentra inmerso el individuo (Elder *et al.*, 2010), y la necesidad de tomar como referencia diversos enfoques teóricos que han demostrado ser exitosos en diferentes contextos. Durante las dos últimas décadas, el modelo socio-ecológico en salud se ha utilizado para diseñar intervenciones que modifiquen diversos niveles del entorno: individual, interpersonal, espacio físico, comunitario, organizacional y de políticas públicas (Sallis, Owen y Fisher, 2008).

La perspectiva ecológica busca comprender los motivos que originan los comportamientos y conductas que se contraponen a la salud, y con base en ello se diseñan intervenciones que alcancen a la población en sus diversos niveles, articulándolos entre sí (Eddy *et al.*, 2002).

EL CONTEXTO

126

El Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana se ha vinculado desde hace más de tres años con la comunidad que vive en el antiguo Pueblo de Santa Fe. En diversos diagnósticos comunitarios previos se ha documentado la necesidad de atender a la población infantil de la zona. Se reportó que 45% de las familias de niños y niñas que asisten a uno de los comedores comunitarios tienen inseguridad alimentaria moderada y 30% inseguridad alimentaria severa (Pérez-Lizaur, 2011a).

Diversos estudios han demostrado la relación entre la inseguridad alimentaria (entendida como el acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana), y la incidencia de problemas nutricionales en los niños (por deficiencias o excesos), además de un bajo rendimiento escolar. También se reportó que 21% de los niños de esta población que acuden al comedor presentan sobrepeso y 18% obesidad (Pérez-Lizaur, 2011a).

Por otro lado, el Departamento de Salud, ha implementado dos talleres para fomentar la alimentación correcta y la actividad física escolares, uno de ellos centrado en la escuela (Ochoa, 2002) y otro desarrollado en un comedor comunitario durante los periodos de verano (Pérez-Lizaur, 2011b). Ambas intervenciones han tenido resultados satisfactorios, sin embargo, no consideran el trabajo integral del niño con su familia para abordar el problema de la obesidad durante la infancia. Es por ello que consideramos necesario innovar alternativas de prevención de obesidad infantil en la comunidad de Santa Fe centradas en la familia. Para ello es preciso iniciar un diagnóstico comunitario de salud, identificando

las fortalezas y necesidades de las familias de los escolares para adaptar las estrategias y programas de prevención de la obesidad infantil desde la familia que se han implementado exitosamente en otros contextos o países. Posteriormente, pilotear el programa evaluando la efectividad y proceso de la intervención para, finalmente, diseñar una estrategia eficaz basada en la formación familiar para prevenir el desarrollo de la obesidad tanto en el niño como en los actores responsables de su cuidado y crianza.

Como modelo educativo base, se propone utilizar la adaptación del Programa Niñ@s en Movimiento, realizado por Gussinyé Cannabal (2005) en la Universidad Autónoma de Barcelona, que promueve modificaciones en los hábitos alimentarios y de estilo de vida fomentando la comunicación familiar, autoestima y desarrollo integral del niño. Se trata de un taller compuesto por doce sesiones en las que se realizan actividades grupales por separado dirigidas a los padres, y a los niños con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, trabajando de manera interdisciplinaria con un grupo de psicólogos y nutriólogos quienes abordan los temas relacionados al cuerpo y salud del niño, destacando las necesidades emocionales del niño y de comunicación de la familia.

127

A pesar del éxito de dicho programa, es importante aportar, además de su adaptación, una estrategia comunitaria a partir de su propia identidad y centrada en la acción colectiva, contemplando a la familia como parte fundamental de las redes socializadoras del niño. Ante este reto, el presente artículo tiene el objetivo de esbozar las acciones realizadas para la construcción de un nombre y logotipo que identifiquen a un programa comunitario diseñado para la prevención de la obesidad infantil en el poblado urbano-marginado de Santa Fe, Ciudad de México.

EL PROCEDIMIENTO Y SUS HALLAZGOS

El trabajo se dividió en dos etapas. La primera, de investigación formativa; y la segunda, de conceptualización y desarrollo de la identidad para la Estrategia Comunitaria. A su vez, la primera etapa se compone de una

revisión de literatura (que incluye los textos del taller y documentos sobre estrategias de comunicación con niños) y de la documentación por medio de entrevistas realizadas a las facilitadoras del taller y a una organización de la sociedad civil que trabaja con la misma población abordando temas relacionados con el desarrollo infantil. En la segunda etapa se delimitó el concepto y las estrategias de implementación sugeridas, desarrollando un plan de trabajo que sirvió como base para la construcción del nombre e imagen.

ETAPA DE INVESTIGACIÓN

La investigación comenzó con las personas que implementaron el taller en la comunidad, una de las cuales cuenta con formación en nutrición, y la segunda en psicología. Se realizaron entrevistas no estructuradas con las facilitadoras, indagando su punto de vista sobre el programa, el proceso y desarrollo del mismo, así como la respuesta percibida en la población participante. Sus verbalizaciones denotaron la necesidad de agregar elementos culturales propios dando un enfoque local, ya que el programa, importado de España, resalta diferencias culturales, principalmente el uso de lenguaje y el nombre de algunos alimentos. En España se lleva a cabo en espacios hospitalarios generando otro nivel de compromiso por parte de los padres de familia, ya que sus hijos estaban medicados o con diagnósticos muy especializados. En el caso de Santa Fe, el programa se desarrolla en la Casa Meneses, espacio comunitario que ofrece atención y servicios a los pobladores del lugar, diversificados en cultura, trabajo, esparcimiento y aspectos legales, y no específicamente en salud.

Las entrevistadas reportaron la urgencia de trabajar el concepto de obesidad infantil en la comunidad, pues a pesar de hacer extensiva la invitación al público en general, tanto en escuelas como a niños previamente diagnosticados con el problema, los talleres no suelen ser muy concurridos, se registra baja adherencia al mismo y alta deserción, lo que refleja que el problema no es percibido como tal por la población.

Respecto a quienes no finalizaron las sesiones, se concluyó que probablemente no se encontraban en la misma etapa de cambio que el resto del grupo; de acuerdo con Prochaska y DiClemente (1984) y Contento (2010) los procesos que los individuos utilizan para la adopción de nuevos comportamientos en salud, varían; además, es posible que diversas cuestiones emocionales dificultaran el seguimiento del programa (como la falta de apoyo en casa). También se observó que la cohesión dentro del grupo surgió en una etapa tardía como para lograr un compromiso por todos los que iniciaron, lo cual pudo dificultar algunos procesos de adherencia al tratamiento o al trabajo emocional de los participantes.

Al tener la perspectiva de las facilitadoras del taller se consultó el material de apoyo didáctico del programa, tanto el de padres como de los niños. Así, se lograron resaltar algunas características importantes a tomar en cuenta para la construcción de la identidad de la estrategia local:

129

1. El programa niños en movimiento (Gussinyé, 2005) está enfocado en el niño y su entorno familiar, buscando generar redes de apoyo en donde todos los participantes estén dispuestos a generar un cambio en sus hábitos y fomenta la asertividad. Se deben destacar estos elementos, evitando el lenguaje y situaciones que resultan poco comunes para los niños mexicanos.
2. Para tener una perspectiva sobre el trabajo con el tipo de población al que invita el taller, se contactó a Infancia Común AC con el fin de comprender cómo logran que sus usuarios se identifiquen con los programas y que el efecto sea mayor. Gracias a su asesoría, se determinó que la estrategia comunitaria para la prevención de la obesidad infantil permitiera reconocer la sabiduría de quienes participan, fomentando la empatía y aceptación total del individuo libre de juicios sobre sus hábitos y decisiones en salud. Los facilitadores deberán generar confianza y utilizar un lenguaje sencillo para provocar el interés, pero sobre todo el enfoque debe ser desde la sociedad, de manera que más que ser Niños en Movimiento, sea una Sociedad en Movimiento.

Con el afán de complementar las opiniones y percepciones sobre el programa, se realizaron entrevistas a los niños y madres de familia que participaron en el pilotaje del mismo. De acuerdo a su experiencia con el programa, sugieren de manera general considerar la preparación de los padres para adentrarse en temas delicados y así mejorar su disposición al cambio, reforzando estas acciones mediante la generación de confianza y cohesión grupal, en un ambiente cuidado y confidencial, elementos que consideran que si llegaran a faltar serían causa de deserción e incluso desinterés por participar en el mismo. Además, señalan que el tema del sobrepeso y obesidad infantil debe ser relevante para ellos, ya que no suele verse como una situación que amerita acciones urgentes, por lo que se debe resaltar la importancia de abordarlo y hacer algo al respecto, orientando el programa y las actividades en general hacia las costumbres de la sociedad mexicana.

También se entrevistaron a los dos niños que sí terminaron el programa; para ellos lo más atractivo fueron los juegos, los cuentos y la diversión que experimentaron; sobre todo comparándolo con la escuela. También mencionaron con orgullo los cambios que han hecho en casa: comer menos dulces, hablar de sus sentimientos, etcétera. Por ejemplo, Z, una niña que tomó el curso, mencionó que al principio pensaba “¿Qué tengo adentro? ¡No estoy traumada!” y que en el curso se habló mucho al respecto. Fue evidente que para los niños era de gran importancia el tener o no amigos; los niños entrevistados casi no salen a la calle a jugar de manera colectiva.

Una niña que no completó las sesiones, mencionó que lo más atractivo fueron las actividades realizadas a nivel del piso, las dinámicas y juegos. Refirió que fue más relajado y con mayor convivencia que la escuela. En su caso, también nota cambios en sus hábitos alimenticios y comenta, “A veces tengo ganas de llorar”, pero que no lo habla con nadie. Ella afirma salir de casa regularmente, ya sea a visitar amigos o con la familia a la iglesia, a comer o al panteón.

En cuanto a las mamás de los niños que sí concluyeron el programa, coincidieron que su hijo/a son lo más importante, razón por la que

decidieron participar. Sin embargo, comentaron que les resulta difícil cambiar hábitos y que la comida muchas veces depende de los gustos de todos los miembros del hogar (sobre todo del marido), por lo que puede ser difícil implementar los temas vistos cuando el resto de la familia no apoya (a pesar del hecho de que en todas los casos algún familiar tiene diabetes). Lo que más agradó a las mamás fue la atención personalizada que hubo durante las sesiones, que se formaron lazos de amistad con otras madres, que se generó consciencia entre ellas y sus hijos relacionada a la alimentación; una madre mencionó que su hijo “se quitó el caparazón” gracias al taller, refiriéndose a las habilidades de comunicación y expresión de las emociones. De manera más propositiva, se sugirió que se realicen más actividades conjuntas entre mamás e hijos, que la proyección del programa sea “más mexicana” (se mencionó lo acertado que es, en ese aspecto, la publicidad de “Mamá Lucha”) y que les gustaría que se respondiera de alguna manera a la falta de espacios para recreación y actividad física ausentes en la comunidad.

131

La mamá cuya hija no concluyó el programa argumentó que no lo hizo por falta de organización en su rutina, pero dice que recibió información útil sobre alimentación durante las sesiones a las que asistieron. Afirma que ella aplica la planificación por metas (en casa, ahorros, vacaciones) y que en su familia también existen casos de diabetes (uno bien atendido y el otro no). Sobre la dinámica que se dio durante las sesiones en las que participó, menciona que le atrajo el tener un espacio para ella y que los niños fueran atendidos de manera separada, aprendiendo los mismos temas que ella. Sin embargo, afirma que no se formaron lazos entre las participantes, que las dinámicas le parecieron aburridas, que las percibía como una pérdida de tiempo y que las actividades de debate no le generaron interés. Propone que debería ser más dinámico y participativo, que la promoción sea más visual y colorida, de manera que llame la atención y que mejoren los medios de comunicación al difundir el programa.

Teniendo las conclusiones de cada fuente para la investigación (ver Anexo 1. Mapa mental de investigación formativa y entrevistas) se resaltaron aquellas que se consideraron más importantes para reflejar

en la imagen de la estrategia comunitaria a proponer, así como las que se mencionaron más por las diversas fuentes. Al visualizar claramente aquellos temas que se mencionaban con frecuencia, se eligieron cinco conceptos como base de la nueva imagen y enfoque propuesto: 1) diversión/juego, 2) niño como parte de la familia y la sociedad, 3) muy visual, colorido, sencillo y concreto, 4) participación/cohesión grupal, 5) local (ver Anexo 2. Mapa mental sobre hallazgos para identidad).

ELECCIÓN DEL NOMBRE DEL PROGRAMA

132

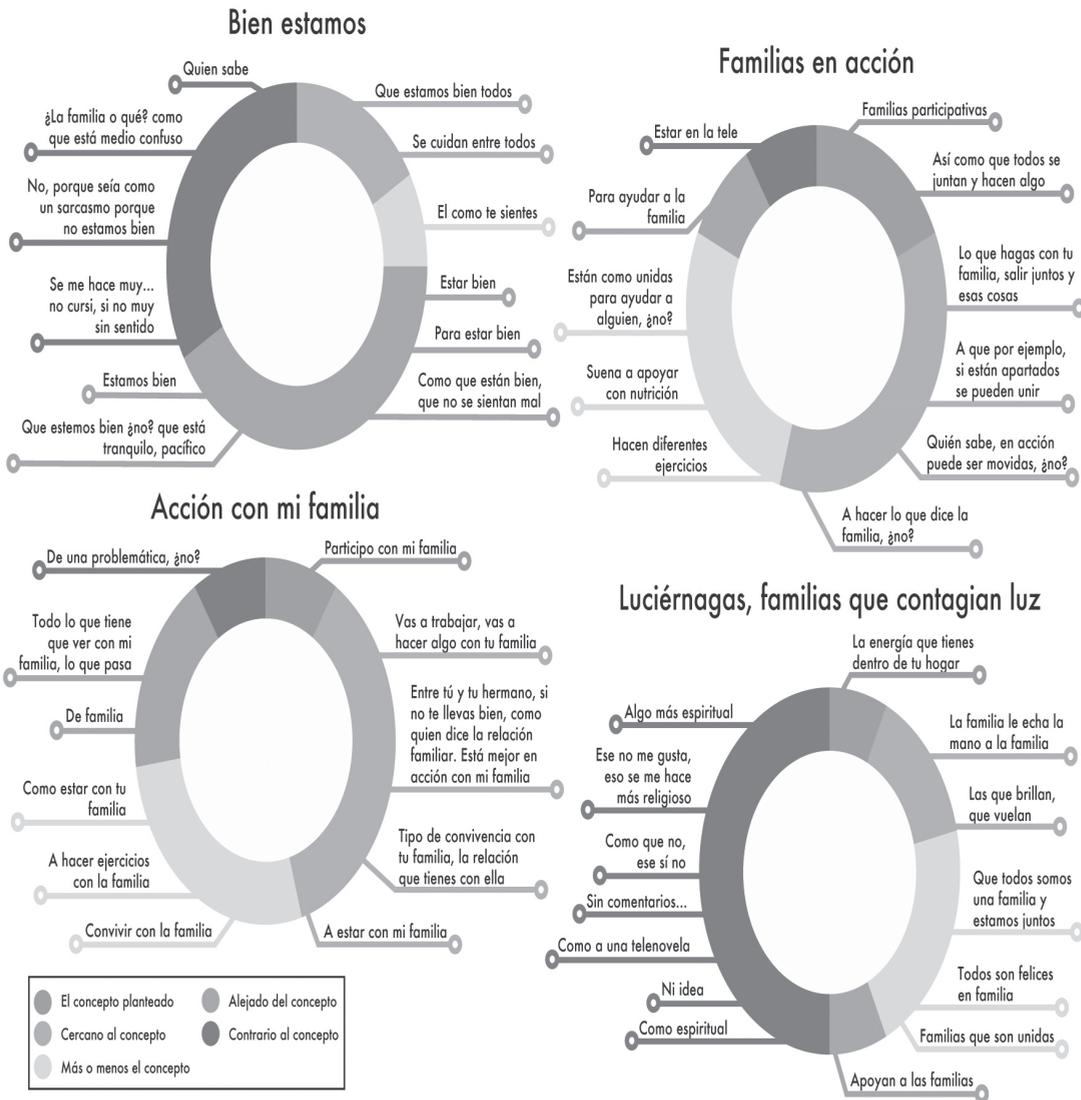
Tomando como base los conceptos mencionados, se bocetaron posibles nombres de los cuales se eligieron —entre la diseñadora y las facilitadoras del taller— los cuatro que resultaron más adecuados: 1) Bien estamos, 2) Familias en acción, 3) Acción con mi familia, y 4) Luciérnagas, familias que contagian luz. Para elegirlo, se decidió mostrar los posibles nombres a usuarios potenciales del taller y personas en general que se encontraran tanto en la Casa Ernesto Meneses, como en las calles del Pueblo de Santa Fe. La muestra fue de 14 personas. La manera en que se procedió fue mostrar los nombres (de manera aleatoria) tanto a padres y madres de familia, niños, niñas y jóvenes.

Para tener una herramienta de análisis de respuestas de la gente, se preguntó a cada persona lo que le sugería cada uno de los nombres, estas respuestas se compararon con los cuatro conceptos elegidos previamente, basados en los conceptos obtenidos a partir de las entrevistas: 1) expresión, 2) dinamismo o movimiento, 3) niño como parte de la familia, y 4) participativo. Lo visual, colorido, sencillo y concreto; así como lo local, también deberían estar reflejados en el logotipo.

Se hizo una escala con colores, aplicando verde a las respuestas de las personas que captaban justamente algunos conceptos antes mencionados: verde claro a las personas que se acercaban a ellos, amarillo para identificar el término medio, naranja cuando se alejaban de los conceptos, y rojo cuando se contestó algo que era totalmente contrario a ellos.

FIGURA 1
Evaluación de los nombres propuestos al programa comunitario
para la prevención de la obesidad infantil

Diagramas de respuestas respecto a los nombres



Con base en los resultados presentados en la Figura 1. Diagrama de respuesta respecto al nombre, se descartó el nombre “Bien estamos”, por ser demasiado general o ambiguo, y que incluso resultó sarcástico para una persona. También se excluyó “Luciérnagas, familias que contagian luz” debido a la connotación espiritual o religiosa que transmitió a los encuestados. Tanto “Acción con mi familia”, como “Familias en acción” resultaron nombres que lograban hablar sobre los conceptos que se querían plasmar en la identidad del programa. Ya que “Acción con mi Familia” se refiere a un punto de vista más individual (“mi”) se concluyó que no transmite la idea de colectividad y de trabajar con familias preocupadas por sus niños, siendo a su vez parte de algo más grande: la comunidad. Se optó entonces por el nombre “Familias en acción”.

ELECCIÓN DEL LOGOTIPO DEL PROGRAMA

Una vez definido el nombre del programa, se bocetaron posibles logotipos (Figura 2). Con ellos se pretendía que plasmaran visualmente conceptos especialmente elegidos para el logotipo: 1) energía/movimiento/dinamismo, 2) niño como parte de la familia, 3) acciones para la familia/accionar a la familia (tomando en cuenta la importancia de ser sencillo, concreto y participativo). Lo local consta no solamente de tener rasgos locales, sino que todas las decisiones fuesen tomadas con base en la respuesta de la población. Después de una primera eliminación, se eligieron dos posibles logotipos para mostrar de nuevo a la gente en la Casa Ernesto Meneses (Figura 2).

La muestra en esta ocasión fue de 10 personas y las impresiones que se tuvieron fueron las mostradas en la Figura 3 (aplicándose la misma escala de colores antes descrita).

Con base en los resultados, se determinó que el logotipo del rehilete con las manos, a pesar de ser atractivo, no se acerca a lo que se busca transmitir, pues en ninguna de las respuestas se menciona a la familia. Con el logotipo del foco y la familia adentro, se obtuvieron respuestas

FIGURA 2
Bocetos para el logotipo propuesto para el programa



Familias en Acción Familias en Acción

135

parcialmente cercanas a lo que se intenta transmitir, pero se evidenció que encerraba demasiado a la familia, por lo que se modificó para hacerlo más abierto; por otra parte, se planteó que para generar el movimiento del rehilete se usaría la tipografía. La evolución del logotipo fue la siguiente: en la Figura 4. Logotipo modificado “Familias en acción”, se puede notar que las formas se simplificaron, logrando mayor armonía con el grosor adecuado de las líneas y los rayos de luz simétricos. También se modificó la sensación de encierro que tenían los primeros bocetos, dejando un espacio entre la rosca del foco y las figuras de los padres.

La última modificación, consistió en inclinar hacia adentro las cabezas de los padres de manera que transmitiera mayor unidad y cercanía. La tipografía elegida fue Overlock (Open Type de Google Web Fonts); para “Familias” se utilizó la variante Overlock Black Italic, y para “en Acción” la Overlock Black en mayúsculas; la combinación de ambas resulta en algo que transmite dinamismo y genera un poco de movimiento, sin dejar de ser una tipografía amable y llamativa. La gama de colores que se eligió es enérgica y agradable, generando una jerarquía que va del nombre al niño con los padres y hacia la rosca y los rayos de luz. De esta manera, se llegó a la construcción del logotipo final (Figura 5).

FIGURA 3

Evaluación de los logotipos propuestos para identificar el programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil (diagrama de respuestas)

Diagramas de respuestas respecto a los logotipos

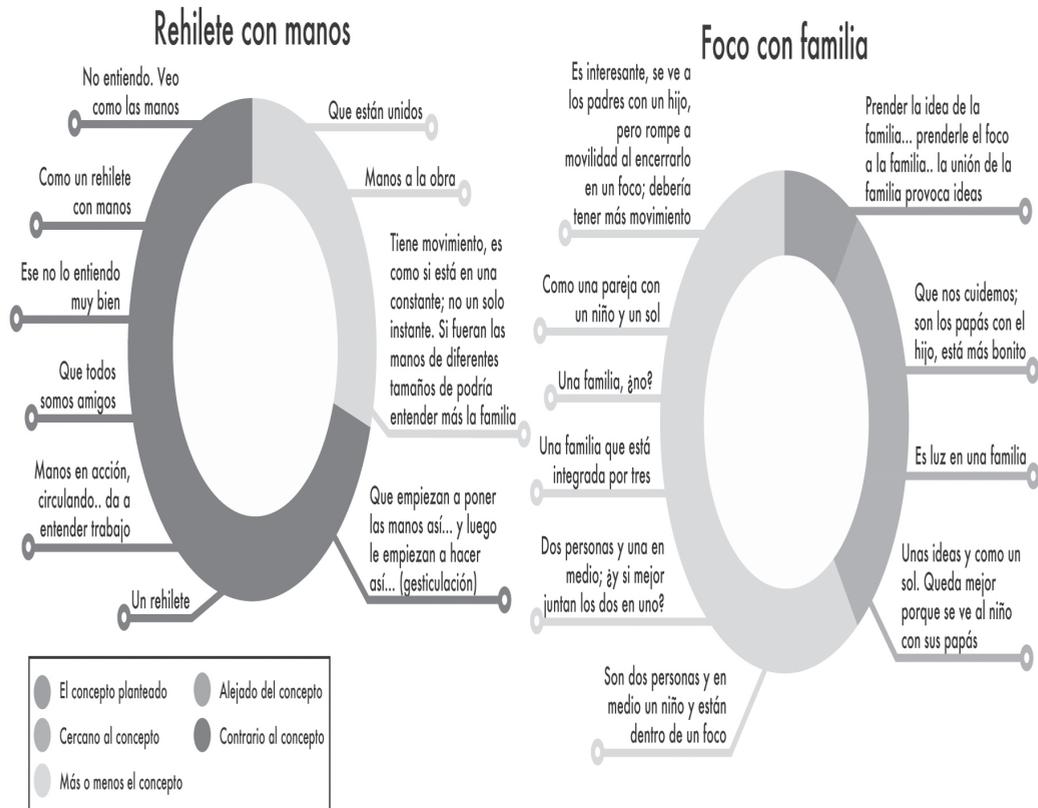


FIGURA 4
Logotipo modificado
 “Familias en acción”



FIGURA 5
Logotipo final
 “Familias en Acción”



137

CONCLUSIÓN

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en México con una prevalencia de 34.8% en niños de 5 a 11 años (Gutiérrez *et al.*, 2012). La complejidad del problema y el bajo impacto que han tenido las acciones hasta ahora emprendidas para resolverlo, nos obligan a evaluar también los determinantes psicosociales y emocionales que influyen en lo que los niños comen y deberían comer. Estudios recientes relacionan a la dinámica y el ambiente familiar con la aparición del padecimiento, así como asociaciones entre la obesidad infantil y el ambiente “construido”, incluyendo acceso a comercios que ofrecen alimentos saludables, proximidad a parques y áreas recreativas, seguridad, condiciones de vivienda y otros aspectos vinculados con el entorno social (Vámosi, Heitmann y Kyvik, 2009; Singh, Siahpush y Kogan, 2010).

A pesar de la evidencia y la relevancia del problema, se ha observado que la población y el entorno inmediato de los niños no lo perciben como tal y no creen que requiera de atención inmediata, por lo que concientizar a los padres, cuidadores de los niños y la sociedad en general es de suma importancia. El Programa Niñ@s en Movimiento, surgió en Barcelona como una propuesta para el tratamiento holístico del sobrepeso y la obesidad infantil, que contribuye a aumentar la conciencia sobre el problema dentro de un contexto familiar (Gussinyé, 2005). En vista de los resultados positivos obtenidos con esta estrategia, se planteó la posibilidad de implementarla en una zona urbano-marginada: el Pueblo de Santa Fe en la Ciudad de México. Para ello, fue necesario adaptarlo a los usos y costumbres de la sociedad mexicana, así como la integración de la comunidad en la solución del problema al ser parte del entorno inmediato en el que se desarrolla el niño.

Favorecer la participación de la comunidad en el diseño de la identidad del programa (partiendo de las opiniones, percepciones y experiencias de la misma), resulta crucial para lograr la identificación de la misma con el proyecto y facilitar la colaboración activa de todos los miembros en la solución y prevención de la obesidad infantil. Pocos documentos referidos en la literatura científica muestran la necesidad de diseñar un programa junto con la población desde la concepción del nombre, identidad y referencias visuales. Este trabajo constituye un precedente que da respuesta a dicho aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Baranowski, T., Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, D. y Baranowski, J. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models. Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts? *Obesity Research*, (11), 23S-43S.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(7), 858-869.

- Bonvecchio, A., Theodore, F., Blanco, I., Safdie, M., Islas, A., Aburto, N. *et al.* (2009). Modelo de intervención en escuelas primarias de la Ciudad de México para prevenir obesidad infantil. Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en [<http://bit.ly/1doSx5W>].
- Contento, I. (2010) *Nutrition Education: linking research, theory and practice*. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers.
- Eddy, J., Donahue, R., Webster, R. y Bjornstad, E. (2002). Application of an ecological perspective in worksite health promotion: a review. *American Journal of Health Studies*, 17(4), 197-202.
- Elder, J., Arredondo, E. *et al.* (2010). Individual, Family, and Community Environmental Correlates of Obesity in Latino Elementary School Children. *Journal of School Health*, 80(1), 20-30.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R. y McCurley, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2519-2523.
- Fernández-Gaxiola, A., Pérez-Lizaur, A.B., Balcázar, B. y Peyron, R.A. (s/f). Addressing cardiovascular disease risk factors using the ‘Salud para su Corazón’ model: the Mexican pilot study. *Salud Pública México*, (en prensa).
- Gussinyé Canabal, S. (2005). Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “niñ@s en movimiento”. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, B., Gortmaker, S.L., Laird, N.M. Colditz, G.A., Parra-Cabrera, S. y Peterson, K.E. (2000). Validez y reproductibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad física para escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 42(4), 315-323.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D.K. *et al.* (2010). The Integration of a Family Systems Approach for Understanding Youth Obesity, Physical Activity, and Dietary Programs. *Clinic of Childhood and Family Psychology*, (13), 231-253.

- Ochoa Rivera, T. (2002). La Educación en nutrición: un modelo de trabajo de autoestima y auto-concepto bajo el enfoque centrado en la persona. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. y Summerbell C.D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database System*, (1), CD001872.
- Pérez-Lizaur, AB. (2011a). Evaluación del Programa Comedores Santa María AC. Un punto de vista: Seguridad Alimentaria. Reporte ejecutivo. México: Universidad Iberoamericana.
- (2011b). Manual: Taller de verano “Jugando a ganar salud”. Estado de México: Desarrollo Integral para la Familia.
- 140 Pérez-Morales, M.E., Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A. y Armendáriz-Anguiano, A. (2009). Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. *ALAN*, 59(3): 253-259.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Sallis, J., Owen, N. y Fisher, E. (2008). Ecological Models of Behavior. En: K. Glanz, B. Rimer y K. Viswanath, *Health Behavior and health education. Theory, research and practice*. Estados Unidos: Jossey Bass.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: SSA.
- Shamah Levy, T., Morales Ruán, M.C., Escalante Izeta, E.I., Amaya Castellanos, C. et al. (2011). Diseño, implementación y evaluación de una estrategia educativa para prevención de sobrepeso y obesidad en escolares del Estado de México. Informe final. Estado de México: DIF.
- Singh, G., Siahpush, M. y Kogan, M. (2010). Neighborhood socioeconomic conditions, built environments and childhood obesity. *Health Affairs*, 29(3), 503-512.
- Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. y Campbell, K.J. (2008). Intervenciones para prevenir la obesidad infantil. *Biblioteca Cochrane Plus*, (2).
- Vámosi, M. Heitmann, B. y Kyvik, K. (2009). The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic literature review. *Obesity Reviews*, 11(3), 177-184.

- Vos, R., Wit, J., Pijl, H., Kruyff, C. y Houdijk, E. (2011). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(110). Disponible en [<http://bit.ly/18mEJBE>].
- Ward-Begnoche, W. y Speaker, S. (2006). Overweight youth: Changing behaviors that are barriers to health. *Journal of Family Practice*, 55(11), 957-963.
- World Health Organization (WHO). (2011). Sobrepeso y obesidad infantiles. En *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponible en [<http://bit.ly/18mAAxx>], fecha de consulta: 10 de julio de 2011.

ANEXO 2

Mapa mental sobre hallazgos para crear identidad

Diagrama de hallazgos mencionados con mayor frecuencia

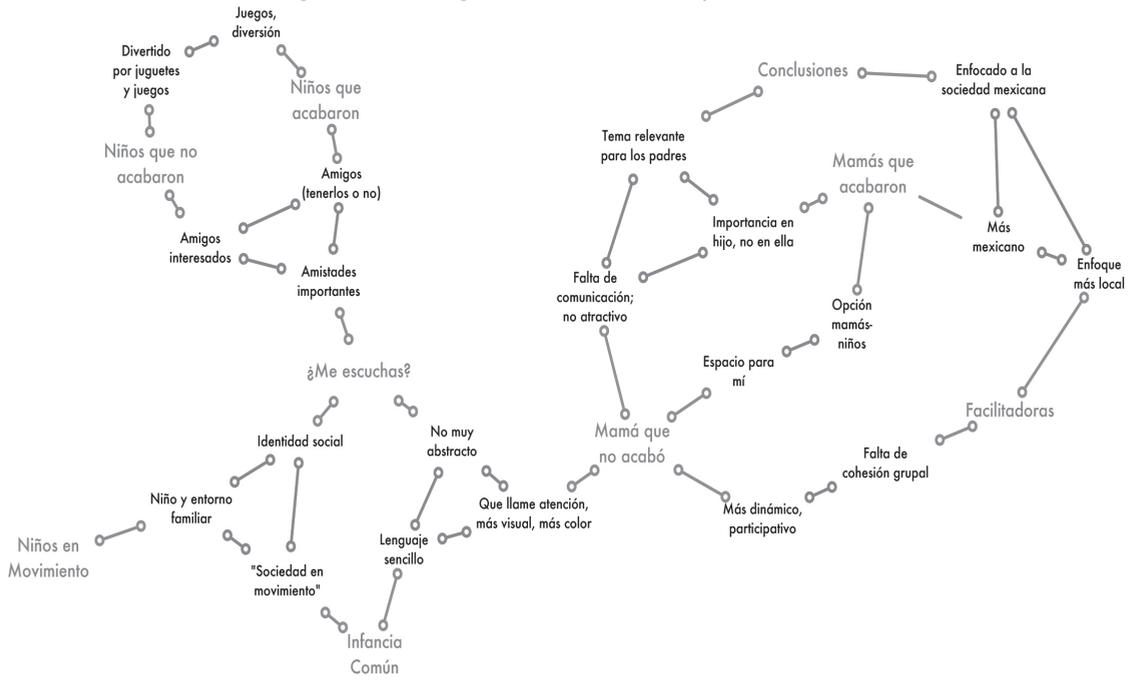


Diagrama de hallazgos seleccionados para la identidad

