

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ESTADÍSTICA

DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN

“Marketing Social para la prevención de la obesidad infantil en la ciudad de Cuenca-Ecuador”

Autor:

Marco Antonio Ríos Ponce

Director:

Profesor. Francisco Salgado Arteaga. PhD

Codirector:

Profesor. Jorge Almada.

Agosto/2021

Dedicatoria

Para mis Padres –Antonio y Pepita–, ejemplo y motivación, pilares fundamentales en toda mi formación. A mis hijos –Andy, Julián y Diego–, el motor para ser cada día mejor. A mi esposa –Fernanda–, quien con todo su apoyo me ha impulsado a alcanzar este nuevo objetivo. A mis hermanas –Alex y Xime–, por estar en todo momento, especialmente en los difíciles. A mis sobrinos, que me alentaron en esta etapa de la vida.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecirme en cada momento, por darme la sabiduría e iluminarme para poder concretar esta investigación.

A mi director –el Profesor Francisco Salgado Arteaga –, por entender la importancia y el desarrollo de este trabajo. A Jorge Almada, mi maestro en la Maestría y co-director de esta tesis, por su tiempo para guiarme en el estudio y potenciar mi crecimiento académico.

A la Universidad Nacional de Rosario, por permitirme cursar esta etapa con maestros excelentes que compartieron todos sus conocimientos y experiencias.

Agradezco a todos quienes de una y otra forma han impulsado mi desarrollo académico.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Fundamentación.....	15
1.2. Objetivos de la tesis	28
1.2.1. Objetivo general	28
1.2.2. Objetivos específicos	28
1.3. Instrumentos metodológicos.....	28
1.3.1. Fuentes primarias de información sobre condiciones socio-económicas demográficas	29
1.3.2. Instrumentos de aplicación	29
1.3.3. La muestra	30
1.3.4. Plan de tratamiento de datos.....	31
2. MARCO TEÓRICO.....	33
2.1. Antecedentes de la investigación	33
2.2. Marco epistemológico	37
2.2.1. El sobrepeso y sus incidencias en la población infantil	37
2.2.2. Obesidad: definición y causas de una enfermedad epidémica	41
2.2.3. Obesidad infantil.....	47
2.2.4. Marketing	51
2.2.5. Marketing Social.....	55
2.2.6. Producto, Precio, Promoción, Plaza	64
2.2.7. Marketing Social dirigido a la salud.....	68
2.2.8. Obesidad infantil y Marketing (Cuenca, Ecuador).....	71
2.2.9. Responsabilidad Social Empresarial.....	88

2.2.10.	Bases psicológicas que impulsan cambios de comportamientos para la protección de la salud	93
2.2.10.1.	Modelo de creencias de la salud (MCS).	94
2.2.10.2.	Teoría de la motivación para la protección (TMP).....	97
2.2.10.3.	Teoría de la acción razonada (TAR).	99
2.2.10.4.	Teoría de la autoeficacia.	103
2.2.10.5.	El Modelo Transteórico (MTT).	103
3.	Condiciones sociales, económicas y demográficas de los hogares urbanos de Cuenca	114
3.1.	Tipologías socio-demográficas.....	114
3.2.	Tipología socio-demográfica: dependencia estadística	121
3.3.	Modelo hogares con obesidad infantil	137
3.4.	Modelo matemático- método de clasificación KNN (k-nearest neighbors algorithm).....	140
3.5.	Escalado multidimensional	142
3.6.	Variables significantes en relación a la variable dependiente* del estudio	145
3.7.	Perfil de hogares con niños con SP, OB y peso normal	146
3.8.	La Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en Cuenca	148
3.8.1.	Fase cualitativa.....	150
3.8.2.	Fase cuantitativa	155
4.	Plan de Marketing Social MARCO 593 para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad infantil en el área urbana de la ciudad de Cuenca, Ecuador	158
4.1.	Propuesta de acción	160
4.2.	Audiencia	162
4.3.	Dimensión Ética.....	162
4.4.	Dimensión Funcional.....	163
4.5.	Dimensión Estética.....	165
4.6.	Proceso Creativo	166
4.7.	Insight.....	169

CONCLUSIONES	171
REFERENCIAS.....	173
ANEXOS.....	193
Anexo 1 – Entrevista en profundidad a padres con y sin niños diagnosticados con sobrepeso u obesidad.....	193
Anexo 2 - Entrevista a nutricionistas	195
Anexo 3 - Entrevista a pediatras	196
Anexo 4 - Entrevista a expertos en marketing.....	197
Anexo 5 - Entrevista a expertos en marketing social.....	198
Anexo 6 - Algoritmo para determinar la predisposición al cambio en adultos responsables de niños con sobrepeso y obesidad	199
Anexo 7 - Algoritmo para determinar la conciencia de vulnerabilidad de adultos responsables de niños con normopeso	200
Anexo 8 – Cuestionario. Etapa cuantitativa.....	201
Anexo 9 - Tablas de Chi-Cuadrado de Pearson	204

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso en menores de 5 años	22
Figura 2. Semáforo nutricional	25
Figura 3. Porcentaje de costo de tratamiento integral del SP y la OB. Desagregación: Población escolar ecuatoriana	27
Figura 4. Equilibrio calórico/energético	43
Figura 5. Elementos ambientales que influyen en la obesidad	45
Figura 6. Factores externos que inciden en la obesidad infantil	49
Figura 7. Pilares del Marketing Social	57
Figura 8. Modelo multirelacional de Marketing Social	60
Figura 9. Porcentaje de niños con peso normal, bajo, sobrepeso y obesidad	72
Figura 10. Conocimiento de campañas sociales del Gobierno	75
Figura 11. Fijación de los niños en las marcas más que en el contenido	76
Figura 12. Control de uso de la publicidad de productos no nutritivos	77
Figura 13. Relación entre la obesidad y el tipo de institución educativa	78
Figura 14. Relación entre la obesidad y la influencia del empaque.....	80
Figura 15. Intervención expertos en Marketing	81
Figura 16. Intervención expertos en nutrición	81
Figura 17. Intervención expertos en pediatría	82
Figura 18. Grupos de interés o <i>stakeholders</i>	92
Figura 19. Pirámide de Responsabilidades Sociales.....	93
Figura 20. Aplicación del MCS a la conducta preventiva	95
Figura 21. Esquema de la TMP	98
Figura 22. TAR	101
Figura 23. Continuo del MTT	105
Figura 24. Integración de las fases del cambio y 5 factores comunes	110
Figura 25. Dominios en la toma de decisiones	111
Figura 26. Patrón de Espiral de Cambio.....	112
Figura 27. Grupo focal Hogares con hijos diagnosticados con sobrepeso u obesidad	115
Figura 28. Elementos que caracterizan los hogares con OB	117
Figura 29. Información de pediatras	118

Figura 30. Información de nutricionistas	119
Figura 31. Información de expertos en Marketing y Marketing Social	120
Figura 32. Escolares con sobrepeso y obesidad	121
Figura 33. Tasa de sobrepeso y obesidad en escolares	122
Figura 34. Nivel de ecuación progenitores/adultos responsables.....	123
Figura 35. Tiempo de ocio de los niños.....	124
Figura 36. Medios a los que los niños están expuestos	124
Figura 37. Tiempo de exposición diaria a los medios.....	125
Figura 38. Frecuencia de televisión e ingesta de alimentos.....	125
Figura 39. Tasa de consumo frutas y verduras en escolares.....	126
Figura 40. Tasa de consumo leche de vaca u otras	126
Figura 41. Tasa de consumo golosinas en escolares.....	127
Figura 42. Encargados de cocinar alimentos	127
Figura 43. Causas conocidas de la obesidad.....	128
Figura 44. Peso actual hombre y mujer	129
Figura 45. Peso deseado hombre y mujer.....	129
Figura 46. Medios de difusión de la campaña.....	130
Figura 47. Escalado multidimensional Clase 1	142
Figura 48. Escalado multidimensional Clase 2	143
Figura 49. Escala multidimensional perímetro clases.....	144
Figura 50. Perfil de los hogares con obesidad infantil vs hogares con niños con peso normal.....	146
Figura 51. Responsabilidad social: 7 materias fundamentales	149
Figura 52. Clasificación respuestas sobre la RSE	151
Figura 53. Nube de palabras relacionadas a la RSE	154
Figura 54. Conceptualización de la RSE	154
Figura 55. Ventajas de la RSE	155
Figura 56. Plan Marco 593	159
Figura 57. Componentes del Plan Marco 593	160
Figura 58. Aspecto del Plan Marco 593.....	161
Figura 59. Despliegue ilustrativo de MARCO 593	167

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Países con políticas en marketing de alimentos dirigidas a niños	21
Tabla 2. Formas de regulación del marketing de alimentos dirigidos a niños	21
Tabla 3. Orientaciones del Marketing Social	61
Tabla 4. Tipo de demandas	62
Tabla 5. Las 4 P en el Marketing social	65
Tabla 6. Consideraciones básicas del MS	67
Tabla 7. Consideraciones para estrategias de MS.....	69
Tabla 8. Porcentaje de niños con peso normal, bajo, sobrepeso y obesidad.....	72
Tabla 9. Paralelo de perfiles de hogares con niños obesos y niños con normopeso	74
Tabla 10. Niños/as que tienen juegos electrónicos en su hogar con respecto a las horas que dedican al entretenimiento.....	83
Tabla 11. Impacto de la publicidad en los niños/as con respecto a grados de sobrepeso y obesidad detectado por el médico.....	84
Tabla 12. Invasión de la tecnología en los espacios verdes y las horas de entretenimiento electrónico del niño/a	85
Tabla 13. Los medios electrónicos a que el niño/a está más expuesto a la publicidad con respecto a las visitas al médico el niño/a presentó algún grado de sobrepeso ..	86
Tabla 14. Impacto en el niño en medios BTL con respecto a su edad	87
Tabla 15. Guía práctica basada en la percepción para la promoción de la salud	96
Tabla 16. Procesos de cambio bajo el MTT	108
Tabla 17. Matriz correlación variables estudio.....	130
Tabla 18. Matriz correlacional: peso del niño y datos demográficos de padres/tutores	131
Tabla 19. Matriz correlacional peso del niño y características	132
Tabla 20. Matriz correlacional peso del niño, frecuencia consumo y deporte	133
Tabla 21. Matriz correlacional peso del niño y frecuencia consumo	134
Tabla 22. Matriz correlacional peso del niño y actividades tiempo libre	135
Tabla 23. Matriz correlacional peso del niño y hábitos	136
Tabla 24. Resumen del modelo Árbol 1B	137
Tabla 25. Resumen del modelo Árbol 4B	138
Tabla 26. Resumen del modelo Árbol 5B	139
Tabla 27. Método KNN aplicado al estudio.....	141

Tabla 28. Variables significantes en relación a la variable dependiente* del estudio 145

Tabla 29. Método de calificación semaforización por resultados 152

Tabla 30. Resultados de la calificación 152

Tabla 31. Receptores de la propuesta MARCO 593 162

Tabla 32. Medios seleccionados 164

Tabla 33. Composición de colores Plan de Marketing Marco 593 166

Tabla 34. *Insights* 170

RESUMEN

La etapa infantil, es considerada un momento fundamental en el desarrollo humano. Representa el inicio de importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales de la también llamada pubertad, donde la niñez y la preadolescencia pueden ser reconocidos como periodos críticos en la determinación de condiciones y comportamientos, que serán permanentes y condicionarán la vida futura; así como, los estilos y hábitos saludables (peso corporal, autoestima, conducta alimentaria y condición física). La presente tesis doctoral, se centra en investigar las condiciones socio-económicas y demográficas en hogares urbanos con niños de edades comprendidas entre los 5 a 11 años, diagnosticados con sobrepeso u obesidad en la ciudad de Cuenca—Ecuador. Dentro del contexto relacionado con la obesidad y el sobrepeso, es necesario describir las condiciones y factores asociados a esta problemática, con el fin de entender las características de esta condición y proponer medidas para prevenir sus causas y controlar sus efectos. El objetivo del estudio es diseñar un Plan de Marketing Social que promuevan la prevención y la reducción del sobrepeso y la obesidad infantil. El enfoque de la investigación es mixto, de tipo descriptivo y de campo, bajo una metodología hermenéutica que permitió interpretar las diferentes contextualizaciones de los ejes temáticos. Los instrumentos empleados fueron la encuesta (cuestionario) y la entrevista a profundidad, apoyado en programas como el Atlas. Ti. y Excel; para lograr ordenar y clasificar el protocolo de la información recolectada. Los resultados apuntan que, las anomalías en el peso (obesidad y sobrepeso) de los niños, son generadas por la presencia de factores sociales, culturales y genéticos; siendo determinante los estilos de vida que promueven el sedentarismo, alejándose de actividades deportivas e inadecuados controles alimenticios. Las conclusiones denotan una brecha significativa, entre niños con peso normal y los que padecen de sobrepeso u obesidad, la cual puede ser reconvertida si se logra integrar una rutina diaria vinculadas con una alimentación balanceada y la ejecución de actividades corpórea. Asimismo, se reveló que existen relaciones de dependencias en los hogares donde viven estos niños, sobre todo entre la condición socio-demográfica de la ciudad de Cuenca—Ecuador.

Palabras clave: Hábitos alimenticios, Marketing, Social, Sedentarismo, Sobrepeso y Obesidad infantil, Responsabilidad Social Empresarial.

INTRODUCCIÓN

El objetivo medular de esta tesis doctoral, ha sido diseñar un plan de Marketing Social que promueva la prevención y la reducción del sobrepeso y la obesidad infantil. El plan no es concebido meramente en términos comerciales centrado en el producto; en lugar de ello, se ha diseñado con orientación a valores sostenibles que conciben el producto, como una causa social de manera relacional, puesto que el sobrepeso y la obesidad están estrechamente relacionados con las condiciones socio-económicas y demográficas de las poblaciones.

No alcanza con enfilarse la lucha contra la obesidad, la cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) como una enfermedad epidémica enfocada solamente en los rangos etarios. Si la patología (tal como hay acuerdo en clasificarla), se explica por el desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas; entonces deben tomarse en cuenta las condiciones mencionadas, para aspirar a alcanzar una salud equilibrada y saludable.

En ese sentido, deben implicarse no solo los actores del campo de la salud, sino también sectores educativos, deportivos, urbanos, ambientales, entre otros. Pero esencialmente, se necesita con carácter de urgencia, el compromiso del campo empresarial, quién sería el responsable en buena medida; de aplicar estrategias de Marketing en términos comerciales que, en algunos casos; es empleada de forma irresponsablemente en cuanto al cuidado de la salud poblacional, más que nada en términos alimenticios.

Por lo tanto, las dimensiones de este trabajo abarcan los campos disciplinares de la salud (física, mental y emocional) y el Marketing empresarial, fundamentado en lo comercial y en la promoción de una cultura que protege la salud integral y el ambiente. Esto es lo que se denomina Marketing Social (MS), considerado como una herramienta corporativa ventajosa, para establecer estrategias sostenibles cuya causa consista en modificar comportamientos alimentarios insalubres y estilos de vida sedentarios.

El plan de MS, objeto de desarrollo de este trabajo doctoral, se enfoca en combatir el Sobrepeso (SP) y la Obesidad (OB); con base a un programa fundamentado en modelos psicológicos que parten de los sistemas de creencias, percepciones, motivaciones y la voluntad de hacer cambios conductuales.

En efecto, el marco teórico metodológico del Plan, se apoya en el Modelo Transteórico (MTT), creado por James Prochaska y Carlo DiClemente en los años de 1990, quienes sobre la base de los sistemas mencionados; se centraron en el proceso de cambios secuenciales de consciencia y conducta que atraviesan los pacientes en los distintos estadios del tratamiento.

El modelo promueve el cuidado de la salud para prevenir y reducir la prevalencia de enfermedades adictivas, integrando, no solamente conceptos y técnicas del diverso campo de la psicología; sino también, poblaciones de todo nivel socio-económico (NSE); incluyendo la integración de personas que se encuentran en la etapa de no ser conscientes de la problemática que los aqueja y sus riesgos. El MTT, ha logrado tasas altas de continuidad de los nuevos hábitos saludables, inclusive mucho tiempo después de finalizada la última etapa del proceso de tratamiento.

Ahora bien, no cabe formular una hipótesis conjetural para que sea sometida a prueba; sin embargo, se puede partir de un presupuesto que orienta formas sustentables de intervención social empresarial tal como: el sobrepeso y la obesidad, que están asociados a las condiciones socio-económicas y demográficas de manera causal.

En cuanto al SP y la OB se pueden explicar por causas endógenas y exógenas, en cualquier caso y para todo NSE, existe un cauce que debe ser cubierto desde una óptica de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE), basado y respaldado bajo un esquema del Marketing; justificados en lo básico y fundamental por el nivel educativo, estado civil, tecnología, lugares de alimentación y las modas.

En tal sentido, la cobertura geográfica del trabajo atañe al área urbana de la ciudad de Cuenca, República del Ecuador, sometiendo a escrutinio empírico sus condiciones socio-económicas y demográficas con varios instrumentos metodológicos (censos, encuestas y entrevistas a expertos en nutrición, pediatría, Marketing, Marketing Social y grupos focales) con adultos responsables en hogares con niños en edades comprendidas entre los 5 a 11 años. Ante esta situación, la muestra poblacional, se compone de hogares con niños normopesos (parámetro para conocer estatus saludable) y hogares con niños diagnosticados con SP u OB.

Para los análisis de los datos recolectados, se aplicaron algoritmos que identifican niveles de consciencia y estadios, según lo propone el MTT. Los análisis cuantitativos, son tratados con la hoja de cálculo del programa Excel. Respecto a los cualitativos se

obtienen por medio del programa Atlas. Ti. Conocidos los indicadores y los análisis del método que define las condiciones socio-económicas y demográficas de la población de Cuenca, se procedió a diseñar el plan de acción cuya meta, a corto, mediano y largo plazo; se centró en contribuir con la prevención y la reducción del SP y la OB infantil, promoviendo la adopción de una conciencia alimentaria saludable y el hábito de la actividad física.

Ante estas premisas, la relación de dependencia existente entre la OB y las condiciones socio-económicas y demográficas, sugiere la siguiente interrogante de investigación ¿Cuáles son y en qué medida inciden las condicionantes sociales, económicas y demográficas de los hogares de Cuenca en el SP y la OB infantil? Seguidamente, cabe indagar la percepción del empresariado del sector alimentación sobre la RSE; teniendo en cuenta, las siguientes preguntas ¿Qué grado de responsabilidad le corresponde al Marketing? y ¿Cómo diseñar un Plan de Marketing Social que contribuya a prevenir y reducir el SP y la OB infantil en la localidad de Cuenca?

La parte inicial de la investigación, responde a la primera interrogante resolviendo los dos primeros objetivos específicos del trabajo doctoral. Se desarrollan las condiciones socio-económicas y demográficas de la zona urbana de Cuenca y se describen los niveles que representan la percepción sobre la Responsabilidad Social Empresarial (RSE).

Posteriormente, se propone el contenido y significado de la propuesta sobre el Plan de Marketing Social MARCO 593 y, finalmente, se señala el impacto esperado a partir de poner en acción el Plan, relacionado con el aumento del consumo de alimentos saludables y el aumento de la actividad física para mejorar la calidad de vida ciudadana.

1.1. Fundamentación

Antes de que el ser humano pueda dar por hecho una situación en el tiempo, resulta interesante analizar las repercusiones posteriores que pudieran ocurrir, derivado de los diferentes cambios que sufren las realidades en el ir y devenir de la vida. Plantea Popper (2004) que una realidad no debería ser tomada literalmente como una verdad única, ya que el pensamiento ha sufrido una serie de transformaciones, donde la incursión de la experiencia obtenido del ser, pasa a constituirse en una facultad inherente de la ciencia; para sustentar resultados que enriquecen al mundo del conocimiento.

Autores como Morín (1990) argumenta, que estos cambios son productos de paradigmas que envuelven al pensamiento complejo; el cual trata de reunir todo con miras a distinguir procesos contradictorios, deductivos e inductivos que van apareciendo en la cotidianidad del hombre, con el objeto de conocer límites situacionales y establecer rangos que controlan al orden, la separabilidad y la lógica; para conducir a la simplicidad de las cosas.

Partiendo de lo anterior, se distinguen una serie de condiciones adheridas al ser humano; que fueron consideradas en su momento por la humanidad como normales durante gran parte de la historia. Parte de esa normalidad, en muchos casos fueron direccionadas hacia enfermedades relacionadas, por ejemplo, hacia el alto consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, de igual forma y de manera contradictoria; se determinaron enfermedades bajo criterios conductuales y sociales que, debido a esas realidades cambiantes, hoy en día no son consideradas como tal. Como en 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS), calificó a la homosexualidad como una enfermedad mental.

De acuerdo a datos de la OMS (2020) en el año 2016, más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tienen sobrepeso (SP), de los cuales más de 650 millones son obesos (OB). La cantidad de niños y adolescentes entre 5 y 19 años que padecen SP u OB, según datos del Organismo, en el mismo año, es de más de 340 millones. El Organismo informa que, entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad adulta se ha casi triplicado, mientras que en 1975 había en el mundo menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años con OB, en 2016 había un 14% (6% niñas y 8% niños).

Aunado a esto, la OMS (2020) confirma el siguiente dato de carácter demográfico:

Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. En 2016, cerca de la mitad de los niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. (Párrafo, Datos sobre el sobrepeso y la obesidad).

Prácticamente se puede afirmar, que la OMS cataloga a la obesidad como una epidemia de nivel mundial propia del siglo XXI, especialmente en zonas urbanas. Remarcando que una de las causas fundamentales se cimienta en el desequilibrio energético entre las calorías que se ingieren (exceso de grasas) y las que se gastan (sedentarismo), lo cual supone riesgos para la salud tales como: la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras; causales directas de mortalidad.

Este Organismo internacional, mide los grados de obesidad según la edad poblacional. Para esta investigación doctoral, se toma en cuenta el rango de 5 a 11 años, pero, como se mencionó, también se atienden las condiciones socio-económicas demográficas. Los consejos sobre alimentación sana y ejercicios físicos, siguen siendo indispensables para prevenir y tratar la obesidad, no obstante, no se debería descuidar la importancia que revisten el exceso de exposición de los medios —televisión, radios y redes sociales— cuya información en lugar de generar progreso más bien provoca incertidumbre y confusión.

Es importante acotar, el hecho de que los niños no tienen el suficiente discernimiento respecto de los estímulos de Marketing, que reciben de las empresas a través de los medios de comunicación. Al respecto en 1996, Gortmaker et al., señalaban que en los Estados Unidos la televisión era uno de los medios más influyentes en el incremento de la obesidad infantil, por propiciar el hábito del sedentarismo. Hoy en día en pleno siglo XXI, no hay dudas de que a este medio se le unen instrumentos tecnológicos provenientes del Internet, teléfonos inteligentes que, en cierta forma, agudizan la situación comunicacional sobre todo cuando no es bien llevada por parte de los responsables de los niños.

Diversas investigaciones que abarcan la última década del siglo XX y la primera del corriente, han hecho evidente la influencia de los medios en esta problemática. Por ejemplo, investigaciones sobre el comportamiento post estímulo publicitario:

- Las degustaciones en los puntos de venta y el estudio de empaques atractivos atraen la atención de los niños y estimulan la demanda de productos (Yavas & Abduk-Gader, 1993).
- Los niños piden a sus padres adquirir los alimentos vistos en publicidades (Yavas & Abduk-Gader, 1993).
- Los niños recuerdan, sobre todo, los anuncios con contenido alimentario, al tiempo que son sus preferidos (Radkar & Mundlay, 2001).
- Los padres perciben la promoción de alimentos como un factor influyente en los deseos alimenticios de sus hijos (Radkar & Mundlay, 2001).
- La población infantil es, efectivamente, una de las más propensas a desarrollar obesidad, y eso, en gran parte, se debe a que es la etapa en la que se establece el gusto por los alimentos con alto contenido calórico (Jiménez et al., 2010).

Por su parte, Bastos et al. (2005) no dejaron de lado los hábitos alimenticios insanos como causantes de la obesidad infantil, pero hicieron hincapié en el desarrollo tecnológico, puesto que detectaron una relación directa con la disminución de las actividades físicas y el sedentarismo, lo que los conllevó a expresar que “existen gordos, no por comer más, sino porque, a pesar de comer incluso menos, hacen menos ejercicios físicos que los individuos no obesos.” (p. 145).

En este mismo orden y dirección, en algunos países de América Latina, el tema de la obesidad infantil ha cobrado relevancia a razón de las tasas en las últimas encuestas y estudios realizados. Es el caso de Perú, basados en la Encuesta Global de Salud Escolar (2010) aplicada por el gobierno nacional, el 19,8% de la población infantil (hasta los 16 años) padece de algún grado de sobrepeso u obesidad. Siendo esta situación una constante en todos los grupos etarios del país¹.

En los últimos años, el gobierno peruano ha dirigido esfuerzos por prevenir el riesgo de esta epidemia en la población infantil y juvenil. Para ello, se han aplicado

¹ *Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados Perú 2010*. Ministerio de Salud, Lima, 2011, p. 20. Recuperado de http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf

estrategias regulatorias con enseñanzas sobre alimentación saludable y promoción de actividad física mínima diaria en los centros educativos, con quioscos o comedores escolares ofreciendo productos saludables, y con publicidad dirigida a menos de 16 años que promueve productos nutritivos.

En Colombia, el Ministerio de Protección Social, conjuntamente con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), creó una entidad especializada en dirigir, reglamentar, vigilar y controlar la publicidad de alimentos y bebidas. Estas entidades deben ser flexibles y eficaces en sus operaciones, y deben proteger la salud de los usuarios, sobre todo en la infancia y la adolescencia. Colombia toma en cuenta lo establecido por la OMS (2016) con respecto de la promoción de alimentos dirigidos a los niños.

En relación a este tema colombiano, Guarnizo (2017) señala que la obesidad en niños, niñas y adolescentes se encuentra en aumento, sobre todo la población infantil entre los 5 y 17 años de edad cuyas cifras ascienden a 17,1%; es decir, uno de cada seis niños en este rango presenta SP u OB. Enfatiza la autora, que el exceso de peso es mayor en los niños del área urbana (19,2%) que del área rural (13,4%), por lo que deja entrever que parte del problema radica por la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables, la cual tienen una fuerte influencia en los patrones de alimentación de la población infantil, incrementando el consumo de productos con altos contenidos de azúcares adicionados y bajo contenido nutricional.

Esta situación, ratifica los comentarios realizados anteriormente enrutados hacia promocionar conductas alimenticias desproporcionales que provocan trastornos metabólicos infantiles, sobre todo en menores que no tienen cultura ni los medios suficientes para poder distinguir entre la información real y la publicidad, por lo que son altamente influenciados por los mensajes publicitarios fundamentados en acceder sobre aspectos psicológicos de preferencia infantil. Otro ejemplo de medidas regulatorias es Brasil, donde en los municipios de Florianópolis, Rio de Janeiro y Sao Paulo; está prohibida la venta de bebidas carbonatadas y golosinas dentro de los bares escolares. Asimismo, toda publicidad de ese tipo de productos debe tener la simbología requerida, como parte del sistema de cultura alimenticia poblacional.

Precisamente, con el fin de contrarrestar el influjo excesivo que tiene la publicidad de la industria alimentaria en las decisiones de consumo, la OMS (2010) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011; 2015) han recomendado a los

países tomar medidas, para restringir la promoción y publicidad de alimentos no saludables dirigida a niños y adolescentes. Es así, como una vez más se ratifica la importancia que revisten las políticas públicas como medida para contrarrestar el impacto de la promoción y publicidad de comidas malsanas, que solo promueven alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos tipo trans, azúcares libres o sal.

Bajo este mismo espectro, entre los años 2004 y 2011 investigaciones de Hawkes & Lobstein sobre las medidas regulatorias en diversos países de otros continentes respecto de la problemática, mencionan los hallazgos más relevantes que a continuación se puntúan. En Alemania, las regulaciones varían de acuerdo a las regiones, sin embargo, está prohibida cualquier tipo de publicidad que persuada a niños a comprar a través de oferta directa. En Baviera, está prohibida la publicidad alimentaria para el público infantil, y en otras regiones puede estar permitida en escuelas, si la institución o plantel lo autoriza.

En Australia, por ejemplo, se prohíbe la publicidad dentro de programas para público infantil, y se regula la cantidad de anuncios en la programación, al igual que la repetición de los anuncios realizada por personajes infantiles. La publicidad en Bélgica se prohíbe tanto antes como después de la programación infantil. Particularmente en la región de Flandes, la publicidad de golosinas debe contener un logo con un cepillo de dientes. Dentro de los centros escolares está prohibido todo tipo de publicidad y patrocinio, excepto lo que se vincula a materiales o fines educativos.

En los Estados Unidos, la mayoría de las regulaciones estatales autorizan las actividades comerciales, pero en algunos casos se imponen restricciones a la comercialización dentro de la escuela. Además, los alimentos de mínimo valor nutritivo no deben ser vendidos en los servicios de alimentación durante el periodo de almuerzo escolar. En España, en las escuelas infantiles y centros escolares no se permite la venta de alimentos y bebidas de bajo o ningún aporte nutricional. Se promueve campañas de promoción alimentaria, educación nutricional y promoción del deporte en los centros, así como el patrocinio de equipos y eventos deportivos académicos.

En Finlandia, se presenta una situación interesante; ya que está prohibido el uso de *sponsors* (patrocinadores) para alentar a los niños a consumir o comprar un producto a menos que fuese parte de una campaña de salud, al igual que todo tipo de publicidad que con una oferta directa persuada al niño a la compra. También, se prohíbe

cualquier tipo de alimentos que genere la impresión de que puede reemplazar la comida saludable. La publicidad puede ser utilizada solo con propósitos educativos.

De igual manera, los programas infantiles no pueden ser patrocinados; la publicidad de alimentos no debe invocar la responsabilidad parental, ni dar la impresión de que la compra de un alimento mejorara la calidad de vida y de las relaciones sociales. La publicidad dirigida a niños debe ser responsable de la manera en que se representan los alimentos y bebidas. No debe fomentar un estilo de vida poco saludable o hábitos alimenticios no saludables como el consumo inmoderado y excesivo.

En Grecia está prohibido el Marketing en escuelas, pero puede ser aceptado con objetivos educativos; también está prohibida la publicidad encubierta. Los programas no pueden estar patrocinados si se dirigen específicamente a menores de 12 años. En el Reino Unido está prohibido que personajes infantiles de televisión aparezcan en cualquier publicidad antes de las 9 pm. Los anuncios no deben alentar o aprobar el consumo excesivo de cualquier alimento; tampoco deben menospreciar las buenas prácticas dietéticas. Las comparaciones entre productos no deben desalentar el consumo de frutas y hortalizas frescas.

Otro ejemplo es el de Rusia, donde los programas educativos en la televisión y en la radio solo se permiten dos pausas comerciales, antes y después del programa durante un minuto en 15-25 minutos de programación. Existe aprobación previa y monitoreo continuo de los alimentos que se venden en quioscos. En Dinamarca está prohibido hacer publicidad con figuras y mascotas en programas infantiles. La publicidad de chocolates, dulces, refrescos, *snacks* o similares no puede indicar que el producto reemplaza comidas de alto aporte nutricional.

Además, está prohibida la recolección de datos de niños, y el Marketing dirigido a niños y jóvenes debe tener especialmente en cuenta su credulidad natural y la falta de experiencia. Está el caso de México, donde existen guías generales en Internet dirigido a niños, se encuentra prohibida la recolección de datos a pequeños, así como la publicidad dirigida a menores de 12 años en televisión.

Seguidamente y, a manera de resumen; con la intencionalidad de conocer mejor las experiencias internacionales en las contextualizaciones expuestas sobre el tema de estudio, se presentan la Tabla 1; la cual incluye países con políticas en Marketing de

alimentos dirigidos a niños y; la Tabla 2, que denota las formas de regulación en algunos países.

Tabla 1. Países con políticas en marketing de alimentos dirigidas a niños

Políticas públicas	Países
Países tienen regulaciones específicas para publicidad de alimentos dirigida a niños.	Francia, Irlanda, Reino Unido, Brasil, Chile, Colombia, Malasia y Corea del Sur.
Países con guías nacionales estatales.	Finlandia.
Países con autorregulación desarrollada en colaboración con los gobiernos o a petición de los gobiernos.	Bélgica, Dinamarca, Francia, Países Bajos, Portugal, España, Reino Unido, Islandia, Noruega
Países con autorregulaciones que forman parte de las políticas del país, pero que no son reconocidas por el gobierno oficialmente.	Alemania, Australia, Canadá y Estados Unidos.

Fuente: A partir de Hawkes & Lobstein (2011).

Tabla 2. Formas de regulación del marketing de alimentos dirigidos a niños

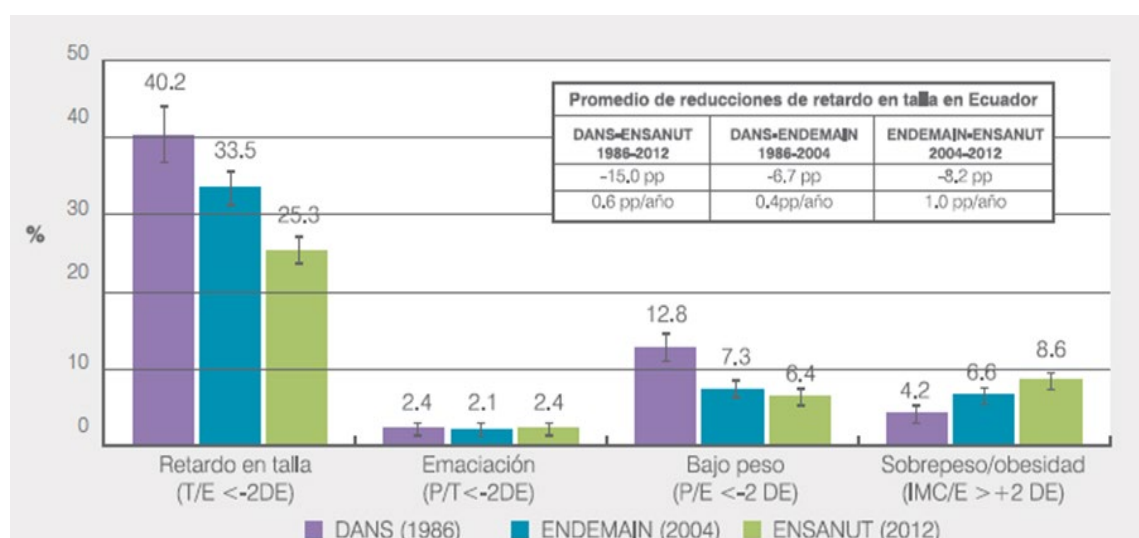
País	Guías	Restricciones	Mensajes
Alemania	x		
Australia		x	
Bélgica	x		
Brasil		x	x
Canadá		x	
Chile		x	x
Corea del Sur		x	
Dinamarca		x	
Estados Unidos		x	
Finlandia	x	x	
Francia			x
Irlanda	x	x	x
Islandia		x	

Malasia		x	
España	x	x	
Noruega	x	x	
Países Bajos	x	x	
Portugal	x		
Reino Unido	x	x	
Tailandia		x	x

Fuente: A partir de Hawkes & Lobstein (2011).

Bajo estos escenarios y, enfocando la delimitación de la investigación, en el Ecuador; tomando en consideración datos suministrados por Freire (2013) con basamento y fundamento por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (ENSANUT-ECU), el estado ecuatoriano registra un 8,6% de niños menores de 5 años con exceso SP, mientras que, en las edades entre cinco y once años, el índice se eleva a tres veces su valor, oscilando en un 29,9%, y en los adolescentes del 26%. Esto significa (ver figura 1), la presencia de deficiencias tanto en términos de exceso de peso como de desnutrición crónica (25,3% en el año 2012) en niños menores a 5 años, aun tomando en cuenta que la madre presente problemas de obesidad.

Figura 1. Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso en menores de 5 años



Fuente: A partir de Freire (2013, p. 32).

La información suministrada, permiten apreciar tanto la evolución de las condiciones de salud nutricional de la población ecuatoriana, como el conocimiento de las características sociales y demográficas de los entornos en los que viven las familias. Si a estos datos, se integran con la información suministrada por Torres et al. (2013) se puede afirmar que, de manera puntual, por ejemplo, en la ciudad de Cuenca la prevalencia de obesidad abdominal es del 39,9% (mujeres 21,5% y hombres 18,4%), considerado como un alto porcentaje que evidentemente padece de SP y OB, aunque el segundo se encuentra en un punto de transición el cual todavía no es predominante. Sin embargo, es factible que en las próximas décadas los estadios de SP vayan en aumento, convirtiéndose Ecuador en un país con una población que gira en torno a la OB, que de manera colateral producirá mayores orígenes de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2, que pudieran ser parte de las primeras causas de mortalidad en el país. Por estas razones de peso, el presente trabajo doctoral, constituye un importante aporte para el país, porque permite entre otras cosas; conocer mediante la obtención de datos reales las condiciones en que se encuentra la OB, patología que se ha convertido en un verdadero problema de Salud Pública.

Significa entonces, que la OB se caracteriza por presentarse, mayoritariamente, en etapas en las que el desarrollo del ser humano atraviesa cambios físicos y psíquicos notables como: la gestación, lactancia, niñez y adolescencia. De ahí, la relevancia de responder prontamente a una condición que hoy es admitida con carácter de patología y hasta de epidemia. Los programas locales como los promovidos por Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) denominado Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 —Buena Nutrición todo una Vida—; reconoce que la enfermedad requiere diagnóstico temprano, atención oportuna y tratamiento continuo. Pero lo cierto es que, los alimentos que promueven una buena nutrición (frutas, verduras, carnes) tienen precios elevados, y a las personas de bajo poder adquisitivo se les hace a veces inaccesibles.

Por contrapartida, las personas pobres acceden a comidas de bajo costo y baja calidad nutricia (alto contenido de grasas y azúcares), que satisfacen el apetito, pero incrementan las posibilidades de adquirir gordura. Lo mismo ocurre con el acceso a servicios médicos. Los tratamientos para adelgazar, generalmente ofrecidos en servicios privados, son costosos, y resulta difícil para la persona de bajos recursos

acceder a ellos. La enfermedad de la obesidad, por consiguiente, es un problema individual y social, pues está relacionada con el nivel socio-económico (Torres et al., 2013).

De todas estas impresiones expuestas, se deduce como aporte a la investigación, que la lucha contra la OB, no solo deben implicarse los profesionales de la salud (sea privada o pública), sino también las políticas de los gobiernos de cada Estado, los educadores, los urbanistas que diseñan espacios públicos destinados al deporte y la actividad física, público en general y, tras todos ellos, las empresas que industrializan alimentos, porque el Marketing Comercial carga con gran parte de responsabilidad en esta enfermedad.

Para reforzar esta idea, García (2014) resalta la evolución del Marketing Comercial *versus* el Social, señalándolos como una herramienta de promoción de la salud y protección del ambiente escasamente conocida por los profesionales de las diferentes áreas. Prácticamente, representan ventajas favorables a la hora de establecer estrategias de intervenciones colectivas. El reto empresarial debe estar centrado en asumir el compromiso desde las dimensiones humanas, técnicas, financieras y comunicacionales; enfocados en una responsabilidad ética que instrumente e integre al unísono, planes de Marketing que protejan sosteniblemente la salud de la sociedad.

Basados en la autora, esta situación pasa a ser un desafío para tratar de promover hábitos que modifiquen comportamientos alimentarios insalubres y estilos de vida sedentarios, el cual debe ser tratado con carácter prioritario, sobre todo en las etapas de crecimiento de las personas, puesto que corren riesgos sanitarios cuando llegue la década del 2030.

En Ecuador, desde el año 2014, el Ministerio de Educación (MINEDUC), junto con el Ministerio de Salud (MSP, 2018), expidió un Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares Saludables (2014), promoviendo en los niños una cultura alimentaria saludable. La medida consiste en revisar los alimentos que se expenden en bares e instituciones, y retirar aquellos con alto contenido calórico, grasas saturadas y sales.

El mismo año, los ministerios establecieron el Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, referente al Etiquetado por Semáforo Nutricional (2014), como una guía para que el consumidor/cliente

ecuatoriano pueda reconocer el contenido del producto alimenticio en términos de grasas, azúcares y sales, y que esto le permita tomar consciencia respecto de cómo se alimenta² (ver Figura 2).

Figura 2. Semáforo nutricional



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018).

Ahora bien, la modificación de las conductas alimenticias, los ejercicios físicos, los tratamientos psicológicos, la utilización de fármacos y la cirugía con *bypass* gástrico³ son métodos que pueden ser útiles en muchos pacientes para tratar la obesidad, pero cabe decir que, no son pocos los fracasos de los resultados si no se los apoya con un programa secuencial a nivel psicológico, que vaya distinguiendo las etapas de cambio de consciencia y de conducta hasta llegar a mantener definitivamente los nuevos hábitos, tal como procede el MTT que esta investigación doctoral asume.

Si se pretende lograr un buen desarrollo cognitivo y tener una población económica y socialmente productiva, la obesidad en la población escolar puede llegar a ser uno de los desafíos más importantes en materia de salud pública del siglo XXI. Pero, para ello, se necesita mayor financiamiento e inversión, fundados en costos directos recursos para prevenir, detectar y tratar las enfermedades; en costos indirectos relacionados a la mortalidad y pérdida de productividad; y en costos psicológicos, como la angustia y la ansiedad (López, 2006). La obesidad pone en peligro la

² El Semáforo Nutricional es una herramienta que consiste en etiquetar productos procesados con una gráfica de 3 colores que valoran la calidad nutricional del contenido. Los colores van del verde (bueno) al rojo (malo), pasando por el amarillo.

³ La cirugía con *bypass* gástrico es un procedimiento quirúrgico que altera el proceso de digestión. La operación reduce el tamaño del estómago y evita que el alimento pase por una parte del intestino delgado, de esa manera se reducen la cantidad de calorías y nutrientes que el cuerpo absorbe.

viabilidad de los sistemas de salud debido a los onerosos costos directos e indirectos, a los que hay que sumar los servicios ambulatorios, hospitalarios y quirúrgicos.

En el escenario de Ecuador, según Jimbo (citado en Fuentes, 2016) si bien existen casos altamente complicados de obesidad casi fatales (diabetes, hipertensión, dislipemia, infarto agudo de miocardio, hígado graso, pancreatitis, enfermedades cerebrovasculares y psicológicas), la epidemia no llega a la población escolar, como sucede en Estados Unidos, México o España. Ratifica el autor, que los impactos económicos de la obesidad, es una de las razones por la cual en este proyecto se incluyen análisis de costos destinados solo a la prevención primaria y secundaria, caracterizados del siguiente modo:

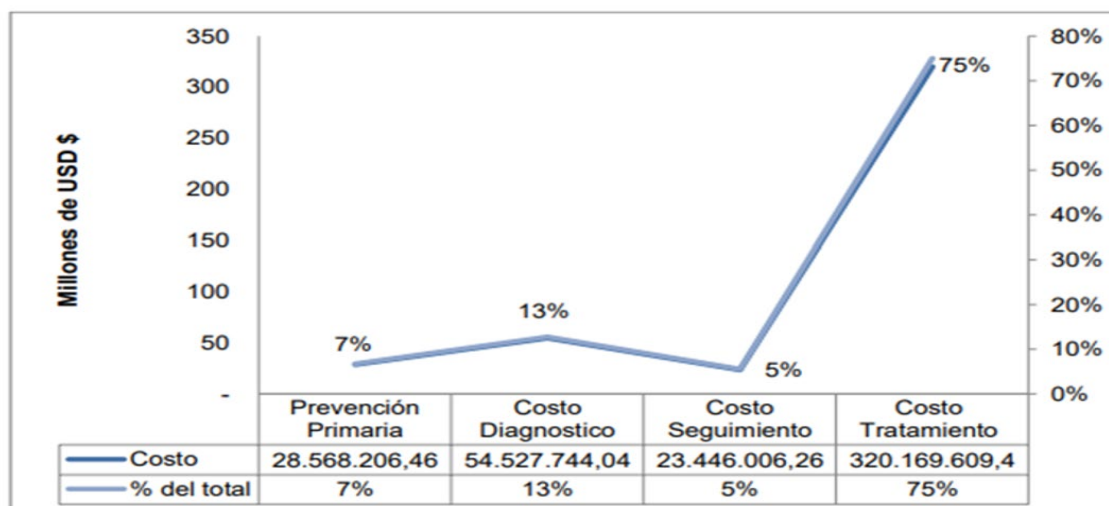
a) *Prevención primaria*: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, a través del control de los agentes causales y los factores de riesgo. La prevención primaria disminuye la incidencia de las enfermedades.

b) *Prevención secundaria*: medidas orientadas a detener o retardar el proceso de una enfermedad o problema de salud en cualquier punto de su aparición. La prevención secundaria reduce la prevalencia de la enfermedad.

En relación a esto, la OMS (2017) recomienda destinar recursos económicos a la prevención primaria, pues es evidente que a los Estados les cuesta menores presupuestos para sus programas y proyectos. La rendición de cuentas es fundamental para el éxito de cualquier organización, y en particular para una organización que pide a los gobiernos que le confíen sus fondos con el compromiso de utilizarlos para mejorar la salud regional y nacional.

A continuación, basado en Fuentes (2016) se pueden observar (ver figura 3) los costos más representativos para el Estado Nacional de Ecuador, en cuanto al tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Figura 3. Porcentaje de costo de tratamiento integral del SP y la OB. Desagregación: Población escolar ecuatoriana



Fuente: Fuentes (2016, p. 69). Basado en tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud.

Como se observa, el 75% del costo del tratamiento es lo que más le representa en masa monetaria al Estado, y solo el 7% del total del presupuesto se destina a temas preventivos. Esta desproporción visiblemente es lo que en gran parte origina la elevación de los costos de tratamiento, es decir, el hecho de no tomar medidas para controlar la enfermedad y dejarla que avance, es lo que origina la elevación onerosa del tratamiento integral.

En concordancia con lo anterior, enfatiza Fuentes (2016) que, todo proviene por las medidas y decisiones que se han descuidado por parte del Estado ecuatoriano, ya que la última medición al respecto realizada por la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana del Menor de Cinco Años (DANS) fue de hace 32 años y apenas hace nueve años se llevó a cabo la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), que tuvo varias versiones posteriores; quedando demostrado el desinterés del tema que comienza a desencadenar en problemas de salud a la población en general.

Es importante hacer mención que en tres décadas (1986-2018), el perfil epidemiológico de Ecuador ha cambiado. En el pasado, los principales problemas eran las elevadas tasas de desnutrición, el bajo peso según talla y edad y el retardo en talla. Para el 2010, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y

otras enfermedades crónicas no transmisibles son problemas de salud importantes en Ecuador (Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad, 2010).

1.2. Objetivos de la tesis

1.2.1. Objetivo general

Diseñar a partir del estudio empírico de las condiciones sociales, económicas y demográficas de los hogares del área urbana en Cuenca-Ecuador; un Plan de Marketing Social contribuyendo a la disminución contra el sobrepeso y la obesidad infantil.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Conocer las condiciones sociales, económicas y demográficas de los hogares urbanos de la provincia Cuenca-Ecuador, con miras al diseño de una tipología concurrente.
2. Explorar la percepción existente sobre la responsabilidad social empresarial relacionado con el sector alimentario, adaptándolo a un proceso de Marketing social acorde a las necesidades de los hogares urbanos de Cuenca-Ecuador.
3. Diseñar un Plan de Marketing Social para los hogares urbanos de Cuenca-Ecuador que fomente conciencia, promueva cambios en el estilo de vida y prevenga y reduzca el sobrepeso y la obesidad infantil.

1.3. Instrumentos metodológicos

Son aspectos relevantes que se deben considerar durante el proceso de una investigación. Tiene relación con la obtención de la información, pues de ello dependen la confiabilidad y validez del estudio (Arias, 2016). Esta etapa, señala Baena (2017) que la recolección de información e investigación se conoce también como trabajo de campo, recogidos a través del cual se prueban las hipótesis, se responden las preguntas de investigación y se logran los objetivos del estudio originado del problema de investigación.

Los datos, deben ser confiable, pertinentes y suficiente, pero lo cual es necesario definir las fuentes y técnicas adecuadas para su recolección. Para cumplir con el primer objetivo específico, las fuentes secundarias de información estadística sobre condiciones socio-económicas demográficas son:

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (ENSANUT-ECU).
- Censo de población y vivienda 2010.
- Encuesta nacional de salud, salud reproductiva y nutrición 2012.

1.3.1. Fuentes primarias de información sobre condiciones socio-económicas demográficas

- Entrevistas en profundidad a padres con y sin niños diagnosticados con SP u OB (Ver anexo 1).
- Entrevistas semiestructuradas a especialistas en nutrición, pediatría, marketing y marketing social (Ver anexos 2, 3, 4 y 5).
- Grupo focal con adultos responsables de hogares con niños de 5 a 11 años diagnosticados con algún grado de SP u OB.
- Grupo focal con adultos responsables de hogares con niños de 5 a 11 años con normo-peso.

1.3.2. Instrumentos de aplicación

- Encuesta sociodemográfica, utilizando la metodología, categorías y variables del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Ver anexo 8).
- Base de datos INEC MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.
- Algoritmo para identificar la predisposición al cambio, según el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones (MTT), en adultos de hogares con niños de 5 a 11 años con algún grado de sobrepeso u obesidad (Ver anexo 6).
- Algoritmo para identificar la conciencia de vulnerabilidad, según el MTT, en adultos de hogares con niños de 5 a 11 normo-pesos (Ver anexo 7).

Para la aplicación de la encuesta, primero se realizó una prueba piloto, a partir de la cual se corrigieron algunos puntos. Posteriormente, se validó el cuestionario con una prueba de Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado una fiabilidad del 0,796 donde Celina y Campo-Arias (2005) indican que:

El valor mínimo aceptable para el coeficiente Alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse. Usualmente, se prefieren valores de alfa entre 0,80 y 0,90. Sin embargo, cuando no se cuenta con un mejor instrumento se pueden aceptar valores inferiores de alfa de Cronbach, teniendo siempre presente esa limitación. (p. 577).

1.3.3. La muestra

La muestra es un subgrupo proveniente de la población de la investigación, sobre el cual se recolecta los datos pertinentes siendo representativo con la población (Hernández, et al., 2017). Para Arias-Gómez et al. (2016) las consideran como el subconjunto finito y factible de la población, que debe cumplir características ineludibles para lograr que las conclusiones de la inferencia estadística sean válidas.

Puede ser aleatoria, ya que garantiza que los elementos que la componen fueron escogidos completamente al azar, es decir no hay predilección alguna por incluir o excluir determinada unidad de análisis (todos los sujetos de una población tienen la misma probabilidad de integrar la muestra). El tamaño de la muestra, que es el número de unidades de análisis que se deben escoger, debe ser lo suficientemente grande para garantizar la calidad de la estimación de la característica poblacional que se desea conocer.

Para esta investigación, se va a clasificar en fases:

Fase 1: Construcción de un marco muestral a partir de los registros que se obtuvieron del Ministerio de Salud, hospitales, clínicas y profesionales en nutrición, pediatría y marketing social de la ciudad.

Fase 2: Utilización del muestreo aleatorio simple para la selección de hogares.

La fórmula del tamaño de la muestra para poblaciones finitas para proporciones.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población registrada en el marco muestral.

Za = 1.96 al cuadrado, para un nivel de confianza del 95%.

P = Proporción esperada de hogares con niños con obesidad, derivada de la influencia del MKTG comercial. Este valor se obtiene de las pruebas piloto.

q = (1 – p)

d = error máximo esperado en las proporciones estimadas.

Acorde a la fórmula, el tamaño muestral óptimo es de 384 personas. Las encuestas se aplican a adultos en diferentes parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca. Entre los requisitos necesarios para su implementación se nombran: tener niños entre 5 a 11 años de edad y que el encuestado (padre, madre, tutor) viva con ellos.

1.3.4. Plan de tratamiento de datos

- Excel: necesario para el ingreso de los datos arrojados.
- Software cualitativo Atlas. Ti⁴: sirve para sustentar y analizar sistemáticamente las categorías y datos cualitativos.

⁴ ATLAS. Ti es un programa de computadora utilizado principalmente, pero no exclusivamente, en investigación cualitativa o análisis de datos cualitativos. Proporciona herramientas que permiten al usuario localizar, codificar y anotar los hallazgos en el material de datos primarios, evaluar su importancia y visualizar las relaciones a menudo complejas entre ellos.

- Software estadístico: empleado como fuente para validar y procesar datos.
- Técnicas estadísticas: estadística descriptiva para tablas, gráficos, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad; estadística inferencial para Chi cuadrado⁵ y árboles de decisiones.

⁵ Chi-cuadrado es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con la distribución esperada de los datos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Un trabajo de investigación debe tener como soporte epistémico, teorías y supuestos que ayuden a esclarecer y entender los ejes temáticos involucrados en el estudio (Cohen y Gómez, 2019). Todo esto bajo la mirada de investigaciones previas, la cual servirán como antecedentes y, que sirven para conocer como otros investigadores han desarrollado esta temática. Bajo estas premisas, en la presente sección, se desarrollan los antecedentes relacionados con la problemática planteada, enfocando diferentes autores y aplicando la postura del investigador, necesarias para construir las nuevas estratégicas entorno a la aplicación de un modelo y procedimientos de gestión contable para la toma de decisiones empresariales.

Son pocas las investigaciones que han reportado una correlación positiva entre el consumo de alimentos azucarados (golosinas) y bebidas con la incidencia en el sobrepeso y la obesidad de preescolares y escolares; poniendo en evidencia, además, que el exceso en la ingesta energética de alimentos de baja calidad proviene de los hogares.

Un estudio realizado en el año 2000 por Abelman & Atkins, muy citado por psicólogos y sociólogos, revelaban, que los niños empleaban más tiempo viendo televisión que en cualquier otra actividad estando despiertos: “Los niños y adolescentes de entre 2 y 17 años, miran televisión una media de 19 horas y 40 minutos por semana” (2000, p. 144). En este sentido, en Europa se desarrolló a mediados del año 2012, la denominada plataforma de acción de la Unión Europea (UN) sobre la dieta, actividad física y salud, con el propósito de crear un foro para todos los sectores europeos interesados en la prevención de la obesidad (fabricantes de alimentos, comerciantes minoristas, empresas de catering, restaurantes de comida rápida, organizaciones de consumidores, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), asociaciones científicas y profesionales, entre otros actores de distintos sectores).

El aporte de este estudio para el trabajo doctoral, radica en la manera como se explican los planes para contribuir de manera eficiente con la nutrición saludable, la adecuada actividad física y la lucha contra la obesidad. Más que nada, la plataforma enfatiza la actividad física, fuente generadora y que combate de manera directa ciertas

condiciones que tienen que ver con las necesidades persuasivas producidas por las publicidades generadas por la televisión, medio que al igual que las redes sociales generalmente no miden las consecuencias de sus acciones.

Otra investigación emprendida por Rodríguez (2006), titulada “La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación”, la Academia Estadounidense de Pediatría citó las preocupantes estadísticas de un estudio realizado en 2010 por la *Kaiser Family Foundation* develando que un niño promedio de entre 8 y 10 años pasa cerca de 8 horas diarias frente a distintos aparatos electrónicos; siendo esta cantidad sistemáticamente creciendo hacia más de 11 horas diarias en niños mayores y adolescentes. La investigación confirmaba el predominio de la televisión (lo asemejaban popularmente como una niñera), pero aseguraban que con las apariciones de diferentes equipos electrónicos (computadoras, tabletas y celulares) la migración iba a ser de mayores magnitudes.

Argumenta el autor, que muchos padres parecen tener pocas reglas sobre el uso de los elementos electrónicos por parte de niños y adolescentes, mientras que las dos terceras partes admiten no tener normas sobre el tiempo que los jóvenes pasan con los dispositivos. El estudio de la *Kaiser Family Foundation*, reconocía que un 43% de los niños menores de 2 años veían televisión a diario y casi 1 de cada 5 (18%) veía vídeos todos los días. La mayoría de los padres (88%) de niños menores de 2 años miraban televisión todos los días, y afirmaban estar en el mismo cuarto que sus hijos mientras miraban la TV, sea todo el tiempo o en parte.

El aporte a la presente investigación, se enmarca por el estudio promedio de aquellos niños que pasan casi todo el día, mirando la televisión dejando llevar por diferentes anuncios diseñados psicológicamente para realizar preferencias de marketing, sobre todo desde la visión de la alimentación. En promedio, el estudio concluía que los niños menores de 6 años pasaban casi 12 horas al día frente a pantallas (casi el mismo tiempo que pasaban jugando al aire libre) y 3 veces más del que pasaban leyendo o escuchando lo que alguien les leía.

Una investigación encabezada por Bennassar (2011) conocida como “Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud” señala que existen estudios sobre estilos de vida de los estudiantes universitarios que demuestran un predominio de estilos de vida poco saludables. Mediante el estudio, queda ampliamente demostrado que determinadas conductas de

riesgo como el tabaquismo, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad. No obstante, se ha estudiado poco la agrupación entre los diferentes factores de riesgo. El objetivo de la investigación se enfila hacia conocer y analizar los estilos de vida del alumnado de la Universitat de les Illes Balears, mediante una revisión bibliográfica basado en un diseño y validación de un instrumento (cuestionario) que evalúe los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios.

Los resultados denotan que los en los estudiantes universitarios, existen marcadas diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género, pero no se observan diferencias según la clase social, siendo factores determinantes el simple hecho de llevar una dieta saludable, realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas. Las conclusiones reafirman, la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma aislada unos de otros, ya que se observa una tendencia a la conglomeración de factores de riesgo como fumar, baja adherencia a la dieta mediterránea e inactividad física en estudiantes universitarios.

El aporte hacia este trabajo doctoral, se adhiere a la salud como un derecho individual y colectivo, por lo que es muy importante que las instituciones y la ciudadanía tomen consciencia del mismo. La familia y su entorno, el lugar de trabajo, las condiciones laborales, las diferencias sociales, el estrés, la educación recibida, los alimentos, los espacios o zonas verdes, el transporte, el entorno físico y ambiental, entre otros; inciden en la salud poblacional. Esta visión integral es absolutamente necesaria, para comprender y poder hacer frente a los problemas de salud que la población padece y por los cuales muere de forma prematura.

Finalmente, un trabajo de Cofré (2015) denominado “El problema del sobrepeso y la obesidad infantil y sus interacciones con la actividad física, el sedentarismo y los hábitos nutricionales en Chile” cuyo objetivo se centra en determinar las características generales, antropométricas, físico-deportivas, de alimentación y psicosociales de los escolares chilenos, realizando un análisis del nivel de autoestima, práctica de actividad física y obesidad en función de variables descriptivas mediante el empleo de ecuaciones estructurales.

Los resultados determinaron que los preadolescentes fueron clasificados con un Índice de Masa Corporal (IMC) saludable en menos de la mitad de la muestra, siendo mayoritaria la condición de exceso de peso, con mayor presencia de obesidad. La autoestima fue caracterizada como elevada, seguida por baja y un porcentaje muy menor de autoestima media. En relación a la adherencia a la dieta mediterránea la mayor parte de los preadolescentes obtuvieron un puntaje vinculado a la condición necesitan mejorar, un menor porcentaje para la adherencia optima y un porcentaje menor para la baja adherencia. Las conclusiones dejan entrever que, el nivel de actividad física fue bastante homogéneo con valores en torno a un tercio para las tres categorías investigadas.

El aporte para el estudio doctoral se alinea en la importancia y relevancia que tiene la condición física, interrelacionada con menos horas de sueño, menor adherencia a la dieta, mucho tiempo empleado en equipos audiovisuales, menor autoestima y autoconcepto. Tener una mejor condición física se asocia a contrarrestar los factores anteriormente mencionados. Constatar una mejor condición física, genera un mayor nivel de índice de masa corporal y, el hecho de tener un índice de masa corporal alto, importantes para mantenerse saludable, por supuesto manteniendo un buen programa alimenticio acorde a las edades escolares.

2.2. Marco epistemológico

2.2.1. El sobrepeso y sus incidencias en la población infantil

Muchos han sido los significados que se le ha querido adherir al sobrepeso, a tal punto de confundirlo con obesidad. Para Fernández (2012) el sobrepeso es conocido como la acumulación excesiva y anormal de grasa corporal perjudicial para la salud. Parafraseando a Villalobos (2016) son los grados de exceso de peso corporal a expensas de un aumento de grasa, es decir, es la antesala de la obesidad la cual requiere de la atención y tratamiento para evitar riesgos mayores de padecer otras enfermedades.

En concordancia, Pineda-Burgos et al. (2020) señala que, a nivel mundial el sobrepeso es visto como un problema de salud pública acentuándose significativamente a principios del siglo XXI, debido a su cercanía con errados hábitos alimenticios, alejamiento de ejercicio corporal y diferenciaciones marcadas en el nivel socioeconómico. A partir del crecimiento del SP, la OMS lo refirió como una enfermedad crónica, cuyas características se enraízan por el incremento de la grasa corporal, sinónimo directo de aumento de riesgo para la salud.

Mencionan Pineda-Burgos et al. (2020), algunos datos reportados en diferentes países que señalan un notable aumento del SP desde el punto de vista metabólico, sobre todo en estudiantes de educación básica. En este sentido, el sobrepeso en la etapa infantil incrementa el riesgo de patologías crónicas cuando se va en constante crecimiento adulto tales como: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular. Las enfermedades derivadas del sobrepeso disminuyen la calidad de vida, afectando de manera colateral la productividad y los costos de atención médica.

Para Alcázar et al. (2019) es caracterizado por la acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud tanto en el escolar, adolescente y en la edad adulta, por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles generando el sobrepeso. Señalan ciertos factores que la originan como: estilos de vida, sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados, inactividad física, baja escolaridad de los padres, falta de controles médicos. En resumen, el sobrepeso es una enfermedad crónica multifactorial, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el

organismo y como un estado de salud anormal, que puede llegar a constituir un serio peligro para la salud.

Existen tres formas, según Villalobos (2016) de calcular el sobrepeso son:

- mediante el Índice de Masa Corporal (IMC): se calcula mediante la fórmula $\text{peso} / \text{altura}^2$. Por ejemplo, para una persona que mide 1.60 metros y pesa 70 kilos, su IMC sería: $(70 / (1.60 \times 1.60)) = 70 / 2.56 = 27.34$. Esto significa que la persona está dentro de los rangos normales pero muy cerca del sobrepeso.
- mediante la circunferencia de la cintura: se considera sobrepeso si la circunferencia de la cintura de una mujer mide más de 80 cm y la de un hombre más de 94 cm.
- mediante el índice cintura-cadera: Es la división del perímetro entre la cintura y la cadera que suele ser medida por un médico ya que implica muchas variables.

Entre las causas principales que la generan, se encuentra la mala alimentación, que radica en la disminución del consumo de frutas, verduras, leche y carne en relación con el aumento en el consumo de refrescos y carbohidratos refinados. Por ello, se debe recurrir a hábitos alimenticios saludables y complementarla con actividades físicas para evitar el sedentarismo, considerada como una de las causas del sobrepeso en las escuelas. Para los adultos destacan, los trabajos en oficinas y el poco tiempo para ejercitarse. Se estima que una persona debe ejercer actividad física regular, o sea, un mínimo de 30 minutos de ejercicio en intensidad moderada tres a cuatro veces por semana. Si el sobrepeso es debido a factores genéticos, debe hacerse acompañar por un especialista, grupos de ayuda y psicólogos (Nájera, 2016).

Las consecuencias del sobrepeso, son generalmente en términos de salud, pero también afectan la psicología de la persona. En casos extremos, pueden llegar a causar trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia. Las mismas se resumen en: una mortalidad 12 veces mayor en jóvenes entre 25 a 35 años, un gasto de 22% a 34% más en el ingreso familiar, 25% de probabilidad de incapacidad laboral, mayor probabilidad de contraer diabetes (alta concentración de glucosa en la sangre) y mayor probabilidad de contraer enfermedades cardiovasculares como presión arterial alta, problemas articulares y algunos tipos de cáncer (Rodríguez, 2016).

Sigue expresando la autora, que entre los síntomas del sobrepeso se pueden destacar: dificultad para respirar, fatiga, debilidad en ejercicios físicos, presión arterial

elevada, nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre, alteraciones psicológicas como la ansiedad, pérdida de autoestima y depresión. Existen países, como por ejemplo México, donde el sobrepeso es el principal problema de salud pública, de hecho, presentando cifras en el campo infantil de un 26% en edad escolar y en adultos con 72% de sobrepeso en mujeres mayores de 20 años, y 66% en los hombres mayores de 20 años.

Respecto al sobrepeso infantil, la Organización Mundial de Salud (OMS, s.f.), expresa que es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, cuya raíz tiene un panorama 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, a tal punto que se calcula que en el año 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos.

Señala la OMS (2003) que cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad, vivían en Asia y una cuarta parte vivían en África. Los niños con sobrepeso, tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles, por lo tanto, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil. Para este organismo el sobrepeso en los pequeños, se define de acuerdo con los patrones de crecimiento en edad escolar, cuya relación pueda ser medida y evaluada mediante el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil.

En una investigación realizada por Sánchez et al. (2017) argumentan que el sobrepeso infantil representa un problema de salud activa, que inclusive en algunos países es catalogada como epidemia emergente, cuyas consecuencias está repercutiendo en la población de menores entre 2 y 12 años. Es considerada un problema de salud pública, ya que presenta una comorbilidad de insulinoresistencia (RI), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), infarto del miocardio, enfermedad cardiovascular y otros efectos adversos. Las alteraciones genéticas o endocrinas determinan cerca del 5 % de las causas de sobrepeso infantil, y el 95 % restante aparecen como

consecuencia de factores exógenos o nutricionales, favorecidos por una predisposición genética.

Lamentablemente, comentan los autores que, los niños no se encuentran libres de tendencia de sobrepeso, representando según cifras de instituciones ligadas a la pediatría, de por lo menos el 10 % de los niños en edad escolar tienen sobrepeso prevaleciendo un 32% en América, Europa (20 %) y Medio Oriente (16 %). América Latina está sosteniendo una rápida transición demográfica, epidemiológica y nutricional, y ha alcanzado tasas de sobrepeso que se han incrementado de manera importante durante los últimos 10-15 años, particularmente entre niños en edad escolar.

Las consecuencias relevantes en este sentido, radica en que una vez que un niño entre en estado de sobrepeso, la tendencia indica que se sigue el patrón en estado de adultez. Sobre el 60 % de los niños que están sobrepeso en el período prepuberal, y 80 % de los que lo están en la adolescencia, estarán con sobrepeso en la adultez temprana. Actualmente, ratifican los autores, se han buscado procedimientos antropométricos que estimen la cantidad de tejido adiposo en forma indirecta, aceptando el inconveniente que no pueden distinguir entre masa grasa y masa libre de grasa, compartimientos que cambian durante el crecimiento.

Señala Shamah (2016) la existencia de múltiples intervenciones publicadas en la literatura científica que muestran los efectos del sobrepeso en escolares, bajo diversas estrategias, contexto y tiempos de intervención. Unido a esto Brown & Summerbell (2009) y Ho et al. (2012) exponen que son los meta-análisis publicados, que han llegado a la conclusión de algunos pequeños efectos en la reducción o mantenimiento del sobrepeso en niños durante la primera inquisición educativa, que se vuelven contra estrategias que incluyen aumentar la actividad física, disminuir el consumo de alimentos densos en energía y aumentar el consumo de agua, con algún componente que puede diferir en la estrategia y tiempos de exposición.

No obstante, son menos los estudios que se enfocan en los periodos previos a la edad escolar en los cuales la intervención es fundamental durante la edad preescolar. Bajo este contexto, cabe mencionar que la investigación de Reyes-Morales et al. (2015) es innovadora y muestra resultados que podrían sentar bases y orientar a la política pública. Los autores reconocen que la infancia temprana es prioritaria para promover el crecimiento y desarrollo saludable. A su vez concluyen, la existencia de actividades

tales como, aumento en la actividad física; que requieren del largo plazo para que sus efectos sean observables, y que la familia debe estar involucrada en el cambio de hábitos en el consumo de alimentos, sobre todo las madres de familia quienes son responsables de la alimentación familiar.

En definitiva, dentro del diagnóstico referente al rango de sobrepeso infantil, se debe tomar en consideración la edad y el sexo del niño, ya que por medio de estos elementos identificatorios básicos, se describen al menos tres períodos críticos para el desarrollo del sobrepeso, entre los que se destacan: la vida fetal, el período de adiposidad de rebote entre los 4 y los 6 años, en el cual el IMC después del aumento observado en la infancia que va seguido de la reducción en los valores, empieza otra vez a incrementarse gradualmente, y finalmente el período de la adolescencia y la adultez.

2.2.2. Obesidad: definición y causas de una enfermedad epidémica

Ser o estar gordo, no siempre en la historia de la Medicina y las sociedades, se consideró una enfermedad. Lo cierto es que hoy, la cantidad de personas obesas en el mundo es alarmante, y la obesidad, que no significa solamente tener exceso de grasas en el cuerpo, es considerada un riesgo de enfermedad o una enfermedad en sí misma. El desarrollo de la obesidad, se asocia a numerosas complicaciones somáticas, psicológicas y sociales. Dichas complicaciones somáticas de tipo metabólicas, se relacionan con la expansión del tejido adiposo blanco, el cual exporta concentraciones elevadas de ácidos grasos libres causantes de lipotoxicidad a órganos específicos (Ciangura et al., 2017; Serrano et al., 2016; Perea-Martínez et al., 2014).

Adicionalmente, se destaca en el campo de la obesidad, la estimulación y contribución al desarrollo de un estado inflamatorio crónico y subclínico, con liberación excesiva (a la sangre) de múltiples citocinas proinflamatorias, siendo la resistencia a la insulina una de sus consecuencias fundamentales. Otras alteraciones celulares inducidas por la obesidad, incluyen la generación excesiva de radicales libres de oxígeno, facilitando el aumento de la oxidación de las proteínas, así como la disfunción mitocondrial (Molina et al., 2015).

En el mundo entero, los datos relativos a la prevalencia de obesidad se mantienen en el tiempo durante la etapa de población adulta y, lo que es peor, aumentan en la población infanto-juvenil (en especial en los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo por adoptar hábitos alimenticios típicos de los países desarrollados). La OMS (2015) informa que, en el siglo XXI; el sobrepeso y la obesidad cobran carácter de epidemia y considera que entran en temas de administración y salud pública, pues argumenta que son factores de riesgo para la salud personal y social (enfermedades cardíacas, circulatorias, hepáticas, reumatológicas, digestivas, endócrinas, artríticas y diabetes).

La causa fundamental de este trastorno, según el OMS (2016), es el desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas y las energías utilizadas diariamente. A nivel mundial, se ha producido un aumento notable en la ingesta de alimentos que contienen un alto contenido calórico ricos en grasa y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, nuevos modos de transporte y creciente urbanización. Las definiciones de obesidad se han elaborado tanto desde perspectivas biológicas como desde perspectivas bio-psico-sociales.

Desde el campo biológico de las prácticas clínicas y la investigación básica experimental, Moreno et al. (2000) concuerdan que, en obesidad ya catalogada como epidemia del siglo XXI, se ocuparon de la alta prevalencia de esta enfermedad en el mundo. Los autores la definieron como “el exceso de tejido adiposo que origina un aumento de peso corporal con respecto a lo que correspondería según sexo, talla y edad.” (p. 140).

La OMS, también desde lo biológico, estableció en 2003 que el peso en kilogramos de una persona dividido por su altura al cuadrado (kg/m^2) da por resultado una fórmula denominada Índice de Masa Corporal (IMC). En efecto, en los adultos de cualquier sexo y de todas las edades, un IMC que supere los $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ equivale a sobrepeso, y si supera los $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ equivale a obesidad. No obstante, el IMC debe ser considerado un valor relativo, porque puede no distinguir la cantidad de grasa de la cantidad de musculatura.

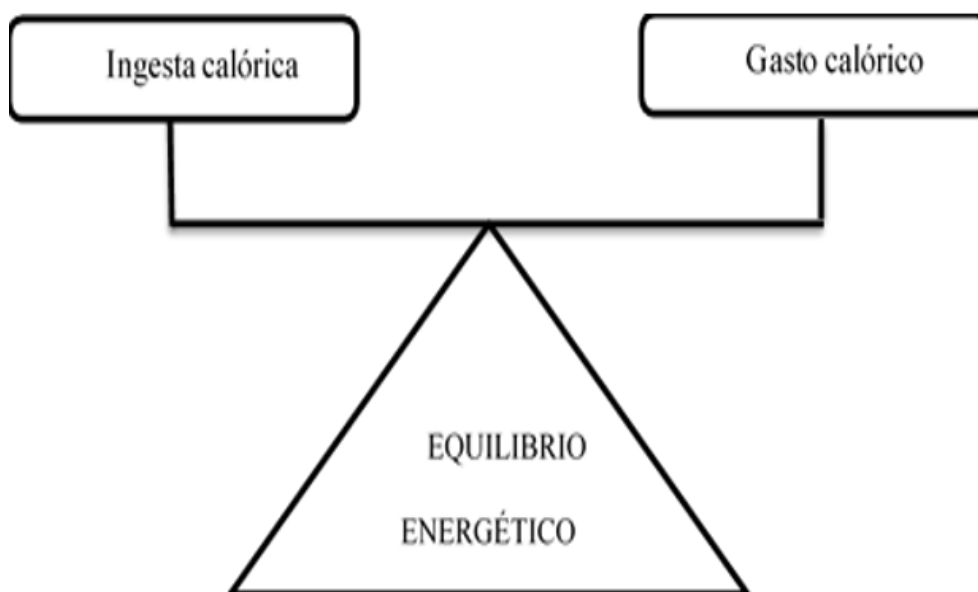
El IMC requiere entonces de análisis complementarios para poder hacer un diagnóstico correcto y efectivo, porque la constitución de cada ser humano y, más que nada de los niños/as y preadolescentes, puede presentar variaciones significativas.

Por ello, Meléndez, acertadamente, considera lo siguiente “una persona que posea una estructura ósea muy compacta, o una que posea una gran masa muscular, no puede evaluarse como una que tenga lo que podría denominarse una constitución normal” (2000, p. 201).

El IMC es particularmente impreciso en niños menores de 4 años, por lo que corresponde al clínico vigilar la ganancia ponderal y, más tarde, en la etapa prepuberal, prestar especial atención al incremento de más de 3 kilogramos anuales. Al respecto, Lizardo y Díaz (2011) sostienen que “el adecuado diagnóstico y manejo del niño obeso debe involucrar todos los niveles de atención: promoción, prevención y tratamiento.” (p. 209).

Por fortuna, desde hace poco más de dos décadas, distintos centros académicos y científicos impulsan la investigación en Biología Molecular y Genética, produciendo importantes avances sobre los genes que predisponen a grados de obesidad. Ubicados en el mismo paradigma biologicista, Coutinho et al. (1999) en un estudio sobre la enfermedad de la diabetes, se refirieron al origen de la obesidad como “el resultado de un desequilibrio permanente y prolongado entre la ingestión de alimentos y el gasto energético, donde el exceso de calorías se almacena en forma de tejido adiposo.” (p. 237) (ver figura 4).

Figura 4. Equilibrio calórico/energético



Fuente: A partir de Coutinho et al. (1999).

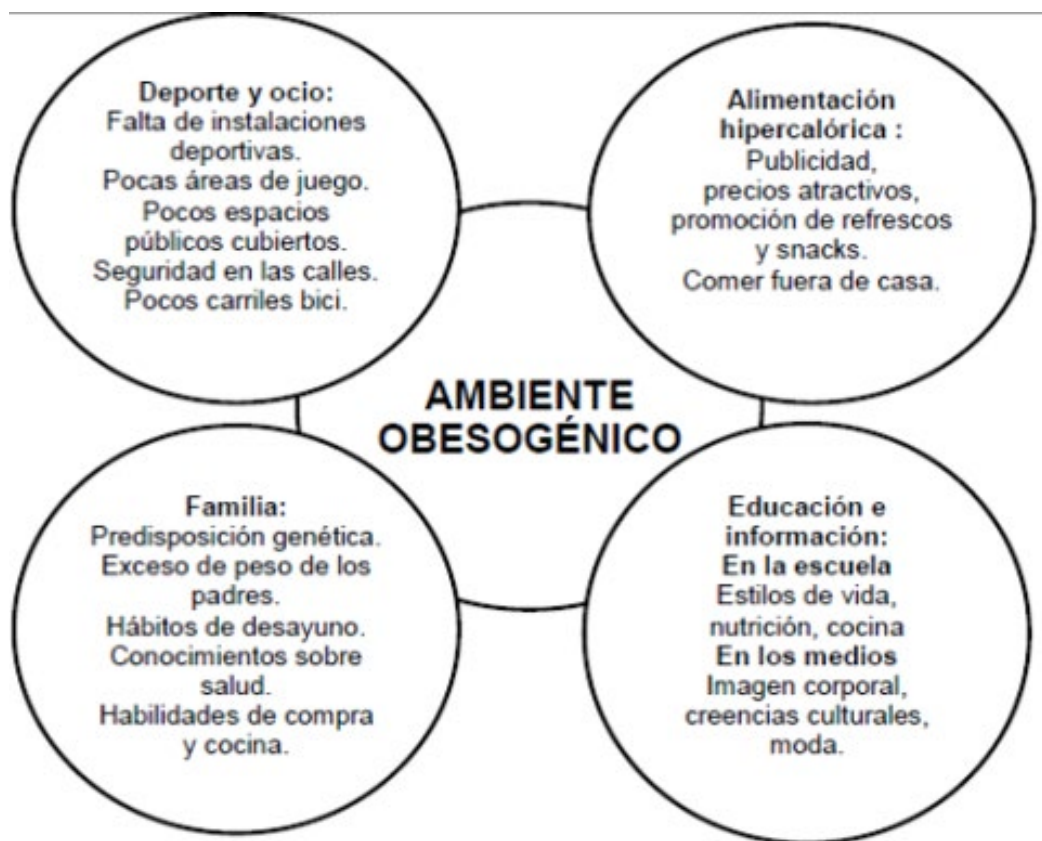
No existe un factor único que desarrolle la obesidad, por el contrario, intervienen varios condicionantes que, conjunta o aisladamente determinan el aumento acentuado de peso en las personas, entre los que se encuentran, además de los mencionados, los factores bio-psico-sociológicos y la inactividad física. Braguinsky (2003) logró caracterizarla así:

La obesidad es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con comorbilidad múltiple, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. La obesidad resulta de factores: a) genéticos (enzimas, hormonas, etc.) y b) del medio (alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra en la dieta y sedentarismo obligado). Puede haber otros factores involucrados: cesación de tabaquismo, alcohol, estrés y desbalance de neuroquímicos. (p. 4).

De inmediato, Braguinsky (2003) añade que las personas gordas se sienten culpables por su condición, disminuyen su autoestima y sufren de desadaptación social. Ello se debe a que, desde la segunda mitad del siglo XX, se puso de moda la estética de la delgadez, fenómeno socio-cultural que influyó en la estigmatización de la obesidad y en las campañas preventivas del exceso de peso. Santos, por su lado, explica el origen de la obesidad en términos endógenos es una enfermedad metabólica multifactorial, fisiológica, metabólica, molecular y genética; pero a su vez agrega –lo mismo que Braguinsky– es “la influencia de factores sociales” (2003, p. 180).

Entre otras causas de la obesidad, Díaz y Gordón (2017) no dejan de señalar que emergen también aspectos relacionados con el estilo sedentario de la vida familiar, la información y la educación recibida (ver figura 5).

Figura 5. Elementos ambientales que influyen en la obesidad



Fuente: A partir de Díaz y Gordón (2017, p. 97).

No son pocos los estudios que han abordado el sedentarismo como consecuencia de un estilo de vida moderno que ha desembocado en uno de los factores cruciales causante de la obesidad. Por ende, la OB en términos de factor de riesgo o de enfermedad en sí, es de naturaleza multifactorial, pues participan más elementos que los endógenos y hereditarios (o genéticos), como son el bajo nivel de ingresos y el bajo nivel educativo.

Para Acosta (2018) los síndromes clínicos potencialmente fatales asociados a la enfermedad aterosclerótica constituyen en muchos países la primera causa de muerte. Por ejemplo, en Venezuela, las enfermedades cardiovasculares son consideradas la primera causa de muerte en la población adulta, de ellas las formas clínicas de presentación de la isquemia miocárdica y cerebral de origen aterosclerótico son las predominantes. Asimismo, señalan Flegal et al. (2005) que los parámetros biológicos usados para analizar la relación entre la obesidad y la enfermedad cardiovascular de origen aterosclerótico son variables y se utilizan aislados o

combinados en los estudios publicados; de igual manera difieren los puntos de corte para la definición de la obesidad. Expone ciertos índices que intervienen en los parámetros tales como: peso corporal, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, relación circunferencia abdominal/circunferencia de la cadera, relación circunferencia abdominal/altura, índice de grasa corporal y composición tisular corporal.

Es interesante resaltar, la existencia de estudios epidemiológicos que describen la relación entre la obesidad y los efectos directos hacia la enfermedad cardiovascular, en especial atención en hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, enfermedad coronaria y vascular cerebral. También resulta relevante decir, que son numerosos aún los análisis que investigan su relación con los denominados factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, conocidos a su vez como enfermedades coronarias, que se originan principalmente por la obesidad y la enfermedad aterosclerótica.

Tomando en consideración los datos suministrados en el año 2009 por *Prospective Studies Collaboration*, mostraban la interrelación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y mortalidad total y por causas específicas obtenida de 57 estudios prospectivos con 894.576 participantes de Europa Occidental y Norteamérica, 61% hombres, todos con edad promedio de 46 años (+ 11) reclutados de 1975 a 1985, que tenían IMC promedio de 25 (DE 4) kg/m² en análisis ajustado para edad, género y consumo de tabaco que excluyó los primeros 5 años y se utilizó la evolución de los siguientes ocho años; la edad promedio a la muerte fue de 67 años +/-10. Concluyendo que las causas de muerte más significativas en pacientes obesos eran: Vascular (30.416), neoplasia (22.592), respiratoria (3.770), diabetes, renal o hepática (2.070) y otras (7.704).

En definitiva, todas estas contextualizaciones (clínicas y epidemiológicas) dejan por sentado de forma consistente la relación positiva entre los parámetros clínicos utilizados para el diagnóstico de la obesidad con los eventos clínicos direccionados con enfermedades vascular aterosclerótica. Los resultados dejan en evidencia los efectos que en el tiempo devienen de los estadios producidos por la obesidad y su interrelación con los mecanismos biológicos, bioquímicos y celulares relacionados patogénicamente con la enfermedad aterosclerótica y sus complicaciones, así como

de otros problemas más, que pudieran atacarse favorablemente con tratamiento y contrarrestar los eventos clínicos.

2.2.3. *Obesidad infantil*

La obesidad infantil constituye un problema social, sanitario y psicológico de gran relevancia en el mundo industrializado por sus importantes repercusiones sobre la salud. Durante los últimos años está aumentando vertiginosamente y se está constituyendo como un problema de salud pública (Bustos, 2019). Señala la autora, que en el año 2013 la OMS, en relación a la obesidad infantil, mostraba que más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. En países europeos, el porcentaje de niños obesos era del 5%; en el año 2003, la prevalencia de obesidad infantil y juvenil ya se situaba en un 13,9% y la de sobrepeso en un 12,4%; por edades, eran los jóvenes de 6 a 13 años los que presentaban los valores más elevados de obesidad.

A manera de generalidad, señala Bustos (2019) que el promedio de obesidad infantil en niños entre los 6 y 9 años de edad, se ubica en un 44,5% (26,2% sobrepeso y 18,3% obesidad). Esto significa que prácticamente uno de cada dos niños tiene exceso de peso con respecto a los patrones de crecimiento que establece la OMS. Este veloz crecimiento de los problemas de exceso de peso elimina la posibilidad de cualquier explicación del mismo en términos genéticos. Tan sólo aproximadamente un 7% de los casos de sobrepeso u obesidad tienen una causa biológica mientras que el 93% corresponde a una obesidad exógena, es decir, aquella que tiene su causa en un saldo positivo entre el consumo de calorías y el gasto energético del organismo.

Por lo tanto, y sustentado en las cifras mostradas, se puede decir que el crecimiento de la obesidad infantil siga siendo vertiginoso. Tanto ha sido así, que en 1998 tan sólo el 7% de los estados de Norteamérica tenían una prevalencia de obesidad infantil superior al 20% de la población, en 2000 ya eran el 50% de los estados los que alcanzaban esa cifra, y en 2002 tres estados norteamericanos superaban entre su población un porcentaje de obesidad infantil del 25%. Las curvas de crecimiento de la obesidad infantil en los últimos años son altas, indicando que la situación sanitaria pudiera vincularse al exceso de peso infantil.

En este mismo orden de ideas, De Niet & Naiman (2011) mencionan que las complicaciones de salud derivadas de la obesidad son múltiples, tanto en la infancia como en la edad adulta. Agregan, que la obesidad infantil tiene graves consecuencias para la salud y constituyen un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas. Tanto la OB infantil y adulta se encuentran relacionadas, en la medida en que casi ocho de cada diez niños obesos terminan convirtiéndose en adultos obesos con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad. Los problemas médicos derivados de la obesidad infantil son numerosos.

Por nombrar únicamente los más llamativos, cabe destacar que han comenzado a detectarse casos sorprendentes de diabetes tipo II no insulino-dependiente entre los niños, trastorno que hasta la fecha había sido extremadamente raro en la infancia. Así mismo recalcan los autores, los problemas del colesterol elevado ya no son exclusivos de las edades adultas, con su pésima repercusión en la futura hipercolesterolemia del individuo. El 50% de los niños obesos presentan lo que se denomina Síndrome metabólico, que constituye un factor de riesgo muy importante para padecer enfermedades cardiovasculares cuando lleguen a adultos.

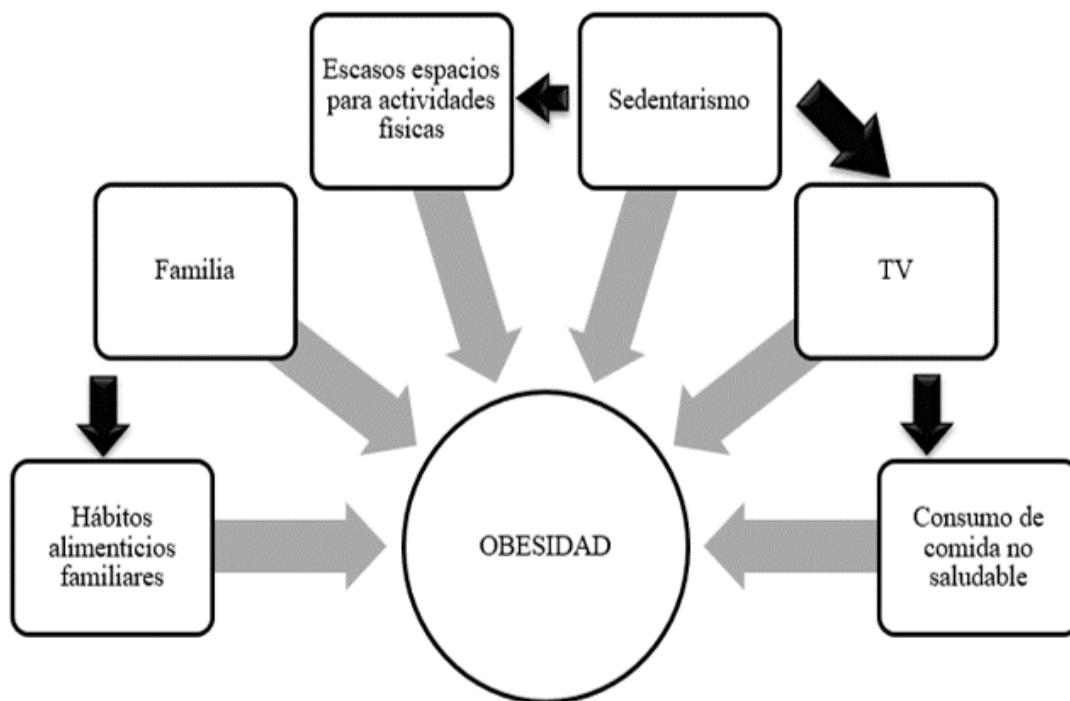
Como complemento Amigo et al. (2007) manifiestan que las enfermedades asociadas al exceso de peso, incrementan progresivamente el riesgo de mortalidad temprana cuanto mayor es el grado de sobrepeso. Para comprender adecuadamente el problema de la obesidad en el ser humano, es necesario contextualizarlo dentro de su desarrollo social y evolutivo. No se debe descartar, que el peso depende del tipo de alimentación que se consume, además de otros hábitos conductuales que configuran el estilo de vida, como por ejemplo las horas de sueño, el modo de afrontar la ansiedad o el tipo de ocio.

Por otro lado, al referirse a la edad de la niñez, Guerra et al. (2009) han puntualizado que los análisis previos al diagnóstico deben realizarse con exhaustiva profundidad, pues “muchas veces se observa en los niños un aumento de la masa libre de grasa.” (p. 63). Las causas, lo mismo que en la obesidad adulta, se explican por factores endógenos (endocrinos, metabólicos, genéticos) y exógenos (psicológicos, socio-económicos, culturales, estilos de vida sedentarios).

Interesante resulta la postura de González (2010), piensa que el factor educación, la cual sirve de conductor hacia el acceso a la información proveniente de los padres e instituciones educativas a los niños, es fundamental en el proceso de generación de

hábitos y estilos de vida saludables. Najo esta contextualización, la autora plantea seis factores externos que juegan un rol importante para la aparición de la obesidad infantil (ver figura 6).

Figura 6. Factores externos que inciden en la obesidad infantil



Fuente: A partir de González (2010, p. 322).

Al ser la obesidad una epidemia de injerencia mundial, como la cataloga la OMS, varios países, como Estados Unidos, Canadá, países europeos, Colombia, Brasil y Chile han creado políticas que regulan la comercialización de alimentos y bebidas dirigidas a este vulnerable segmento de la población.

Es oportuno señalar, lo que Alonso (2019) manifiesta en torno al tema de la obesidad infantil, quien destaca que la misma se relaciona directamente con el tiempo, es decir, hay un estado de influencia que recae con obtener una menor esperanza de vida. Recalca la autora, que las personas que padecen obesidad, mueren 8-10 años antes que las que tienen normopeso, considerando que, el exceso de peso es conocido como el décimo factor de riesgo que desencadena un aumento de la discapacidad y múltiples muertes prematuras.

De igual forma, Sánchez (2016) piensa que la obesidad desde una óptica social, es vista como el tercer factor de riesgo de mortalidad, después del tabaco y la ingesta de alcohol. Deja saber la excesiva prevalencia de sobrepeso entre la infancia y adolescencia se afilia a las poblaciones de ingresos medios altos. Por lo tanto, en las poblaciones de ingresos medios bajos, existe un gran incremento del sobrepeso. Todo es producto a la asociación de diversas comorbilidades, entre las que destaca: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular (CV), Dislipemia y Síndrome Metabólico.

El desarrollo de la obesidad infantil está estrechamente vinculado con los aspectos socio-económico demográficos. En 1998, Matsudo y Araújo demostraban que esta enfermedad guardaba relación con los Niveles Socio Económicos (NSE) bajos, donde se consumen productos baratos, mayormente portadores de grandes cantidades de calorías. Los autores agregaban como factor incidente la falta de información y de educación sobre nutrición y ejercicio físico para la prevención de la OB infantil.

Efectivamente, en los países de ingresos bajos y medianos, los niños están expuestos a alimentos de alto contenido calórico ricos en grasas, azúcar y sal, y pobres en micronutrientes, que suelen costar menos, pero también tienen nutrientes de calidad inferior. Esta exposición, junto con la escasa actividad física, ocasiona un aumento drástico de la OB infantil.

La obesidad infantil o pediátrica, es una enfermedad prevalente en el mundo con una clara tendencia creciente que cada año en lugar de suprimir emerge ascendentemente en la mayoría de los grupos etarios y sociales, sobre todo en comunidades que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social. Los estudios mostrados anteriormente, demuestran que en materia de nutrición y salud los niños/as y preadolescentes presentan exceso de peso que en el futuro no conducen al mejoramiento físico. De hecho, en la etapa de adultez, se van agravando síntomas que se intensifican y atenta con la calidad de vida humana.

La obesidad pone en riesgo la posibilidad real de niños/as, preadolescente y adolescentes; de gozar plenamente de sus derechos como seres humanos. Si bien el derecho a la salud y a la alimentación son los más claramente afectados, la creciente prevalencia de la obesidad pone en riesgo el ejercicio de otros derechos concernientes, tales como: el derecho a la educación, información, no discriminación,

al juego y esparcimiento. La obesidad pediátrica incrementa el riesgo de obesidad y de sus comorbilidades en la adultez

2.2.4. Marketing

Las corporaciones en este siglo XXI, presentan una dicotomía operacional derivado a los diferentes retos; sobre todo frente a las dificultades que hoy día presenta el mundo de los negocios, cuyos escenarios o entornos son altamente cambiante y competitivo, el cual obliga a las entidades que desean posicionarse en el mercado, a hacer ajustes y actividades extraordinarios, aplicando con rigor y profundidad las diferentes herramientas estratégicas o técnicas con las que disponen para lograr sus objetivos (Martínez, 2016; Ríos-Cortázar et al., 2013).

Resaltan los autores, que en la presente década se caracteriza por darse de manera sistemática una manada de datos respecto al desempeño de las organizaciones que, de manera secuencial con el desarrollo de la tecnología y la globalización, generan un incremento en la necesidad de examinar la veracidad, evaluar la exactitud y lo adecuado de la información y de su transferencia. En este contexto, las empresas en general pueden presentar adversidades donde existen evidencias perceptibles como: descoordinación de actividades, desorganización de funciones, transmisión de mala imagen, insatisfacción de los usuarios y debilidades económico-financieras e incertidumbres sobre el entorno.

Tomando en consideración la postura de González (2014) quien denota que existe un disparate acuerdo entre lo percibido por las organizaciones con lo que aprecia el cliente. Por lo que se hace necesario acudir a la revisión general de sus estructuras, enfocándose en el área de marketing, con el fin de determinar si: los usuarios o clientes están conformes, el servicio es efectivo, los planes y estrategias de mercadeo alineados con la misión, visión y objetivos propuestos por los accionistas, la gerencia conoce con precisión las necesidades de sus consumidores, revisión de estrategias de precios o publicidad y el impacto del ecosistema.

Agrega el autor, que se deben tomar en cuenta todas las alternativas que envuelven los elementos identificadores sobre los factores en el área de marketing y describirlos como aliados gerenciales, que influyen sobre la calidad del producto, el bienestar y un

buen desarrollo, con el fin de optimizar las operaciones, debido a que, el principal activo de dichas empresas está representado por los usuarios, cuando se trata de ofrecer un artículo.

Es conveniente y saludable para los gerentes o accionistas de las empresas, detenerse a autoanalizarse cada cierto periodo sobre su desempeño, por lo que se aconseja la revisión o auditoria empleada de manera periódica y regular, dado a su carácter preventivo, evitándose de este modo que los cambios futuros del entorno los sorprendan desprevenidos. Además, analizar las nuevas tendencias del mercado, puesto que cabe la posibilidad que se esté perdiendo un importante caudal de negocios.

La premisa significativa para el marketing según Benassini (2009) es “conozca a su cliente” (p. 14). El autor denota que todas las organizaciones (públicas o privadas, grandes o pequeñas), deben conocer suficientemente y fehacientemente lo que ocurre alrededor del mercado y, sobre todo, con sus competidores sin importar relevancia y tamaño. Es mediante el conocimiento de esta información, que les permitirá tomar decisiones mejor adaptadas a las fluctuantes condiciones de los ambientes políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales que varían constantemente, producto de las diversidades globales.

Por su parte, la *American Marketing Association* (2013) propone que el Marketing es la herramienta o mecanismo que conecta a la cadena integrada por el consumidor, cliente y público; con el vendedor mediante la información, necesaria para lograr identificar y definir las oportunidades y las adversidades originadas por el propio Marketing, es decir, son generadas para perfeccionar y evaluar las actividades adheridas y poder retroalimentar mediante la observación la efectividad y el desempeño en el negocio de manera que, se puede tener referencias alternativas de mejoras para su comprensión como proceso de mercadeo.

Esta definición denota el aporte de la investigación de mercados para alcanzar los objetivos del Marketing, definida como la actividad para crear, comunicar, distribuir e intercambiar ofertas que tienen valor para los consumidores, clientes, socios y para la sociedad en general. Las organizaciones están obligadas a reinventarse de acuerdo con las necesidades de un entorno cambiante, es decir, deben estar en la búsqueda constante de prácticas que conduzcan a ser eficientes y efectivas en su desempeño para mejorar su poder comunicativo y captivo de consumidores.

Manifiesta Ochoa et al. (2011) que, para lograr tal cometido es necesario que los negocios integren procesos adicionales como; por ejemplo, la competitividad y que forme parte de la práctica la administración del conocimiento. Dicho conocimiento permitirá a las empresas enfocadas en el Marketing, a aumentar la probabilidad de que las estrategias gerenciales se cumplan. Sin embargo, señalan Hair et al. (2010) que existe un factor denominado incertidumbre, que subsiste debido a que los competidores y consumidores son imprevisibles; de tal forma que, para aminorarla, es necesario tener información fidedigna, importante y oportuna.

A todo esto se puede agregar que, las prácticas de Marketing han atravesado una serie de transformaciones históricas puestas de manifiesto en ámbitos empresariales como en todo tipo de grupos, y son inherentes a actividades formales e informales. El surgimiento de las actividades de marketing podría remitirse hasta el pasaje bíblico en el que la serpiente vende a Eva el acceso al paraíso con solo morder una manzana.

Bajo las miradas de Moreno et al. (2018) el Marketing es una disciplina basada en el comportamiento de los mercados y los consumidores, que no debe confundirse con el crecimiento económico; ya que este se refiere al incremento de indicadores (producción de bienes y servicios, consumo de energía, ahorro, inversión, balanza comercial, aumento de consumo de calorías per cápita, entre otros) que influyen, pero no definen o determinan un verdadero plan de Marketing. No obstante, si se logran fusionar ambos elementos (Marketing e indicadores) se pueden obtener resultados directos y favorables que contribuyan al crecimiento económico y social del negocio.

Es esta misma dirección, Díaz y Rubio (2010) indican que, últimamente el Marketing es considerado como parte del quehacer diría en el ámbito empresarial, derivado a su extensión y sinfín de áreas en las que se relaciona. Su incidencia abarca básicamente la relación de intercambio donde su alcance no es exclusivamente empresarial, sino que abarca toda acción en donde se deba concebir una relación de intercambio que se centra en el reconocimiento y satisfacción de las exigencias y anhelos de los consumidores colocando como pieza más importante al cliente.

A nivel empresarial, ha tenido relevancia dentro de la economía global; cuyo auge recae en la era de la tecnología, logrando iniciarse e instalarse mediante la incursión de sistemas, funciones y actividades que permiten centrar la atención en el crecimiento de la economía mundial. Las redes sociales son esenciales en el crecimiento del Marketing, puesto que sirven para manejarse el estudio de los

mercados y la publicidad directamente al consumidor o la venta de alguna idea o producto de una manera casi inmediata. Desde la óptica fisiológica del negocio, se entiende como una técnica de gestión para la captación, anticipación y satisfacción de las necesidades del cliente de forma rentable para la organización o empresa. El objetivo esencial no debe ser otro que la optimización de la relación entre empresas y clientes y la maximización de su satisfacción mutua.

En este mismo contexto (empresarial), el Marketing puede ser comprendido como una filosofía de gestión más que como un conjunto de técnicas de negocios y ventas. Es como dicen Gómez y Uribe “el buen Marketing es cuestión de planificación y ejecución profunda” (2016, p. 12). Tal afirmación permite incluir factores sociales, políticos, tecnológicos, culturales, además de grupos de interés de la organización no solamente conformados por clientes, sino también por competidores, organizaciones sin fines de lucro, el Estado, distribuidores, proveedores, empleados, entre otros.

Los autores reseñan el compromiso, la colaboración y la confianza como pilares de las relaciones en las actividades de Marketing. Así mismo, la tecnología digital juega un papel significativo para que las empresas puedan materializar las relaciones, por ende, estrategias relacionales son cruciales en los departamentos de mercadeo. Cabe aquí mencionar algunas de ellas:

Customer Relationship Management (CRM): se trata de la gestión de las relaciones con clientes y proveedores. Es una fusión entre la acción humana, la información y la tecnología que permite a la empresa identificar, adquirir, retener y nutrir a los clientes rentables, mediante la construcción y el mantenimiento de relaciones a largo plazo con ellos (Boulding et al., 2005; Coltman, 2007; Gummesson, 2002).

Many-to-many: es una estrategia que amplía el mercadeo a todas sus redes. El teórico que profundizó en ella ha sido Gummesson (2011).

Marketing digital, marketing online, e-commerce: el marketing avanza y evoluciona de la manera en que lo hace la tecnología, de manera que ha permitido nuevos modelos, formatos, tácticas y estrategias que revolucionaron la forma de vender y comprar productos o servicios. Hoy la tecnología no es solamente una herramienta de comunicación, sino también una nueva cultura e identidad en busca de la inclusión social. En esta estrategia han insistido los estudios de Zanoni (2008).

-*Segmentación, Micromarketing*: Es una estrategia que apunta al comportamiento de los clientes asignando importancia a la segmentación (Gummesson, 1996).

2.2.5. Marketing Social

Algunas empresas norteamericanas, ya en los años 80, relacionaban el marketing con causas sociales; sin embargo, fue en la década de 1990 que la relación creció. En efecto, la conocida agencia Cone Inc. (citado en Biglione y Woods, 2007) sostuvo que el Marketing relacionado con causas sociales es “un poderoso posicionamiento utilizado para fortalecer el valor de la marca y para potenciar la imagen corporativa, con significativos resultados e impactos en la sociedad” (p. 8). Esto resultó bastante efectivo, porque a pesar de todos los contratiempos que se pudiera generar en torno a desviaciones comunicacionales enmarcados en el Marketing, por lo menos podría existir una retribución que marcara la diferencia para los ciudadanos.

De esta forma, comenzaron a surgir como especies de campañas de acompañamiento siendo una de las más llamativas la especificada por Giuliani et al. (2012) quienes incursionaron aprovechando las acciones del Marketing relacionado con causas sociales llamada filantropía estratégica. Consistente en que el acto de consumo se vincula directamente con el acto de donación, es decir, de cierta forma se encuentra vinculada de manera colateral con la Responsabilidad Social Empresarial (RSE). Por ejemplo, cuando los consumidores aceptan recibir factura *online* en vez de impresa, la empresa AT&T dona un dólar a la Fundación Día del Árbol (*The Arbor Day Foundation*) para que plante árboles.

Bajo este espectro, Gutiérrez y Lobo (2006) exponen que, las preguntas por la sostenibilidad y la pertinencia de las iniciativas filantrópicas han dado lugar a desarrollos del concepto fundamental detrás de la filantropía, esto conduce a pensar que, durante años uno de los pocos criterios analizados para el otorgamiento de una donación era la efectividad del programa al cual se destinarían los recursos. En estas relaciones entre donantes-beneficiarios es común la distancia y, a su vez es lo que se quiere cambiar. Los donantes asumen un rol de vigilancia en relación con el uso de los recursos, pero sin preocuparse por la solidez de las organizaciones que hacen uso de los mismos.

Por otro lado, Godfrey (2005) piensa que aun cuando algunos argumentan que por ese carácter no recíproco la filantropía es obsoleta y sigue una lógica paternalista, hay instancias en donde es apropiada e incluso necesaria. Hay relaciones en donde es deseable cierta distancia. Ese es el caso de intervenciones sociales relacionadas con el arte, por ejemplo, en donde es importante preservar la creatividad y la independencia del beneficiario. La filantropía estratégica es una opción razonable cuando una empresa no puede involucrarse de manera profunda o cuando, desde el punto de vista de quien recibe la donación, las organizaciones beneficiarias pueden no estar listas para asociarse con una empresa.

Agregando, para muchas organizaciones confiar en la filantropía estratégica, es un primer paso necesario en su proceso de desarrollo. El éxito en este tipo de relaciones puede dar pie a una profundización y compromiso posterior en la relación donante-beneficiario. Todo esto ocurre precisamente, al momento del ingreso acelerado de la era digital, las relaciones entre fabricantes y comerciantes, la lealtad de los consumidores y la aceptación de valores éticos y sociales, por lo tanto, el Marketing se va consolidando como una de las disciplinas que ha sabido ganar importancia en la economía de las organizaciones, el comercio global, las alianzas estratégicas y la competencia internacional.

Con referencia a lo anterior, Lefebvre & Flora (1988) citaban a Wiebe, quien entre 1951 y 1952 sugería que los métodos utilizados para influir eficazmente en los comportamientos comerciales podían transferirse a ámbitos sin fines de lucro. Para ello, el autor evaluó campañas de cambio social y concluyó que cuantas más similitudes tenían con el Marketing comercial, mejores eran los resultados obtenidos. Ciertamente, los especialistas en Marketing Social pueden propiciar conductas de cambio positivo en sus campañas, por ejemplo, abandonar el hábito de fumar, o promocionar la planificación familiar a través del uso de métodos anticonceptivos.

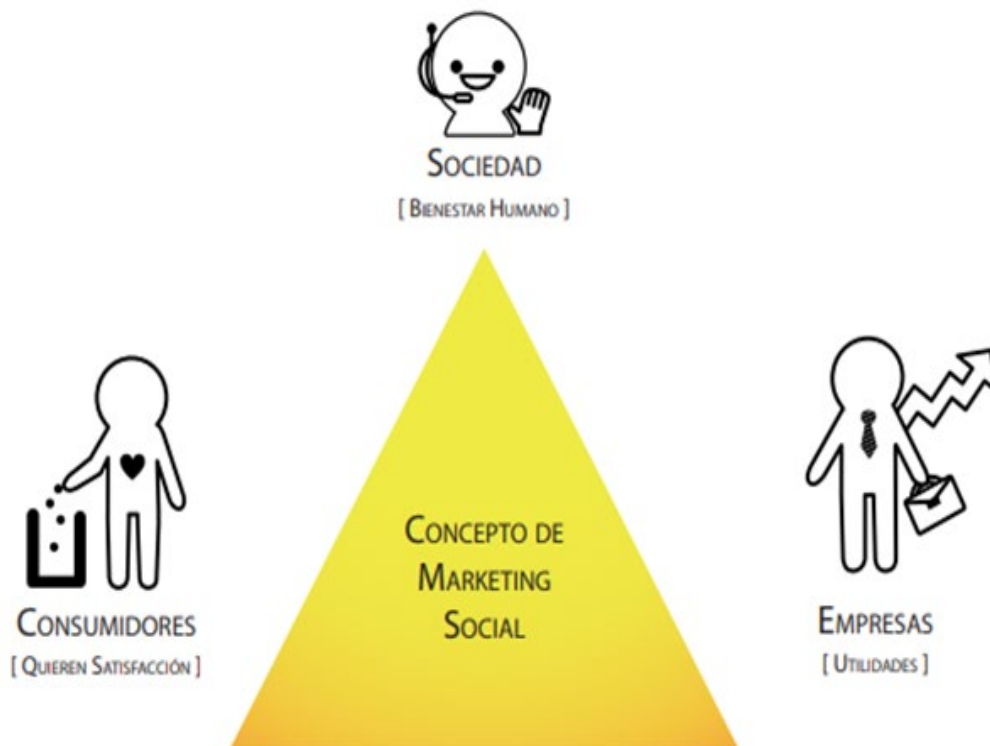
Sin embargo, en el año 1992 Kotler y Roberto desglosaron al Marketing según los esfuerzos que intrínsecamente realiza:

- Marketing centrado en el producto (Marketing 1.0);
- Marketing dirigido al cliente (Marketing 2.0) y;
- Marketing dirigido a los valores (Marketing 3.0).

El último de los desgloses se enfoca en hacer del mundo un lugar sostenible con base a procesos sistemáticos y estratégicos. Los autores explicaron que el Marketing 3.0 o Marketing Social (MS), ingresaba en el mundo de los negocios asegurando el bienestar presente y futuro de la humanidad, debido a su pretensión de protegerla contra todos los riesgos económicos, ecológicos y sociales y, de ser posible, conducirla hacia el mejor y más placentero de los mundos sin afectar la libertad individual.

En este propósito, en 1995 Andreasen hacía mención del Marketing Social cuando lo comparaba con el Marketing Comercial. Decía que ambos aplican las mismas técnicas de análisis, planificación, ejecución y evaluación de proyectos, pero el Marketing Social busca mejorar el bienestar y la calidad de vida social “de manera voluntaria” (p. 3). Siendo así, podemos decir que el Marketing basado Kotler y Armstrong (citado en Auquilla y Naula, 2016) en valores sociales voluntarios ofrecía valor público, debido al hecho de mejorar, con ideas y comportamientos positivos, la vida de las comunidades (Ver figura 7).

Figura 7. Pilares del Marketing Social



Fuente: Kotler y Armstrong (2003, citado en Auquilla y Naula, 2016).

Para el año 2002, Lara explicaba que la tarea primordial de una empresa es determinar las necesidades de los mercados meta y proporcionar las satisfacciones deseadas de forma efectiva, de modo tal que se pueda mejorar tanto el bienestar del consumidor como de la sociedad en general. De alguna manera, Lara, al igual que Andreasen, integraba la herramienta del Marketing social a la RSE. Por su parte, Vaaland et al. (2008) señalaban lo siguiente:

el Marketing Social está ligado a la gestión de las inquietudes de los grupos de interés, en cuanto a los actos responsables e irresponsables relacionados con los fenómenos ambientales, éticos y sociales, de tal manera que se creen beneficios corporativos. (p. 921).

A los efectos de este, Lambin (2009) señala que el Marketing Social se puede producir en cuatro niveles diferentes:

- Cognitivo: conocimiento y discernimiento.
- Acción: actividades en un determinado tiempo.
- Comportamental: adopción de un determinado modelo.
- Valorativo: cambio con respecto a su concepción.

En respuesta a Lambin, las autoras Cruz y Hernández (2008) esgrimen que el Marketing Social deberá contar con una estrategia diseñada sobre una metodología ajustada al problema raíz. En otras palabras, los programas de Marketing Social no pueden ser estandarizados, pues cada uno deberá ser diseñado por la corporación a la medida y acorde a las características del problema a resolver en una determinada población. De manera que, si se alarga la mirada más allá del horizonte del cliente individual, se encuentran múltiples campos, como los del medio ambiente, los derechos humanos, la salud y el desarrollo humano en general.

El Marketing Comercial (MS), según Parker & Brennam (2020) se utiliza como herramientas y técnicas de una variedad red interna empresarial disciplinarias, buscando la atención de alentar a las personas a comportarse de manera que logren los objetivos comerciales. Enfatizan que el uso de estas técnicas sirve en parte para fomentar los resultados socialmente deseables eran una extensión natural. Este uso de marketing para fines sociales finalmente se denominó MS y ahora se conceptualiza como: la herramienta que busca desarrollar e integrar conceptos de mercadeo con otros enfoques para influir en los comportamientos que benefician a los individuos y las comunidades para el mayor bien social.

La práctica del MS se rige por principios éticos que busca integrar la investigación, las mejores prácticas, la teoría, la audiencia y el conocimiento de la asociación, Informar la entrega de programas de cambio social segmentados y sensibles a la competencia que sean efectivos, eficientes, equitativos y sostenibles. (*Internacional Social Asociación de Marketing*, 2018). Agregan que las primeras campañas de Marketing social utilizaban comúnmente prácticas y teorías comerciales y uso de redes sociales que generaron angustias ya que abordaba cuestiones de bien social.

El MS es un término que fue utilizado por primera vez en la década de 1960 por los profesionales de la salud (Khan y Choldin, 1965) para los programas de planificación familiar con el objetivo de disminuir el crecimiento de la población. El Marketing Social fue enfocado para el cambio social planificado que, para el caso de su uso familiar, fue diseñado de manera holística entrelazado con una mezcla comercial convencional (enfoque de las "cuatro P"). El uso fue empleado para dar forma a los contextos sociales, es decir, no es nuevo. Sin embargo, los especialistas buscan cada vez incrementar su uso, hacia sectores individuales.

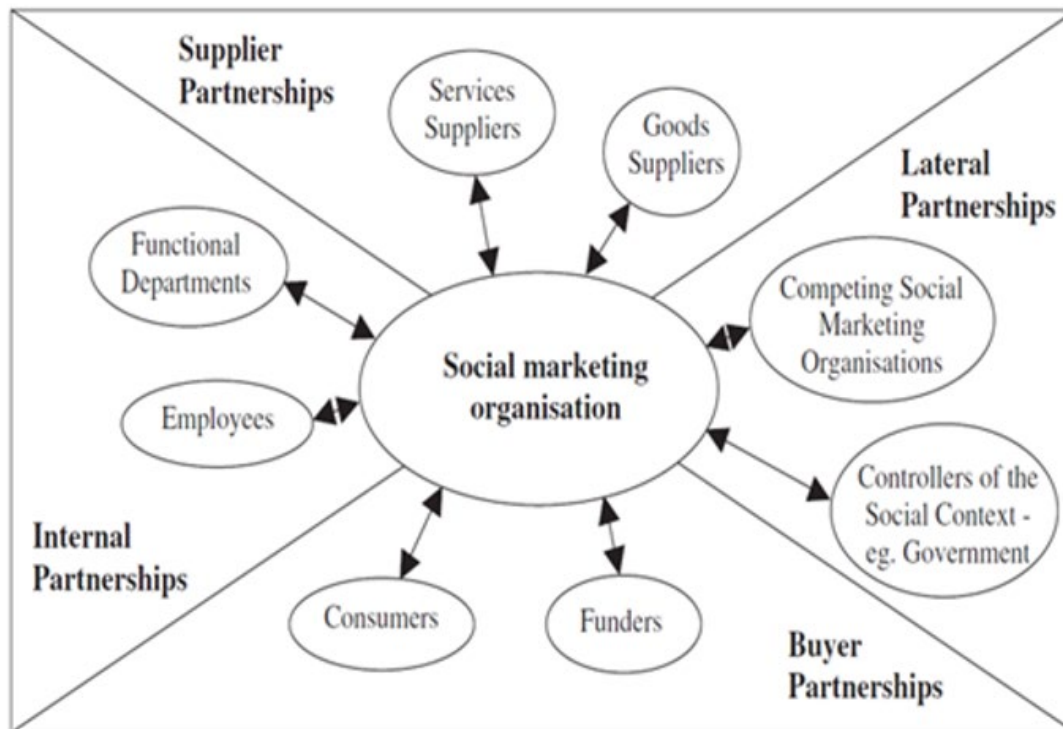
Esto hace que nazca el concepto de Marketing Macrosocial (MMS) que considera cambios sistémicos, con el objetivo de renegociar el normas e instituciones de la sociedad para fomentar nuevos conjuntos de comportamientos y leyes. El MMS puede estar bajo tomadas por gobiernos, entidades sin fines de lucro y con fines de lucro. La creación de nuevas normas proporciona apoyo institucional para el desarrollo de la infraestructura de comportamiento para respaldar estas nuevas normativas (Domegan et al., 2016).

Este tipo de Marketing busca rescata el bien social, No obstante, Polonsky (2017) señala que no todo el mundo está de acuerdo sobre qué es el bien social o cómo puede ser logrado. Usa un ejemplo de programas que mejoraron la calidad de la vida, pero simultáneamente degrada a ciertas culturas locales. También cuestionan el impacto del aumento del bienestar material en la sostenibilidad ambiental de la tierra.

La Figura 8, adapta la representación de Morgan y Hunt (1994) para empresas comerciales a un contexto de mercadeo social y muestra que el Marketing Social construye relaciones en los mismos cuatro dominios que las empresas comerciales:

la asociación de compradores, la asociación de proveedores, las asociaciones laterales y las asociaciones internas.

Figura 8. Modelo multirelacional de Marketing Social



Fuente: Basado en Hastings (2003) adaptado de Morgan y Hunt (1994, p. 21).

-Asociaciones de compradores (Buyer Partnerships): son los clientes intermedios y finales, los beneficiarios de los esfuerzos del vendedor social, como el fumador o el alcohólico, el financiador de las actividades, el departamento de salud del gobierno. Las buenas relaciones en este campo garantizan que los proyectos tengan objetivos realistas y que se tomen decisiones políticas para influir en el entorno.

-Asociaciones de proveedores (Supplier Partnerships): con ellos, las relaciones a largo plazo ayudan a garantizar que el progreso se base en consensos, agendas coincidentes y objetivos a largo plazo claramente acordados.

-Asociaciones laterales (Lateral Partnerships): se trata de trabajar con gobiernos y otros controladores sociales, como también con los competidores, con alianzas a largo plazo, puesto que la asociación facilita el ahorro de eficiencia, mejora la

competitividad y transforma la propuesta, programa o plan en una oportunidad multifacética para mejorar la salud y el bienestar social.

-Asociaciones internas (Internal Partnerships): consiste en que toda la organización se una con comunicaciones interactivas sólidas.

Basado en la clasificación anterior, hay que reconocer que el Marketing Social representa un gran avance en el pensamiento del Mercadeo y comercialización, puesto que, en lo fundamental, se basa no solo en las gráficas de ventas, sino en las relaciones humanas con los clientes, los proveedores, los competidores, empleados y otros actores laterales. Por esta razón, Hastings & Domegan (2014) resaltan la esencia del Marketing Social a partir de las orientaciones, como muestra la Tabla 3 que sigue:

Tabla 3. Orientaciones del Marketing Social

LAS CUATRO ORIENTACIONES DEL MARKETING SOCIAL	
Orientación cliente	Identificar las necesidades, aspiraciones, valores y prioridades de las personas.
Orientación creativa	Encuentra formas imaginativas para involucrarlos.
Orientación colectiva	Reconocer que el contexto social es importante.
Orientación competitiva	Reducir el precio; abordar críticamente a la competencia.

Fuente: Elaborado a partir de Hastings & Domegan (2014).

Orientación al cliente. Los especialistas en marketing social comparten el compromiso del sector comercial con orientar el producto o servicio al consumidor; pero a la vez se comprometen con influir en el cambio de ciertos comportamientos y hábitos, desarrollando ofertas que sean atractivas, pero con resultados personales y sociales positivos.

Orientación creativa. Es importante generar una idea práctica, innovadora y original que satisfaga a las partes involucradas manteniendo el competente emocional en las acciones de marketing.

Orientación colectiva. Permite pensar adecuadamente los objetivos estratégicos viendo el sistema y ayuda a determinar cómo usar los recursos a disposición.

Orientación competitiva. Se refiere a considerar que las personas optan, por lo tanto, hay que tener en cuenta que existen otras organizaciones que puján por generar cambios de comportamientos de consumo.

Reiterando, el Marketing Social (MS) tiene un fuerte potencial para influir en el campo de la comercialización y también en el medio ambiente, los derechos humanos, la salud y el desarrollo de las comunidades. En tal sentido, Duque (2016) indica que el MS es el medio por el cual las estrategias de RSE se manifiestan. Por supuesto, la variable comunicación es la herramienta destacada en el MS, a los efectos de promocionar, patrocinar, persuadir, motivar e influenciar en la adopción de comportamientos positivos en los receptores.

En el Marketing Social el producto, a fin de cuentas, se transforma en una causa social. Es por ello que Miguel Moliner (citado en Pinilla, 2011) aclara que “no se trata de promocionar un producto o servicio, sino de diseñar campañas que incentiven a un determinado grupo de individuos a adoptar nuevas ideas o comportamientos.” (p. 55). Cabe recordar aquí a Kotler y Roberto (1992) en el punto en que explicaron que cada producto responde a un tipo de *demanda* determinada, como lo muestra la siguiente síntesis tipológica en la Tabla 4.

Tabla 4. Tipo de demandas

<p>Demanda latente: no hay un producto que satisfaga la necesidad de los consumidores. Es necesario medir el mercado y transformar la demanda latente en demanda real por medio de un producto o servicio eficaz.</p>
<p>Demanda insatisfecha: los productos o servicios disponibles no son suficientes o bien no satisfacen la demanda del mercado. Se debe lograr el desarrollo de un nuevo producto o mejorar uno ya existente para cubrir la demanda total.</p>
<p>Demanda dañina: los destinatarios tienen ideas o comportamientos nocivos para sí mismos y/o terceros. Es necesario proporcionar una idea o práctica sustitutiva satisfactoria. Un error estratégico muy común, es el de intentar introducir un sustituto totalmente opuesto a la idea o conducta indeseable.</p>
<p>Demanda dual: se requiere crear un producto como un instrumento o medio para realizar y tangibilizar el objeto del producto social.</p>

Demanda abstracta: se difunde una idea a fin de que sea adoptada, ya que se trata de limitar el objetivo durante un tiempo para difundir la conciencia pública sobre un problema social.

Demanda irregular: varía según distintos factores.

Demanda vacilante: la demanda de un producto social comienza a debilitarse, por lo que se lanza el producto con un nuevo programa de Marketing social que apoye el nivel deseado de demanda.

Fuente: Elaborado a partir de Kotler y Roberto (1992).

Con relación a este punto del Marketing Social, Alonso (2006) señala unas causas que incluyen ideas, así como comportamientos ansiosos, y estos comportamientos pueden llegar a ser ocasionales o habituales. Para lograr la aceptación de una idea social, los productos tangibles que se puedan ofrecer en un plan de MS, no constituyen el objetivo principal; sino más bien sirve como un soporte físico para lograr un cambio de comportamiento o la aceptación de la idea que se está promoviendo. Para el autor, los objetivos se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Proporcionar información.
- Estimular acciones beneficiosas para la sociedad.
- Cambiar comportamientos nocivos.
- Cambiar los valores de la sociedad.

En cuanto al primer objetivo proporcionar información, donde se logre que el consumidor o usuario conozca cual es objetivo social de la organización, y los beneficios que busca darle a la ciudadanía, esto lograrlo con campañas educativas, charlas, exposiciones, etcétera. De acuerdo al segundo objetivo estimular acciones beneficiosas para la sociedad, se debe motivar a la mayor cantidad de consumidores o usuarios a arraigar en sus comportamientos una acción determinada por un tiempo determinado.

En el tercer objetivo detalla cómo cambiar el comportamiento nocivo, tal como el consumo de sustancias ilegales, delincuencia, falta de educación sexual, etcétera. Se enfoca en atacar estos comportamientos, combatiéndolos con programas que buscan disminuir estos problemas sociales. El cuarto objetivo se basa en el cambio de los valores de la sociedad, establece que el MS promueve cambios, que persiguen la

modificación de las creencias arraigadas en la sociedad, es establecer una cultura social que beneficie a la comunidad.

En definitiva, la importancia del Marketing Social se fundamenta en la búsqueda del bien común, sin la obtención de un lucro o beneficio particular de la organización, ya sea en fundaciones, iglesias, trabajo en comunidades, instituciones públicas, entre otras. Genera un cambio en el comportamiento humano el cual permite ver el mercadeo como una posibilidad de ayuda hacia el cambio. Se pueden identificar impactos positivos que tiene que ver con: la búsqueda de las organizaciones se fundamenta a su público objetivo, al cual está dirigido el MS, es decir, que lo más importante es conocer las necesidades y deseos del mercado.

La misión de la organización debe de buscar un bienestar común tanto para los colaboradores como para los beneficiarios de dicho programa, de tal manera de que las dos partes; se encuentren comprometidas al trabajo que se vaya a realizar. La fuerza del Marketing Social es lograr que la organización y sus directores tengan cimentados firmemente los principios que se implementarán hacia el cambio de comportamiento en la sociedad, objetivos que se alcanzarán a través de sus programas.

2.2.6. Producto, Precio, Promoción, Plaza

Resta hacer mención de las 4 P (Producto, Precio, Promoción, Plaza) en el Marketing corporativo con enfoque social; y para ello, sigue vigente lo que definieron Kotler y Roberto (1992) aunque una estrategia de mercadeo tiende a minimizar costos y a aumentar beneficios con la adopción de nuevos comportamientos, el *precio* es el costo que debe asumir el destinatario del programa social que, por lo general, se trata de *productos* intangibles, como el tiempo y/o esfuerzo que le lleva al individuo pasar de una conducta a otra. Por supuesto que también el precio puede ser en términos de dinero, como cuando se promueve el uso de preservativos para prevenir el Sida.

La *promoción*, conforme lo definieron los mismos autores, es el conjunto de acciones dirigidas, a informar, persuadir y motivar al público objetivo a adoptar un cambio de comportamiento. Y la *plaza*, o distribución, significa poner a disposición del grupo objetivo los elementos necesarios para que el destinatario adopte el comportamiento

propuesto por el programa, puesto que se debe buscar que el grupo objetivo pueda adoptar el comportamiento fácilmente (ver Tabla 5).

Tabla 5. Las 4 P en el Marketing social

Producto	El producto social se compone de las ideas y los comportamientos relacionados con ellas.
Precio	Costos monetarios y no monetarios relativos al compromiso público para la “adquisición” del producto social.
Plaza	Región que será abordada (donde las ideas serán difundidas y trabajadas) y canales de distribución.
Promoción	Comunicación de la idea o del producto social en sí (entrega del mensaje correctamente), buscando su aceptación y adopción por las personas (consumidores).

Fuente: Elaborado a partir de Kotler y Roberto (1992).

En concordancia con las 4P, es importante a su vez, puntualizar los pasos para elaborar un plan de Marketing Social:

1. Definir los objetivos del cambio social.
2. Analizar factores socioculturales del target.
3. Estudiar procedimientos de comunicación y distribución.
4. Elaborar un plan de marketing.
5. Aplicación del plan de mercadeo dirigido por una organización.
6. Evaluar y ajustar el programa para que sea más eficaz.

En relación a este punto, Noblecilla y Granados (2018) argumentan que, este término también conocido como desarrollo del Marketing, resulta de mucha importancia por el contenido de sus elementos y su funcionabilidad en el mercado. La adecuada combinación de ellos con un buen uso de elementos de financiamiento y calidad, produce resultados altamente competitivos que le permiten llegar al consumidor son un alto grado de aceptabilidad. Estos consisten en:

- **Producto:** incluye todos aquellos bienes y servicios producidos o prestados por una empresa u organización. En este factor se analiza el valor de marca, el diseño del logotipo, slogan y la etiqueta, se determina el tipo de empaque, envase o protector donde va el producto. Se analiza el ciclo de vida del

producto, la profundidad y ampliación, análisis de la Matriz Ansoff, análisis de la Matriz BCG (Boston Consulting Group).

- Precio: se refiere al valor del producto después de determinar los costos de producción y sumarle el porcentaje de beneficio que necesitará la empresa para cubrir con las obligaciones de la misma. En este factor se analiza los precios del mercado, para así conocer el tipo de estrategia aplicar como precios de descreme, de penetración, impar, prestigio, entre otros.
- Plaza: es el reparto de los productos a los diferentes puntos de ventas, factor importante para que el producto llegue a los consumidores. En este punto se estudia el canal de distribución y las estrategias de espacios físicos en los puntos de ventas basados en el *merchandising*.
- Promoción: En este punto las empresas determinan, el mensaje y los medios por el cual se va comunicar e informar las características del producto, buscando que los potenciales consumidores deseen adquirir los mismos.

El Marketing mix es sumamente importante para los negocios, ya que muchas de ellas han comprendido que para ganar cuota de mercado lo mejor que pueden hacer es buscar que quiere la gente (estudio de mercado y preferencias). Hay que incluir elementos elementales y básicos como moda, tendencias, estereotipos, etcétera; que son culturizados por las nuevas innovaciones tecnológicas. El desarrollo de nuevos productos radica en analizar el comportamiento de los consumidores, adaptándose a cada uno de ellos de acuerdo a su cultura, costumbres o tradiciones.

Hay que tomar en consideración que, al analizar el nombre que se le va dar al producto, este debe ser puesto en consideración de acuerdo a las terminologías o significados que tienen las palabras en cada país. Aquí entra en juego la estética y la visión corporativa que se le quiere impulsar al producto. La psicología forma parte de la estrategia, por eso es muy importante conocer el mercado que se desea abordar. La importancia de este tipo de Marketing mix, es que el mismo permite innovar, crear y solidificar productos adaptándose a las costumbres de los países.

No basta solamente con un fijar un precio asequible, sino también conjugar factores que el mismo Marketing trae consigo, es decir, aprovechar la calidad del producto, las brechas que deja la competencia, el grado de confianza que depositan los consumidores, y sobre todo el poder de abastecer un mercado que desea el producto. Es importante ubicarse en tiempo y espacio, sobre todo al momento de fijar el precio de acuerdo a la divisa monetaria de cada país, esta acción permite conocer las plazas estratégicas y el tipo de promoción a utilizar. Es por ello que el objetivo del Marketing mix es desarrollar productos basados en las necesidades y deseos de las personas.

Al mismo tiempo, Tan et al. (2010) señalan que, para la aplicación de un programa de marketing, se pueden detallar seis consideraciones básicas, mismas que se presentan adaptadas en la Tabla 6.

Tabla 6. Consideraciones básicas del MS

1. El programa de Marketing Social está fundado en la realidad de la audiencia objetivo (creencias, actitudes, valores, prácticas, etc.). Involucrar al destinatario con el producto es indispensable.
2. La población objetivo se segmenta en grupos homogéneos que son el blanco de los mensajes desarrollados a la medida de sus cualidades compartidas.
3. Una comunicación adecuada, de fácil comprensión y accesible para los destinatarios, debe acompañarse de incentivos, con el propósito de maximizar la respuesta de los adoptantes objetivos.
4. Identificar a través de la investigación de consumidores los canales de comunicación más probables de alcanzar a cada segmento y los tiempos o temporadas en que estos individuos serán más receptivos al mensaje.
5. Aplicar conceptos estratégicos ofrece la mayor probabilidad de lograr los objetivos establecidos, estos se utilizan a través de la planeación, diseño e implementación de la campaña.
6. La investigación y otros mecanismos de evaluación y control, se utilizan para asegurar que el programa se implantó correctamente y a su vez obtener retroalimentación acerca de las revisiones requeridas del programa.

Fuente: Adaptado de Tan et al. (2010).

Por otro lado, Zambrana (2012) enfatizó la importancia de hacer una prueba previa al lanzamiento del producto social. La etapa es crucial para poder indagar si el grupo meta comprende el concepto del producto ofrecido y si sus beneficios son percibidos con relevancia como para adoptar el cambio social promovido a través del producto.

La autora remarca que la prueba “busca estimular a ese grupo a que aporte sugerencias y cuente qué tipo de sacrificios está dispuesto a hacer por adoptar el producto social.” (p. 4).

La razón de ser del Marketing Social, en síntesis, consiste en influir en el comportamiento de individuos y grupos (los *stakeholders*) a los efectos de desaconsejar determinada práctica social dañina y persuadir sobre la adopción de hábitos positivos. Y, si bien a los destinatarios de un programa corporativo de MS puede no implicarles un costo monetario por el producto que adquieren, les representa un esfuerzo en tiempo y dedicación.

El producto en el Marketing Social, a fin de cuentas, se transforma en una causa social, puesto que responde a una determinada *demanda* para, recién ahí, poder segmentar el público al que se le ofrece. Y, previo al lanzamiento, es recomendable poner a prueba el producto social, para saber si la población comprende la importancia del cambio que promueve.

Como se puede apreciar, no es posible estandarizar programas de Marketing Social, al contrario, cada uno tendrá su singularidad, pues depende de la problemática social que haya que transformar para reducirla o resolverla. El Marketing Social, en efecto, es el medio por el cual las estrategias de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) se manifiestan, comprometiéndose, humana, técnica, financiera y comunicativamente, con el bienestar social y la protección ambiental sostenibles.

2.2.7. Marketing Social dirigido a la salud

Alrededor del mundo, Según Forero (2010) no son pocas las campañas enfocadas en la salud cuya efectividad resulta de alto impacto (sobre todo en países donde la falta de educación, desarrollo económico y social incrementan comportamientos nocivos para la vida). A consecuencia de ello, el autor confirma que se han tenido que explorar estrategias teórico-metodológicas de disciplinas ajenas al campo de la salud, algunas de las cuales han provenido de la Psicología, Sociología, Antropología, Comunicación, Publicidad y el Marketing.

Por su parte, Kotler et al. (1991) adaptan estrategias y técnicas de mercadeo para la promoción y desarrollo de campañas de sanidad y prevención de enfermedades, las

cuales han sido utilizadas por organismos internacionales como la OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), Fundación de las Naciones Unidas para la Defensa de la Niñez (UNICEF, 2017) y la Conferencia de Ottawa.

Glenn Wasek, (citado en Werner et al., 2000) expresan que el Marketing Social es una especialidad dentro de la disciplina de la mercadotecnia que incorpora un planteamiento completo para planificar, ejecutar y avanzar ideas, conceptos, comportamientos, servicios o productos para alcanzar los objetivos de los programas internacionales de salud pública. Todo con la intención de promocionar la salud a través de estrategias de MS; sin embargo, la OMS pone a consideración (ver Tabla 7) los siguientes puntos:

Tabla 7. Consideraciones para estrategias de MS

Empoderamiento	Las iniciativas de promoción de la salud deben permitir que los individuos y las comunidades adquieran más poder sobre los factores personales, socioeconómicos y ambientales que afectan su salud.
Participativo	Las iniciativas de promoción de la salud deben involucrar a los interesados en todas las etapas de planificación, implementación y evaluación.
Holístico	Las iniciativas de promoción de la salud holística deben fomentar la salud física, mental, social y espiritual.
Inter-sectorial	Las iniciativas intersectoriales de promoción de la salud deben involucrar la colaboración de agencias de los sectores relevantes.
Equitativo	Las iniciativas de promoción de la salud deben guiarse por una preocupación por la equidad y la justicia social.
Sustentable	Las iniciativas de promoción de la salud deben generar cambios que las personas y las comunidades puedan mantener una vez que finalice la financiación inicial.
Multi-estratégico	Las iniciativas de promoción de la salud deben utilizar una variedad de enfoques combinados entre ellos, incluidos el desarrollo de políticas, el cambio organizativo, el desarrollo comunitario, la legislación, la promoción, la educación y la comunicación.

Fuente: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/promocion_salud.pdf.

Señala Góngora (2014) que, dentro de los seres humanos, existen conductas que deben ser revisados y cambiados para corregir ciertos aspectos que están atentando inclusive con la salud. Muchas veces estos cambios tienden a afectar segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables. Es precisamente en esos segmentos donde se hacen presentes campañas de promoción Marketing relacionadas con la salud. Griffiths et al. (2009) plantean soluciones basadas hacia el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas

para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad, lo cual debería ser utilizado también en las intervenciones de promoción de salud.

Los autores advierten que, por medio de la mercadotecnia social, se venden ideas, actitudes y comportamientos; que solo benefician a un grupo selecto en la sociedad. Lo que generan es influenciar a las personas para aceptar, rechazar, modificar o abandonar una conducta determinada que pone en riesgo su salud, calidad de vida, bienestar y seguridad. Manifiestan los autores, que el propósito es crear conciencia, cambiar el comportamiento y lograr aceptación de una conducta deseada. Actualmente, no debe concebirse el lanzamiento de un nuevo programa de salud sin un estudio de mercadotecnia, que tuvo su base en la investigación del mercado, el estudio de los consumidores y la selección adecuada de las estrategias.

En este punto es bueno recordar que, el objetivo de la mercadotecnia social dirigida hacia la salud humana, se basa en la aplicación de los principios y técnicas de la del mercado, así como, el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para lograr un cambio voluntario de conducta en las audiencias objetivo, con vistas a mejorar un bienestar personal y el de la sociedad per de manera restringida y hasta peligrosa. Góngora (2014) se expresa en función del tipo de causas, donde los objetivos del mercadeo va enfocado al sector salud, por lo cual, los clasifica de la siguiente manera:

- a) Proporcionar información: hay muchas causas sociales que tienen como objetivo informar o enseñar a la población. Se trata, por tanto, de llevar a cabo programas educativos, tales como las campañas de higiene, nutrición y concienciación de problemas del medio ambiente, por citar algunos.
- b) Estimular acciones beneficiosas para la sociedad: inducir al mayor número posible de personas a tomar una acción determinada durante un período de tiempo dado, por ejemplo: la campaña de vacunación preventiva, el apoyo a organizaciones de beneficencia, entre otras.
- c) Cambiar comportamientos nocivos: trata de influir o ayudar a las personas a modificar algún aspecto de su comportamiento que pueda beneficiarle (no drogarse, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y mejorar la dieta alimenticia).
- d) Cambiar los valores de la sociedad: tratan de modificar las creencias o valores arraigados en la sociedad.

El cambio deseado se obtiene a través de un producto social que puede ser una idea, una práctica o el uso de un producto tangible. Como ejemplo de producto social se puede citar: idea, práctica social y uso de un determinado elemento. De ahí el interés actual por definir valores e impactos de eficiencia y eficacia de la comunicación en salud. El Marketing al ser considerada una herramienta en función de la gestión sanitaria, lo que pretende es posibilitar y dar respuesta a las necesidades de salud a partir de la investigación, la evaluación y el análisis de la demanda sanitaria. De ahí que, sea considerada un instrumento útil para el cambio de la organización en función del cumplimiento cabal de los objetivos propuestos a la luz de los paradigmas que actualmente sustentan las políticas de salud.

2.2.8. Obesidad infantil y Marketing (Cuenca, Ecuador)

A fin de obtener una visión acerca del panorama de la temática de interés y sus posibles implicaciones con el Marketing y sus elementos, el autor del presente proyecto realizó cinco estudios en la ciudad de Cuenca-Ecuador, de los cuales a continuación se presentan los resultados de los tres más relevantes.

En un estudio realizado por Ríos et al. (2018) plantearon la influencia de las herramientas del Marketing en la obesidad infantil y la relación con los componentes socio-económicos y socio-demográficos, enfocada desde teorías del comportamiento humano sobre la salud. El trabajo se centró en el área urbana de Cuenca-Ecuador, siendo el segmento meta las personas económicamente activas con hijos de entre 5 y 11 años de edad.

Para recopilar la información diseñaron y aplicaron un cuestionario a ser respondido por padres o representantes de los niños. El cuestionario fue entregado en escuelas particulares, fiscomisionales y fiscales de la ciudad. Las respuestas efectivas fueron 2.555 encuestas (con base en 4.000). Los resultados sobre niños con SP y OB (n=303) se obtuvieron a través de una pregunta basada en la última consulta del niño al médico (ver Tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de niños con peso normal, bajo, sobrepeso y obesidad

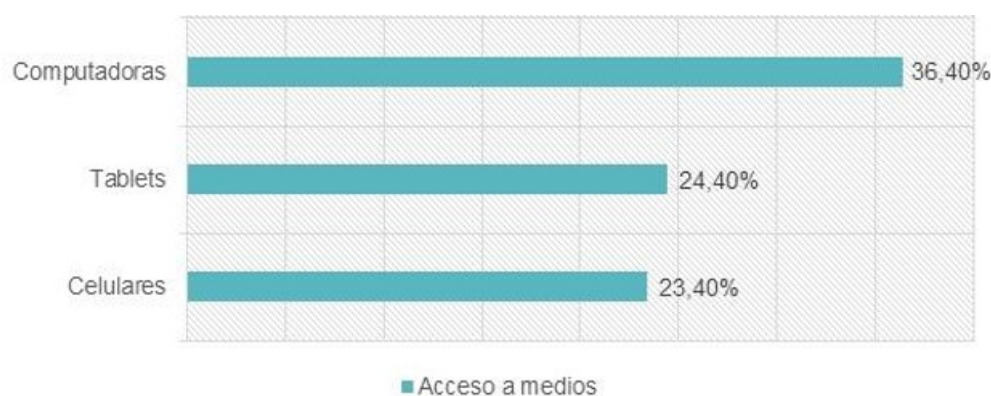
Peso Infantil	Nº de niños	%
Normopeso	2003	78,4
Bajo peso	249	9,7
Sobrepeso	36	1,4
Obesidad	267	10,5
Total niños	2555	100
Sobrecarga ponderal	303	11,9

Fuente: elaborado a partir de Ríos et al. (2018).

Producto del estudio, los autores encontraron como característica incidente en el desarrollo de la obesidad infantil el nivel de instrucción de los adultos a cargo de los niños ($p=0,00$). En efecto, las mayores tasas de OB infantil se hicieron evidentes en hogares cuyos adultos cuentan con preparación secundaria (27,7%) y terciaria (48,5%). El estado civil de los padres incide en la OB de los hijos ($p=0,02$). Los mayores índices de SP y OB se presentaron en niños de hogares con padres casados (68% y 44% respectivamente). Por el contrario, para un niño con bajo peso y peso normal no se encontró relación con la variable estado civil.

De acuerdo con lo investigado, el 84% de los niños de la muestra tiene acceso a los medios de comunicación (Figura 5), y dedica de 1 a 5 horas diarias. El 59% de los niños no realiza ningún tipo de actividad física, adicionalmente si el niño es obeso o indica tener probabilidades de serlo, el ejercicio físico toma un rol determinante ($p=0,04$).

Figura 9. Porcentaje de niños con peso normal, bajo, sobrepeso y obesidad



Fuente: Elaborado a partir de Ríos et al. (2018).

Aparte de los medios mostrados en la figura anterior, la televisión es a la que más acceden, el 90% de los hogares tiene entre 1 y 3 televisores, donde la tasa de acceso de los niños es del 62,5%. Identificando los autores que, los lugares más habituales para ubicar el televisor son el dormitorio de los padres (57%) y la sala de estar (32%). De igual forma, resalta el hábito de mirar televisión durante la ingesta de alimentos (36%), lo que influye en el desarrollo del SP y la OB en los niños ($p=0,01$). En general, la exposición a medios electrónicos influye en la problemática ($p=0,023$).

La OB se incrementa en sectores con NSE bajos, existiendo una relación inversa entre las variables ($p=0,08$). Haciendo evidente una relación entre los géneros: niñas padecen problemas de peso más que los niños ($p=0,41$). Los padres que fueron encuestados, consideraron que los envases con *sponsors* (patrocinadores) ejercen influencia en el deseo de compra de sus hijos. Encontrando los investigadores que, efectivamente, el *packaging* es un factor influyente en el SP y la OB ($p=0,000$).

El 95% de los padres respondieron que sus hijos se fijan más en las marcas que en el contenido del producto. En virtud de ello, el 77% de los padres manifestaron que las técnicas de *merchandising*, como la decoración de establecimientos y organización de los productos, influyen en los deseos de consumo de los hijos y en las decisiones de compra. El estudio indicó que la comercialización o *merchandising* es una herramienta de Marketing influyente en el desarrollo de SP y la OB infantil ($p=0,011$).

El lugar donde las personas ingieren alimentos es determinante para el desarrollo de la OB ($p=0,000$). Preparar los alimentos en casa es una costumbre muy arraigada en la cultura ecuatoriana-cuencana, el 92% de los hogares lo afirman. Sin embargo, esto conllevó que la comida hogareña sea saludable, al contrario, suele contener un alto contenido calórico, grasas y sales. De hecho, el 33% y 26% de los hogares que comen en casa presentaron SP y OB respectivamente.

El estudio concluye que las anomalías en el peso infantil (sobrepeso y obesidad) son de orden multifactorial. De modo que, los hábitos de compra y consumo están condicionados por factores sociales, culturales y genéticos, un escaso nivel de actividad física y un mayor tiempo dedicado a actividades de entretenimiento de bajo gasto energético. El SP y la OB guardan, indefectiblemente relaciones con el NSE y con el uso excesivo de medios electrónicos y redes sociales.

Gracias al estudio realizado por Ríos et al. (2019a), se pudo conocer las características de los hogares de la ciudad de Cuenca-Ecuador, con niños con problemas de obesidad y sin obesidad, datos presentados a continuación, en la siguiente Tabla 9:

Tabla 9. Paralelo de perfiles de hogares con niños obesos y niños con normopeso

Niños con obesidad	Niños sin obesidad
Hogares con casa propia (49%).	Hogares con casa propia (42%).
Edad de los padres: entre de 28 años 37 (59%).	Edad de los padres: 28 a 37 años (54%).
Preparación de los alimentos en casa: 82%.	Preparación de los alimentos en casa: 92%.
Padres con educación secundaria (28%) y terciaria (49%).	Padres con educación secundaria (36%) y terciaria (42%).
El acceso a medios incide en el desarrollo de la obesidad infantil (p=0,009).	No hay relación entre el peso y el acceso a redes sociales (p=0,446).
El nivel socioeconómico de los hogares es un factor participante para el desarrollo de la obesidad infantil (p=0,000).	El nivel socioeconómico de los hogares es un factor que puede incidir en el peso de los niños (p=0,013).
Acceso a medios (TV, computadora, celular, redes sociales): 61% de los niños.	Acceso a medios (TV, computadora, celular, redes sociales): 55% de los niños.
Los niños dedican más de 3 hs/día a medios electrónicos (56%).	Los niños dedican 2 hs/día a medios electrónicos (63%).
Hogares con internet: 78%.	Hogares con internet: 76%.

Hábito de mirar televisión a la hora de comer: influye en la prevalencia de la obesidad ($p=0,019$).

Los padres recompensan a sus hijos con entretenimiento (33%), con golosinas (28%), con juguetes (16%), con frutas (10%), ningún tipo de recompensa (13%).

El tipo de recompensas o "gustos" que los padres dan a los hijos es un elemento influyente en su peso ($p=0,018$).

Hábito de mirar televisión a la hora de comer: no influye en el peso ($p=0,890$).

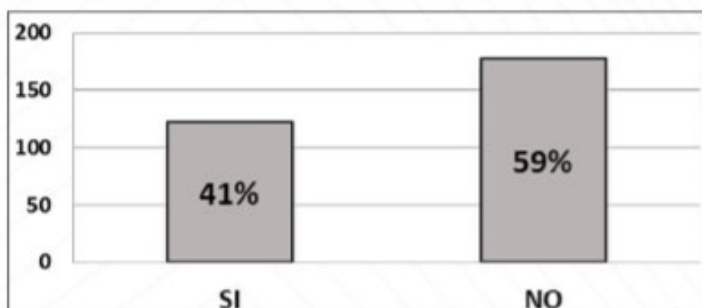
Los padres recompensan a sus hijos con juguetes (38%), con frutas (22%), con entretenimiento en medios (14%), con golosinas (12%), ningún tipo de recompensa (14%).

El tipo de recompensas o "gustos" que los padres dan a sus hijos es un elemento influyente en su peso ($p=0,00$).

Fuente: Elaborado a partir de Ríos et al. (2019a).

Otra investigación realizada por Ríos P. et al. (2018) del total de los 300 encuestados, el 59% no conoce que el gobierno realiza campañas sociales para prevenir el sobrepeso, bien sea por desconocimiento o sencillamente porque el tema desde sus entornos pareciera que no les hace daño. Este tipo de pensamiento sencillamente aumenta las posibilidades de incrementar la población en cuanto al normopeso. El desconocimiento se reafirma cuando el 41% conoce campañas que el gobierno ha realizado para ayudar a que los índices de sobrepeso no continúen incrementando (ver Figura 10).

Figura 10. Conocimiento de campañas sociales del Gobierno

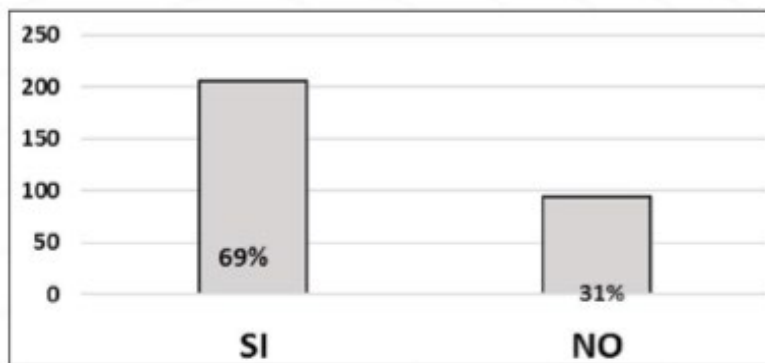


Fuente: Elaborado a partir de Ríos P. et al. (2018).

Expertos en marketing afirman que saben de algunas campañas sociales realizadas por el gobierno; sin embargo, creen que en el país no se han realizado fuertes campañas de prevención, y que el gobierno debería crear campañas que lleguen a padres de familia con información sobre nutrición sana y balanceada, con el fin de poder reducir los índices de obesidad.

En la Figura 11, se puede observar que el 69% del total de encuestados, considera que los niños se fijan más en las marcas que en el contenido de los productos. Por lo tanto, se puede determinar que el efecto visual causa un impacto relevante en los contenidos publicitario en los menores, las cuales son importante si se quiere llegar de manera efectiva a ellos. Sin embargo, el 31% piensa que las marcas no influyen en los niños al momento de la compra del producto. Los personajes famosos, obsequios y colores son atractores a los ojos de los niños sin importar el contenido nutricional de cada producto. Para tener una noción de cuál opción es más representativa, es necesario tener conciencia de Marketing sobre todo en el espacio donde se quiere enfatizar la campaña impulsador del producto.

Figura 11. Fijación de los niños en las marcas más que en el contenido

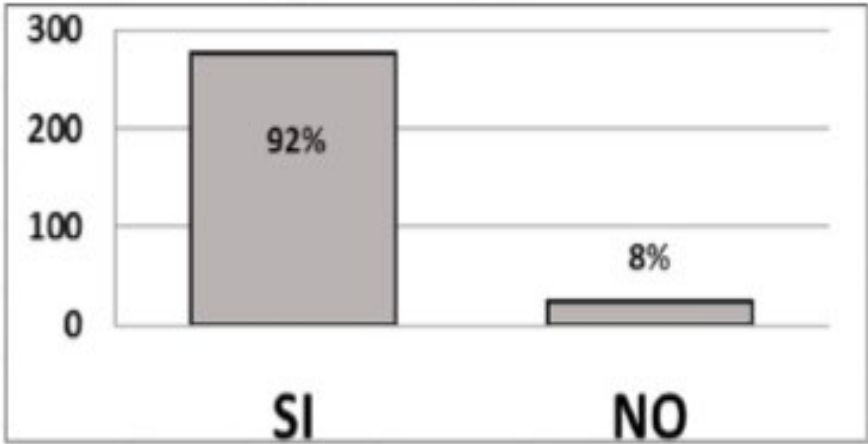


Fuente: Elaborado a partir de Ríos P. et al. (2018, p. 6).

La Figura 12 expone que el 92% de los encuestados considera que se debería realizar mayor control en la publicidad de productos no nutritivos. Esto repercute en lo se viene expresando en cuanto a los nutrientes positivos y negativos que contienen los alimentos que se quieren establecer en la mente de los niños. Los mismos pueden resultar no beneficiosos para el balanceo alimenticio, trayendo como consecuencias enfermedades que radican en la obesidad y sobrepeso. Mientras que el 8% piensa que no es relevante ese tipo de controles. Por otra parte, los departamentos de

Marketing cuentan con opciones para influenciar en sus consumidores, algunas éticas y otras no tanto, puesto que se interesan más por la generación de ingresos que por el daño que producen en la sociedad. Frente a esto, está en manos del gobierno la regulación de la publicidad de productos no nutritivos.

Figura 12. Control de uso de la publicidad de productos no nutritivos

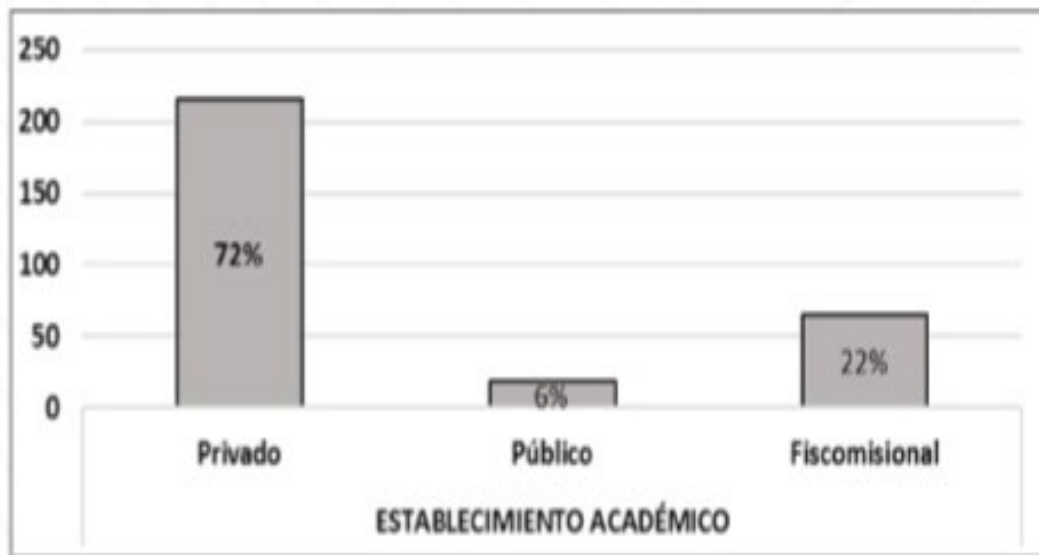


Fuente: Elaborado a partir de Ríos P. et al. (2018, p. 7).

Se observa que el 72% de los niños pertenece a instituciones privadas, el 6% y 22% a públicas y fisco-misionales, respectivamente, ver Figura 13. Se puede suponer que el hecho de contar con mayor poder adquisitivo, lleva aparejado desorden alimenticio debido a las posibilidades de frecuentar restaurantes que suelen brindar comida procesada poco saludable.

La relación entre la obesidad y la edad del niño: Influencia de envases que incluyen personajes famosos o premios. Según la percepción de los padres, los niños entre 5 y 8 años (253), se ven influenciados por envases que contienen personajes famosos o premios. Por lo que, a menor edad del niño, más fácil será hacer vender el producto. En cambio, los niños de entre 9 y 11 años de edad tienen mayor razonamiento sobre lo que contiene el envase, sin importarles tanto el personaje que se incluya.

Figura 13. Relación entre la obesidad y el tipo de institución educativa



Fuente: Elaborado a partir de Ríos P. et al. (2018, p. 7).

La relación entre la obesidad y la edad del niño: Influencia de envases que incluyen personajes famosos o premios. Según la percepción de los padres, los niños entre 5 y 8 años (253), se ven influenciados por envases que contienen personajes famosos o premios. Por lo que, a menor edad del niño, más fácil será hacer vender el producto. En cambio, los niños de entre 9 y 11 años de edad tienen mayor razonamiento sobre lo que contiene el envase, sin importarles tanto el personaje que se incluya.

Relación entre la obesidad y la semaforización: Nivel de instrucción de los padres de familia. Un 15% de los padres que tienen instrucción de tercer y cuarto nivel consideran que la semaforización no influencia en la selección de productos; sin embargo, el 44% con el mismo nivel de instrucción compra de mejor manera los productos gracias a la semaforización.

Al tener menor nivel de instrucción, los padres no dan mayor importancia a los componentes de los productos, por lo cual se podrían estar generando mayores índices de obesidad. Sin embargo, tras analizar las variables se puede concluir que en realidad no existe relación alguna, por lo que no importa si los padres tienen un mayor o menor nivel de instrucción, la semaforización es entendible para todos los consumidores, teniendo como resultado que, gracias a ella, la gente puede decidir de mejor manera qué alimentos son más saludables para el consumo.

Relación entre la obesidad y las presentaciones del producto. Estrategias de venta de productos: Entre los factores más importantes se encuentran los colores de los envases con el 28%, seguido del tamaño del producto con un 23%. El 22% de los casos piensa que no hay influencia entre las diferentes presentaciones del producto; pero en caso de que la haya, el 9% piensa que sería principalmente por los colores del envase.

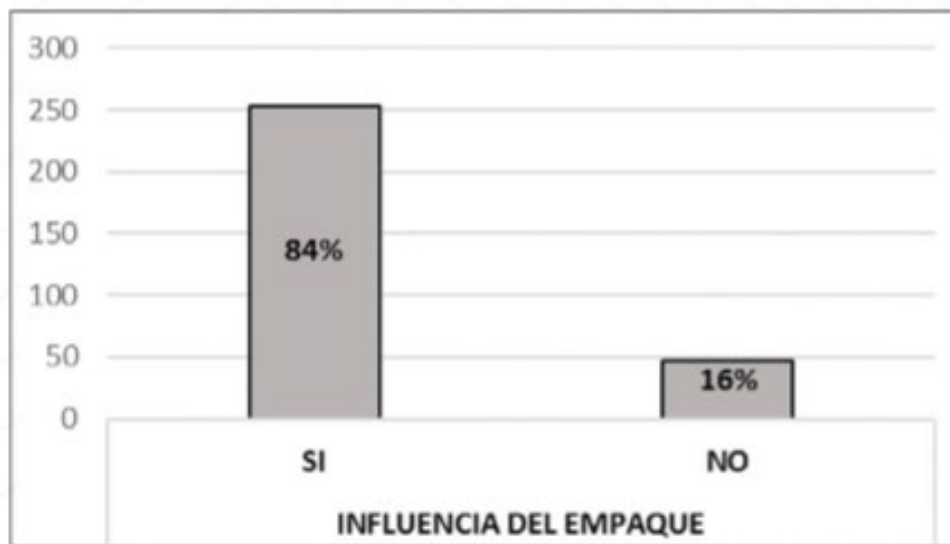
Al jugar con diferentes tamaños del producto que se oferta, las empresas satisfacen de manera más eficiente las necesidades de los consumidores. La ergonomía del envase del producto, también juega un papel preponderante para que el niño quiera adquirir el producto, inclusive, se puede dar la posibilidad de querer más el envase que el contenido. Al utilizar colores llamativos se puede decir que aumenta la probabilidad de que las personas se vean influenciadas para la compra.

Las familias con ingresos menores a \$1.100 representan el 49% y consideran que existe influencia en la compra cuando los productos vienen acompañados de combos o promociones. El 3% de las personas que pertenecen a niveles de ingresos mayores a \$2.000 considera que no existe influencia en la compra cuando hay combos o promociones. Cuando el ingreso económico es menor, los padres de familia buscan productos más económicos, pero con mayores volúmenes (combos o promociones), lo cual se relaciona con la obesidad.

En la Figura 14 se puede observar, de que el 84% de las personas considera que el empaque si tiene o logra cierta influencia en la acción de la compra. Ya se viene diciendo que, entre los factores o elementos como el precio y calidad, la parte estética juega un papel preponderante en la imaginación del pequeño. Hay que tomar en cuenta que el tamaño de los productos, los colores y la inclusión de personajes famosos o premios tienen una relación directa con el desarrollo de obesidad; en ese sentido, la mayoría de los padres de familia afirman que el envase influye en la decisión de compra.

Los productos que se ofertan en combos o promociones tienen una alta relación con los ingresos del hogar, familias con ingresos menores a \$1.100 son los que más se ven influenciados con estas tácticas de venta, debido a que buscan precios más bajos y mayores volúmenes.

Figura 14. Relación entre la obesidad y la influencia del empaque



Fuente: Elaborado a partir de Ríos P. et al. (2018, p. 8).

Algunas campañas promovidas por el gobierno han logrado concientizar a las personas como es el caso de la semaforización, ya que con esta se ha logrado que los consumidores tengan algún conocimiento sobre los productos que compran. Otra regulación efectiva que ha realizado el gobierno ha sido el control en la venta de productos no saludables en los bares de las instituciones tanto privadas como públicas y fiscomisionales para impulsar el consumo de alimentos saludables en la dieta de los niños.

La incidencia según el nivel de educación de los padres y la inserción en el mundo laboral de las madres ha permitido que la comercialización de productos procesados se incremente por el aumento de la capacidad adquisitiva y los niños al tener acceso sin control a medios están expuestos a toda publicidad ATL, BTL y electrónico que directamente influyen en el proceso de decisión de compra.

El estudio emprendido por Ríos et al. (2019a) muestra (ver Figuras 15, 16 y 17) los resultados de mayor relevancia de las distintas intervenciones a expertos en Marketing, Nutrición y Pediatría con respecto a la temática de estudio, por medio de un análisis en el Software ATLAS. Ti.

Figura 15. Intervención expertos en Marketing

Obesidad Marketing
Disminuir ético Infantil
Control parental

Fuente: Elaborado a partir de Ríos et al. (2019a).

Los expertos en marketing expresaron que:

- El marketing está para generar valor y satisfacción.
- Las estrategias de marketing deben responder a un código ético.
- Los representantes deben limitar el consumo de ciertos productos.
- Existe corresponsabilidad entre los padres y las empresas para responder adecuadamente a las necesidades de los niños.

Figura 16. Intervención expertos en nutrición

Familia grasas cambio infantil
alimentaciones consumo obesidad
Medios familia libre al aire
Niño actividades niño medios
diversas preparar azúcar fáciles
desnutrición productos

Fuente: Elaborado a partir de Ríos et al. (2019a).

Los nutricionistas indicaron que:

- La globalización provoca cambios en los hábitos de consumo de las personas.
- Los niños pasan cada vez menos tiempo en actividades al aire libre.
- Se incrementan los productos con altos contenidos hipercalóricos y de fácil acceso para los niños.
- Los hábitos que el núcleo familiar tenga, afectan directamente en su salud física y mental.

Figura 17. Intervención expertos en pediatría



Fuente: Elaborado a partir de Ríos et al. (2019a).

Los pediatras dijeron que:

- Con la inserción de la mujer en el ámbito laboral disminuye el control a los niños.
- Los padres no deben compensar a sus hijos con alimentos hipocalóricos.
- Las familias se alimentan según sus conocimientos y posibilidades económicas.
- Los hábitos familiares repercuten en las preferencias alimenticias del niño.

- Se deben establecer rutinas y límites sobre lo que pueden o no comer los niños.

En la misma investigación, se crearon unas tablas dinámicas, que permiten calcular de manera muy rápida y eficiente cálculos y agregaciones o estadísticos de la data que vas a analizar. Por ello son muy recomendadas y útiles. El análisis de la Tabla 10, se realiza en base a los juegos electrónicos que tiene el niño en su hogar y la relación con las horas que dedica el niño/a al entretenimiento electrónico. Como se observa en el cuadro, el 66,1% de los niños suelen pasar hasta 2 horas en este tipo de entretenimiento; mientras que, en segundo lugar, con 19,3%, se encuentran los niños que pasan de 2 a 5 horas en el mismo tipo de entretenimiento electrónico.

Tabla 10. Niños/as que tienen juegos electrónicos en su hogar con respecto a las horas que dedican al entretenimiento

		¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA SU NIÑO/A DEDICA AL ENTRETENIMIENTO ELECTRÓNICO (TABLET, CELULAR, TV, COMPUTADORA Y CONSOLAS DE JUEGOS)?											
		Ninguno		Menos de 2 horas		2-5 horas		5-8 horas		Más de 8 horas		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
10. En su Hogar, ¿tiene Juegos Electrónicos?	Si	11	10,1%	72	66,1%	21	19,3%	4	3,7%	1	,9%	109	100,0%
	Total	11	10,1%	72	66,1%	21	19,3%	4	3,7%	1	,9%	109	100,0%

Fuente: Ríos et al. (2019a).

Con base en las entrevistas a los expertos, los niños pasan más tiempo en casa jugando con dispositivos electrónicos que en otros lugares que podrían ser más saludables. Sin dudas, las horas que un niño pasa dentro de casa jugando con

dispositivos electrónicos es una de las principales causas de desarrollo de obesidad y otros problemas en la salud.

La relación que se presenta en la Tabla 11, sobre algún grado de obesidad y el impacto que tiene la publicidad en el niño, es de vital importancia. Muchos niños, son influenciados directamente por la publicidad que entra por sus ojos; cuando se observa constantemente algún tipo de valla publicitaria, este llega a posicionarse en su mente. Por esa razón, se necesita identificar si este tipo de publicidad llega a incidir en el desarrollo de enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad infantil, que reducen la vida de las personas.

Tabla 11. Impacto de la publicidad en los niños/as con respecto a grados de sobrepeso y obesidad detectado por el médico

		MAYOR IMPACTO DE LA PUBLICIDAD PARA EL NIÑO/A							
		Transporte Público		Vallas Publicitarias		Carritos de Comida		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
16. EN LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO SU HIJO PRESENTÓ:	Algún grado de sobrepeso	32	82,1%	110	90,2%	100	87,0%	242	87,7%
	Algún grado de obesidad	7	17,9%	12	9,8%	15	13,0%	34	12,3%
	Total	39	100,0%	122	100,0%	115	100,0%	276	100,0%

Fuente: Ríos et al. (2019a).

Al identificar algún grado de sobrepeso, se determinó que puede estar dado principalmente por la publicidad que se encuentra en las vallas publicitarias con 90,2% de incidencia en los niños, pero también en la misma categoría de vallas publicitarias puede llegar a afectar a un 9,8% de niños que pueden llegar a tener algún grado de obesidad infantil. El grado de sobrepeso que puede tener un niño por la influencia de vallas publicitarias es un nivel mayoritario que el de obesidad.

Los resultados de la Tabla 12 señalan que, de las personas encuestadas, el 71,6% opina que sus niños/as pasan hasta 2 horas en este tipo de entretenimiento tecnológico. Siguiendo a este primer grupo, el 17,3% representa a los niños/as que pasan de 2 a 5 horas en el mismo tipo de entretenimiento tecnológico en lugar de otros espacios fuera de casa.

Estos dos porcentajes son los que tienen mayor relevancia en investigación y demuestran que realmente sí existe un reemplazo en los puntos verdes y en los estilos de vida de las personas. Estos porcentajes son alarmantes debido al ausentismo de los padres diariamente, ya que llegan a tener muy poco conocimiento de lo que los niños hacen en su tiempo libre.

Tabla 12. Invasión de la tecnología en los espacios verdes y las horas de entretenimiento electrónico del niño/a

		¿CREE USTED QUE LA TECNOLOGÍA HA INVADIDO LOS ESPACIOS VERDES DE ENTRETENIMIENTO INFANTIL?			
		Si		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA SU NIÑO/A DEDICA AL ENTRETENIMIENTO ELECTRÓNICO?	Ninguno	22	9,1%	22	9,1%
	Menos de 2 horas	174	71,6%	174	71,6%
	2-5 horas	42	17,3%	42	17,3%
	5-8 horas	4	1,6%	4	1,6%
	Más de 8 horas	1	,4%	1	,4%
	Total	243	100,0%	243	100,0%

Fuente: Ríos et al. (2019a).

Después de haber analizado las variables, se puede determinar una estrecha relación entre la invasión de la tecnología en los espacios verdes y las horas que los niños/as pasan entretenidos en la tecnología, se puede observar claramente este reemplazo y cambios de hábitos. De las entrevistas a los expertos entrevistados surge que ellos

hablan con los padres de familia constantemente para que los hijos tengan una mejor calidad de vida en el presente y en un futuro.

Según las entrevistas a expertos, los niños actualmente se involucran o se exponen demasiado a la publicidad en las redes sociales (juegos, aplicaciones, páginas web y consolas de video juegos). Se puede analizar la Tabla 13, por categorías, identificando las más importantes. En primer lugar, está la categoría de juegos y aplicaciones, pues es la que presenta el porcentaje más alto con un 90,5% de representantes que han indicado que esta misma categoría presenta en los niños algún grado de sobrepeso y la diferencia, que es del 9,5%, presenta algún grado de obesidad infantil. Es decir, en su totalidad genera mucho sedentarismo.

Tabla 13. Los medios electrónicos a que el niño/a está más expuesto a la publicidad con respecto a las visitas al médico el niño/a presentó algún grado de sobrepeso

		¿A QUÉ MEDIO ESTÁ MÁS EXPUESTO/A SU NIÑO/A A LA PUBLICIDAD?				
		Redes Sociales	Juegos y aplicaciones	Páginas Web	Consolas de Video Juego	Total
		% del N de columna	% del N de columna	% del N de columna	% del N de columna	% del N de columna
EN LAS VISITAS AL MÉDICO SU NIÑO/A, ¿PRESENTÓ ALGÚN GRADO DE SOBREPESO?	Algún grado de sobrepeso	89,7%	90,5%	87,2%	50,0%	86,5%
	Algún grado de obesidad	10,3%	9,5%	12,8%	50,0%	13,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ríos et al. (2019a).

El impacto publicitario en distintos medios BTL (transporte público, vallas publicitarias y carritos de comida) puede tener influencia de acuerdo a la edad entre 5 y 11 años. En la Tabla 14, se puede observar que el 23,1% de los niños/a de 11 años les llama la atención la publicidad que se expone en el transporte público (buses, taxis). Los

niños de 10 años de edad se enfocan en la publicidad de las vallas publicitarias donde se puede observar distintos tipos de campañas de alimentos no nutricionales, que al quedar grabados en la mente del niño pueden llegar a cambiar la decisión de compra de productos de una misma categoría.

Finalmente, los niños de 5 años están expuestos a la publicidad en carritos de comida (helados, perros calientes, hamburguesas), por lo que incentivan a la decisión de compra inmediata de comida muy poco saludable para su organismo.

Tabla 14. Impacto en el niño en medios BTL con respecto a su edad

		IMPACTO PUBLICITARIO DEL NIÑO A MEDIOS BTL							
		Transporte Público		Vallas Publicitarias		Carritos de Comida		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
EDAD DEL NIÑO/A	5 años	1	2,6%	5	4,1%	13	11,3%	19	6,9%
	6 años	4	10,3%	14	11,5%	13	11,3%	31	11,2%
	7 años	5	12,8%	13	10,7%	13	11,3%	31	11,2%
	8 años	6	15,4%	14	11,5%	16	13,9%	36	13,0%
	9 años	8	20,5%	24	19,7%	19	16,5%	51	18,5%
	10 años	6	15,4%	28	23,0%	20	17,4%	54	19,6%
	11 años	9	23,1%	24	19,7%	21	18,3%	54	19,6%
	Total	39	100,0%	122	100,0%	115	100,0%	276	100,0%

Fuente: Ríos et al. (2019a).

En conclusión, los medios electrónicos y la publicidad BTL influyen de gran manera en la decisión de compra de un niño/a y su representante; los dispositivos electrónicos tienen gran cabida en los niños de 11 a 5 años de edad, por lo que son muy susceptibles a ese tipo de publicidad no convencional. Se genera mayor porcentaje de sobrepeso y no de obesidad infantil, por lo que este puede ser el factor para que en generaciones futuras dispare esta enfermedad, ya que lastimosamente es todo cuestión de tiempo.

2.2.9. Responsabilidad Social Empresarial

Entorno a los últimos años de 1950 y los primeros de 1960, surgía el concepto de Responsabilidad Social Empresarial (RSE), que remitía a un conjunto de acciones relacionadas con la Filantropía. Sin embargo, su concepción y alcance, de acuerdo a Morros y Vidal (2005) evolucionaron trascendiendo los actos de caridad, hasta que en la década del 80 adquirieron planteamientos que extendían la responsabilidad corporativa hacia la sociedad, el medio ambiente y los accionistas.

En este mismo espectro, Martínez (2005) definió así la RSE:

es el compromiso audible de la empresa con los valores éticos que dan un sentido humano a su empeño por el desarrollo sostenible buscando una estrategia de negocios que integre el crecimiento económico con el bienestar social y la protección ambiental. (p. 7).

De la misma forma, Gismera y Vaquero habían explicado que la RSE se relaciona con la acción social y hacen referencia “al uso de recursos humanos, técnicos o financieros para ayudar a colectivos menos favorecidos existentes en la sociedad, como los disminuidos, el tercer mundo, los ancianos, drogodependientes, jóvenes y mujeres” (2000, p. 6). En esa misma dirección, Abad entendía de esta manera la acción social de una empresa como “la dedicación de sus recursos humanos, técnicos o financieros a proyectos de desarrollo de la sociedad en beneficio de personas desfavorecidas, gestionados con sentido empresarial, en las siguientes áreas: asistencia social, salud, educación, formación profesional y empleo.” (2001, p. 63).

Entrado el nuevo siglo, la empresa expandía su tradicional rol económico generador de riqueza y empleo, y se abría a comportamientos comprometidos con problemáticas sociales, inclusivas y participativas, caracterizados por González et al. (2007) como de “ciudadanía corporativa”, que se refiere a la “gestión de todas las relaciones entre una empresa y sus comunidades de acogida a nivel local, nacional y mundial.” (p. 50).

Tomando en consideración las posturas de Castañeda y Saboroso (2019), la RSE surge de la misma razón de cómo se hacen los negocios, es decir, es una conducta lógica, irracional y equitativa, donde la idea radica en poder resarcir ciertos aspectos que nacen desde los ingresos organizacionales con la intención de otorgar ciertos beneficios a la comunidad. También suelen emerger basados legalmente desde la óptica o aspectos gubernamentales, con la preparación y diseño de acuerdos entre patrones y Estado, y cuyas condiciones engloban una serie de peticiones en sectores

donde se necesita la ayuda y colaboración para cumplir las demandas poblacionales. Acá no hay espacio para la irracionalidad, explotación exagerada de los recursos naturales y mucho menos, para la explotación del recurso humano.

Siguen exponiendo las autoras que, los efectos de la globalización a raíz de la apertura económica, generan efectos negativos en cuanto a los programas de Marketing insuficientes que realmente atentan con la salud de menores y personas ancianas. Todo esto, produce incertidumbre poblacional donde la familia debe intervenir, controlando aspectos psicológicos para evitar daños visibles a corto y largo plazo. Presiones de la sociedad surgen con base al punto anterior y se crean grupos sociales, comenzando así a realizar exigencias a las organizaciones y encontrando que la sociedad tiene esa autoridad de exigirle a las empresas la buena práctica tanto como clientes, como trabajadores, tanto para mejorar o empeorar la reputación de las empresas.

Para Fernández (2018) la responsabilidad social se entiende como el compromiso que tienen todos los ciudadanos, las instituciones, públicas y privadas, y las organizaciones sociales, en general, para contribuir al aumento del bienestar de la sociedad local y global. Se diferencia de la responsabilidad legal o política en que no se valoran las decisiones a través de una autoridad o tribunal que dependa de un gobierno. Basados en este concepto se puede decir que la RSE es una filosofía y una actitud que adopta la empresa hacia los negocios y que se refleja en mantener una visión a largo plazo que, incorpora de forma voluntaria en su gestión de las preocupaciones y expectativas de sus distintos grupos de interés (stakeholders) así como la gestión medioambiental. Una empresa socialmente responsable busca el punto óptimo en cada momento entre la rentabilidad económica, la mejora del bienestar social de su comunidad y la preservación del medio ambiente.

Señala Fernández (2018) que, la RS Corporativa busca ampliar el ámbito de la RSE incorporando interés social al momento de emprender un proyecto. Es una forma de dirigir las empresas basado en la gestión de los impactos que su actividad genera sobre sus clientes, empleados, accionistas, comunidades locales, medioambiente y sobre la sociedad en general. Cabe decir que, en las empresas modernas no puede limitarse a la responsabilidad única de ofrecer bienes y servicios, sino que debe incrementar sus objetivos incorporando los que hacen referencia al entorno natural y social con el que se relaciona. Y para desarrollar esta responsabilidad deben tenerse

en cuenta las necesidades e intereses de los grupos sociales que puedan verse afectados por la actuación de la entidad.

La RSE es el compromiso que asume una empresa para contribuir al desarrollo económico sostenible por medio de la colaboración con sus empleados, sus familias, la comunidad local y la sociedad en pleno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Además, no solo es una forma de realizar trabajos sociales en la comunidad, se trata más bien de una estrategia de la empresa, que junto a su gestión de negocios y reflejando sus valores, debe ser tratada como un caso de negocios más.

Dentro de la estrategia de RSE, hay que considerar la importancia de incluir a todos los grupos de interés o *stakeholders* y que su alcance e impacto los abarque a todos, esto para garantizar que de verdad está integrada a todo el sistema que conforma la organización y además para que cumpla con su propósito y ejecución. Por ello es clave para la empresa que sus beneficios a través de los productos y servicios que ofrece, se extiendan a todos los *stakeholders*, con la intención de aumentar su posicionamiento en el mercado.

Esta tendencia de generación de beneficios sociales, como factor de diferenciación, es conocida como Mercadeo Social. Este pensamiento empresarial busca replantear los grupos de interés, para construir una relación responsable socialmente que lleve consigo conceptos de planificación, democracia participativa y desarrollo sustentable hacia:

- Los consumidores o clientes.
- Los proveedores.
- Los empleados y colaboradores.
- El medio ambiente.
- La sociedad o la comunidad, incluida la más vulnerable sin acceso a sus mercados.
- El sector público.
- Los medios de comunicación.
- Los mercados financieros.

Las empresas que practican RS además obtienen otros beneficios como ser más atractivas para los clientes, para sus empleados y para los inversionistas; razón por la

cual son más competitivas y pueden obtener mayores ganancias. Señala Fernández (2018) cuatro perspectivas sobre la RSE, ellas son:

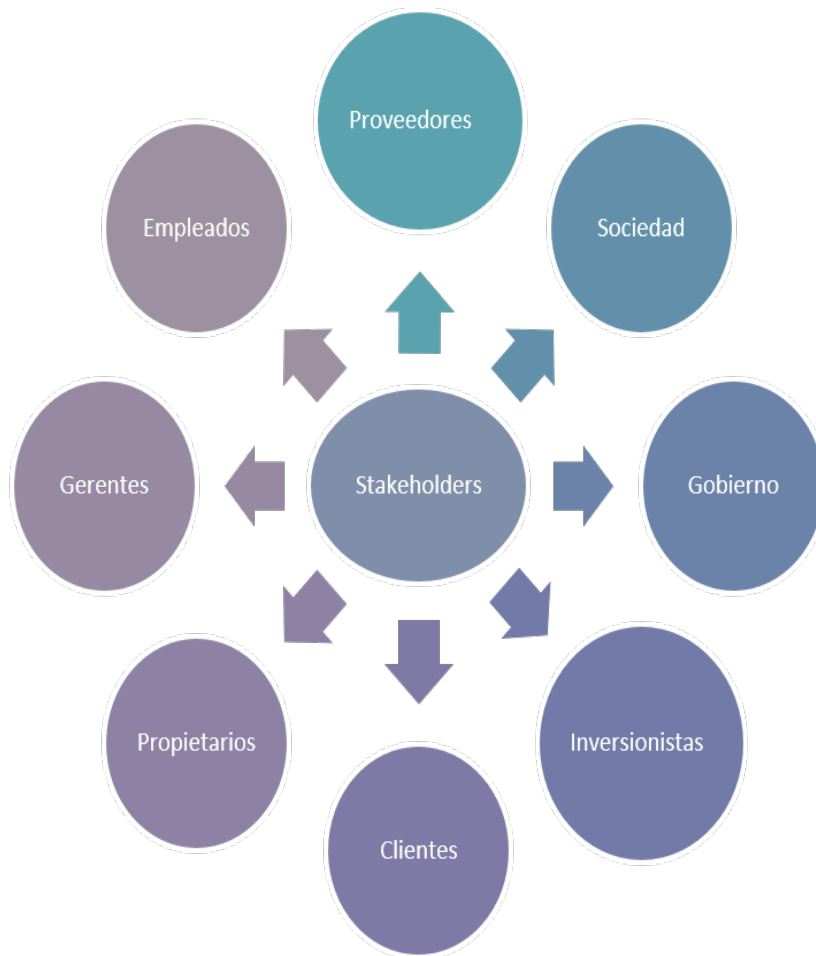
- Enfoque funcionalista: como función de regulación social, puede ser definida como un instrumento de regulación de la relación empresa/sociedad destinada a estabilizar tal relación e, idealmente, a integrar los propósitos de las empresas con los de la sociedad. Considera la RSE como una herramienta útil para integrar a la empresa con la sociedad.
- Enfoque sociológico: la RSE como relación de poder traduce la capacidad de los actores sociales o de las organizaciones (por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales, activistas, el gobierno) de influenciar a las empresas y hacerlas tomar en cuenta sus reivindicaciones sociales, éticas y/o ambientales.
- Enfoque culturalista: como producto cultural puede ser definida la RSE como un reflejo de las relaciones deseables entre empresa y sociedad, tal como están definidas por el medio cultural, político, institucional y social, esto definido de manera subjetiva y local.
- Enfoque constructivista: la RSE puede ser definida como una construcción socio cognitiva de la esfera de los negocios y la sociedad a través de un proceso complejo de encuadre recíproco de identidades, sistemas de valores y cuestiones sociales.

No se deben descuidar de todo esto, un motor esencial en estos procesos como lo son las personas, de tal modo, se hace necesario incorporar en la organización conductas de cooperación y armonía entre quienes se encuentran dentro como fuera (clientes, proveedores, gobiernos, medio ambiente), incentivando a cada individuo de la empresa a que sea un promotor de la responsabilidad social. Por su parte, Freeman asegura que la RSE debe ser parte de la gestión cotidiana de las organizaciones, de tal manera que cada objetivo, cada estrategia y cada operación respondan a compromisos internos y con sus *stakeholders*, anglicismo que el autor define como “cualquier grupo o individuo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la empresa.” (2010, p. 24).

Los *stakeholders*, o grupos de interés (ver Figura 18), son claves para el ejercicio de la RSE, puesto que la información y el *feedback* que brindan aportan conocimientos

indispensables para la toma de decisiones de las empresas. Por eso cobra tanta relevancia el papel de las estrategias de comunicación como condición de la RSE.

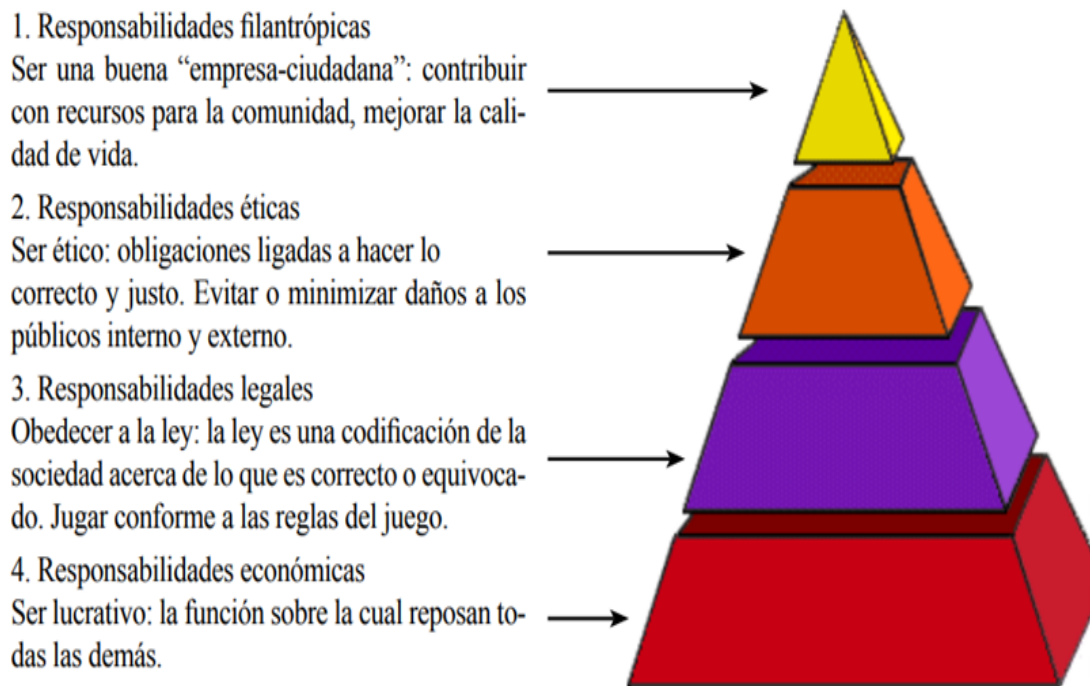
Figura 18. Grupos de interés o *stakeholders*



Fuente: Elaborado a partir de Freeman, E. (2010).

En 1999, Carroll estableció cuatro perspectivas que creía necesarias para que las empresas pudiesen comprender la práctica de la responsabilidad social. Su intención fue demostrar, por medio de una estructura piramidal, las obligaciones y las conductas que las empresas debían asumir no solo para con en sus aspectos organizativos, sino también para con la sociedad (ver Figura 19).

Figura 19. Pirámide de Responsabilidades Sociales



Fuente: Elaborado a partir de Carroll (1999), adaptación de Giuliani et al. (2012, p. 17).

Según Giuliani et al. (2012) la pirámide de Carroll ha ayudado a muchas empresas a “ampliar la idea de Marketing para desarrollar sus programas sociales y el orden de los valores correspondientes” (p. 182). En síntesis, la RSE nada tiene que ver hoy con la caridad, sino con el compromiso con el bienestar social y la protección ambiental. En la acción social ética de una empresa quedan implicados los recursos humanos, técnicos, financieros y comunicativos, para lo cual cada miembro interno es promotor de la RSE, y cada *stakeholder* es clave a efectos de las decisiones en que hacen a los planes de Marketing sostenible.

2.2.10. Bases psicológicas que impulsan cambios de comportamientos para la protección de la salud

Siguiendo las prerrogativas de la OMS, es apropiado que un Plan de MS dirigido a la adopción de nuevas costumbres saludables adopte enfoques desde un modelo de Psicología integral. Por ello, aquí se opta por el Modelo de Transferencia Tecnológica (MTT), puesto que integra conceptos y categorías provenientes de otros modelos

cuyos núcleos conceptuales son la creencia, la percepción, la motivación para la protección de la salud, la acción consciente y voluntaria, la actitud y la autosuficiencia. Tal amplitud permite que el modelo sea aplicable a grupos de todo Nivel Socio Económico (NSE) y a sujetos que no son conscientes del problema y sus riesgos. Aparte, el Modelo ha demostrado eficacia en la continuidad de la adquisición de nuevos hábitos saludables.

2.2.10.1. Modelo de creencias de la salud (MCS).

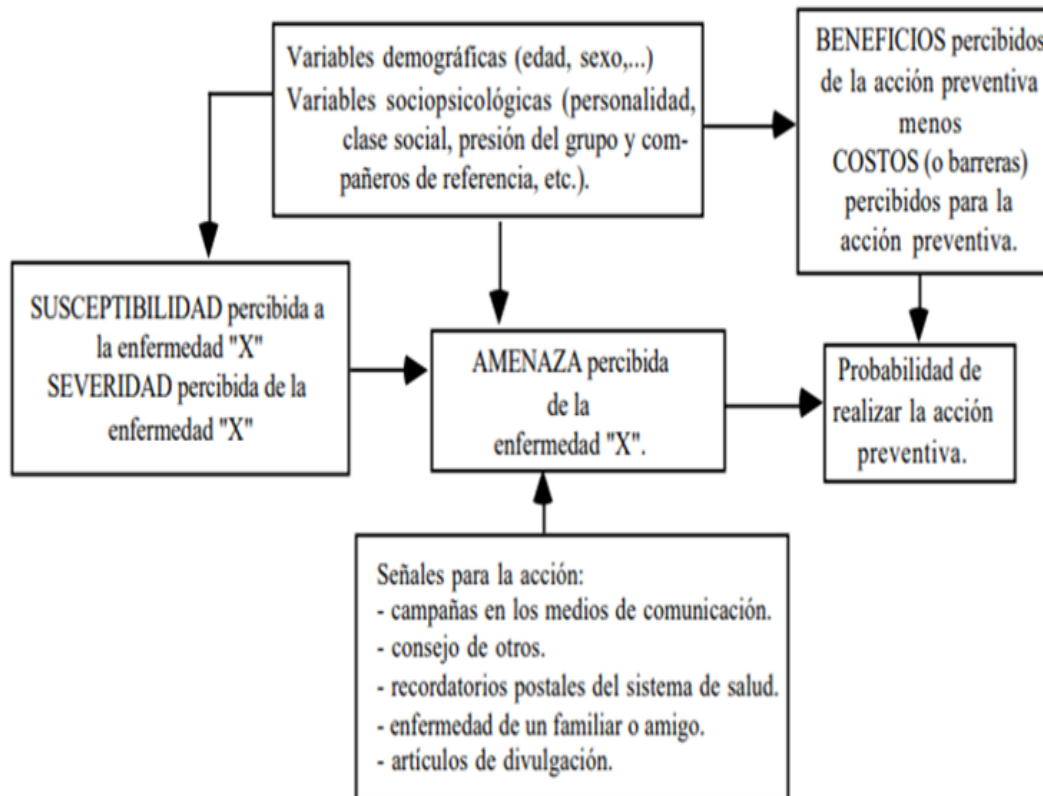
El modelo enfocado en creencias, intenta explicar y predecir comportamientos de salud, centrándose en las actitudes de las personas. Fue desarrollado por primera vez en la década de 1950 por los psicólogos sociales Hochbaum, Rosenstock y Kegels (citados en Moreno y Roales-Nieto, 2003), que trabajaban en Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, en respuesta al fracaso de un programa gratuito de detección de tuberculosis. Desde entonces, el Modelo se ha adaptado para explorar una variedad de comportamientos de salud a corto y largo plazo, incluidos los comportamientos de riesgo sexual y la transmisión del VIH/SIDA.

Para Soto et al. (1997), el MCS se basa en una hipótesis que cuenta con tres elementos claves:

- La creencia o percepción del individuo respecto de la importancia de determinado problema.
- La creencia o percepción del individuo respecto de si es vulnerable ante el problema.
- La creencia o percepción del individuo respecto de los beneficios de adoptar conductas que superen el problema, pese a los costos que implica.

El Modelo pone la percepción individual, como componente motivador del cambio comportamental y, asume que las variables demográficas, socio-psicológicas y estructurales inciden en la percepción e, indirectamente, en la adopción de patrones de conductas que protejan la salud (ver Figura 20).

Figura 20. Aplicación del MCS a la conducta preventiva



Fuente: Elaborado a partir de Soto et al. (1997).

Una adición reciente al Modelo ha sido el concepto de autoeficacia, o confianza en la propia capacidad para realizar acciones con éxito. Rosenstock et al. (1988) agregaron este concepto a los efectos de que el Modelo encaje mejor en los desafíos que implica cambiar las conductas poco saludables, como ser sedentario, fumar o comer en exceso. De acuerdo al Modelo, Glanz et al. (1977) señalan que la acción de cambio se hace más probable siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan.

Por tanto, el MSC contempla el análisis interior de costos y beneficios para el sujeto, quien deberá sopesar la efectividad de la acción y los costos de adoptarla (ver Tabla 15).

Tabla 15. Guía práctica basada en la percepción para la promoción de la salud

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	La opinión de uno sobre las posibilidades de contraer una condición.	Definir población en riesgo; niveles de riesgo; personalizar el riesgo en función de las características o el comportamiento de una persona; aumentar la susceptibilidad percibida si es demasiado baja.
Gravedad percibida	La opinión de uno sobre la gravedad de una enfermedad y sus consecuencias.	Especifique las consecuencias del riesgo y la condición.
Beneficios percibidos	La creencia de uno en la eficacia de la acción recomendada para reducir el riesgo o la gravedad del impacto.	Definir la acción a tomar; cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos esperados.
Barreras Percibidas	La opinión de uno sobre los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras a través de consuelo, incentivos y asistencia.
Señales para la acción	Estrategias para activar la "preparación".	Proporcionar información práctica, promover conciencia, recordatorios.
Autoeficacia	Confianza en la capacidad de uno de actuar.	Proporcionar entrenamiento, orientación en la realización de acciones.

Fuente: Glanz et al. (1977, p. 342).

El alcance y la aplicación del MCS se verifican en una amplia gama de poblaciones y comportamientos. Según Norman y Conner (1996) se pueden identificar tres áreas amplias:

1. Comportamientos preventivos, que incluyen conductas de promoción de la salud (por ejemplo, dieta y ejercicio) y riesgos para la salud (por ejemplo, fumar), como también prácticas de vacunación y anticoncepción;
2. Comportamientos de los enfermos referidos al cumplimiento de los regímenes médicos después del diagnóstico y;

3. Uso de la clínica, que incluye visitas al médico por una variedad de razones.

2.2.10.2. Teoría de la motivación para la protección (TMP).

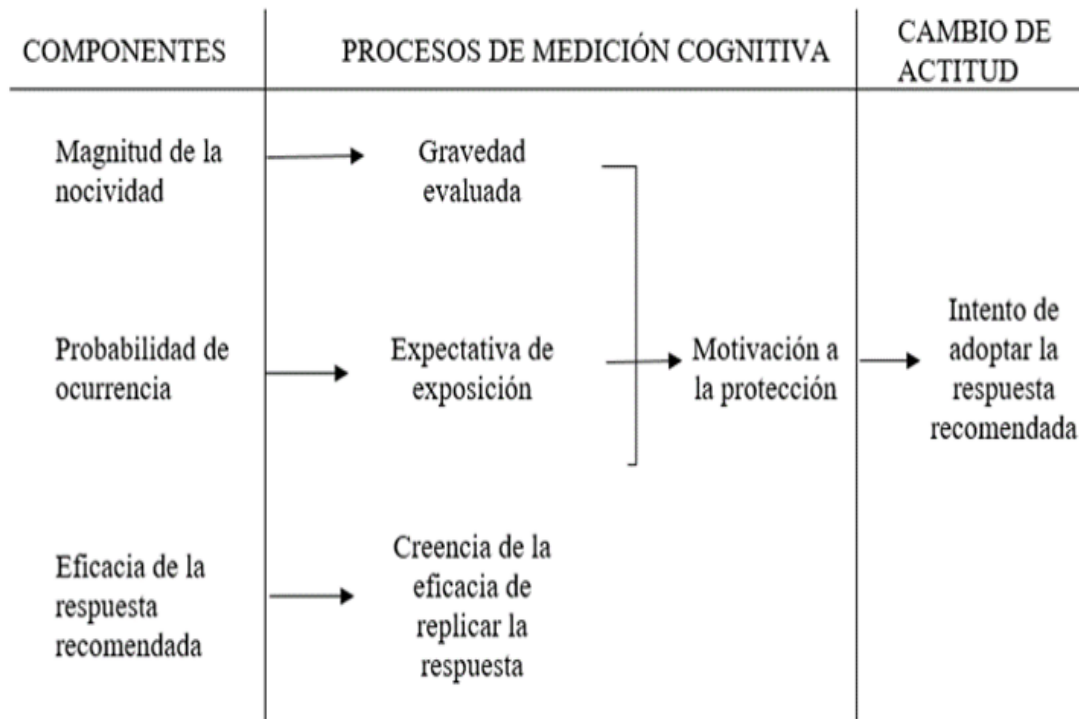
Originalmente, la TMP fue propuesta por Rogers en 1975 para proporcionar claridad conceptual a la comprensión del miedo. En una revisión posterior, Rogers (citado en Salamanca y Giraldo, 2012) extendió la Teoría hacia la comunicación persuasiva, con énfasis en los procesos cognitivos que median en el cambio de comportamiento. La TMP describe el afrontamiento a una amenaza para la salud, como resultado de dos procesos: un proceso de evaluación de amenazas y uno de evaluación de afrontamiento, en los que se evalúan los comportamientos para disminuir la amenaza. En relación a esto, Boer y Seydel (1996) son de los que opinan que la evaluación de la amenaza para la salud y la evaluación de las expectativas de afrontamiento tienen, la intención de lograr respuestas, aunque a veces son desadaptativas.

Las respuestas desadaptativas son las que ponen a una persona en riesgo de salud. Incluyen comportamientos que conducen a consecuencias negativas (por ejemplo, fumar) y la ausencia de conductas que, eventualmente pueden llevar a consecuencias negativas. La tendencia a responder de una u otra manera es en función de las expectativas de las consecuencias (Salamanca y Giraldo, 2012).

La evaluación de amenazas es la estimación de la posibilidad de contraer una enfermedad (vulnerabilidad). La evaluación de afrontamiento consiste en la eficacia de la respuesta y la autoeficacia. La eficacia de la respuesta es la expectativa del individuo de que llevar a cabo las recomendaciones clínicas puede eliminar la amenaza. La autoeficacia es la creencia en la capacidad de ejecutar con éxito los cursos de acción recomendados (Rogers, 1975).

Para el autor, la motivación de protección es una variable mediadora cuya función es despertar, sostener y dirigir la conducta protectora de la salud (ver Figura 21).

Figura 21. Esquema de la TMP



Fuente: Elaborado a partir de Rogers (1975).

Uno de los postulados básicos de Rogers afirma:

La motivación de protección surge de la evaluación cognitiva de un evento descrito como nocivo y probable que ocurra, junto con la creencia de que una respuesta de afrontamiento recomendada puede prevenir efectivamente la ocurrencia del evento aversivo. Si un evento no se evalúa como grave, como probable que ocurra, o si no se puede hacer nada con respecto al evento, entonces no se generaría ninguna motivación de protección y, por lo tanto, no habría cambios en las intenciones de comportamiento. (1975, p. 99).

El alcance y la aplicación de la TMP se han dado en la reducción del consumo de alcohol, la mejora de estilos de vida saludables, la mejora de las conductas de diagnóstico de salud y la prevención de enfermedades. Con la TMP, Stainback & Rogers (1983) investigaron cómo se puede reducir el consumo de alcohol. Por medio de un experimento con dos grupos de estudiantes de secundaria (grupo con miedo alto y grupo con miedo bajo) mostraron mensajes persuasivos que describían consecuencias desagradables a causa del consumo excesivo de alcohol. El grupo con

alto miedo recibió mensajes que describían consecuencias graves y una alta probabilidad de ocurrencia.

El grupo con miedo bajo recibió mensajes que describían que no había consecuencias graves y una baja probabilidad de ocurrencia. Los resultados del estudio fueron que el grupo de miedo alto calificó la severidad de las consecuencias y la probabilidad de experimentar estas consecuencias como mayor que el grupo de miedo bajo. Inmediatamente después de la exposición a la información, la condición de miedo alto produjo intenciones más fuertes para permanecer en estado de abstinencia que la condición de miedo más bajo.

2.2.10.3. Teoría de la acción razonada (TAR).

En el año de 1975, los autores Fishbein & Ajzen formularon la Teoría de la Acción Razonada. La formulación fue el resultado de la investigación de actitudes de los Modelos de Valor de Expectativas. Formularon la TAR después de tratar de estimar la discrepancia entre la actitud y el comportamiento. Estaba relacionada con el comportamiento voluntario, sin embargo, tiempo después, el comportamiento humano parecía no ser 100% voluntario, de tal modo que se adicionó la dimensión del control conductual percibido. Como resultado, la teoría adquirió el nombre de Teoría del Comportamiento Planificado (TCP).

La TCP busca predecir el comportamiento sin restricción, puesto que comprende que la conducta de los individuos puede ser deliberativo y planificado (Moyano, 1997). De acuerdo con Stefani (2005), asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que, “siendo el ser humano un ser racional que procesa la información de que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar o no realizar una conducta específica” (p. 22).

La intención refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular, por ende, representa el antecedente de información más importante al momento de predecir determinada conducta. La Teoría establece que es posible estimar la intención de conducta de las personas a través de una escala de probabilidad. Según la TCP, las creencias sobre un objeto o situación proporcionan la base para la formación de

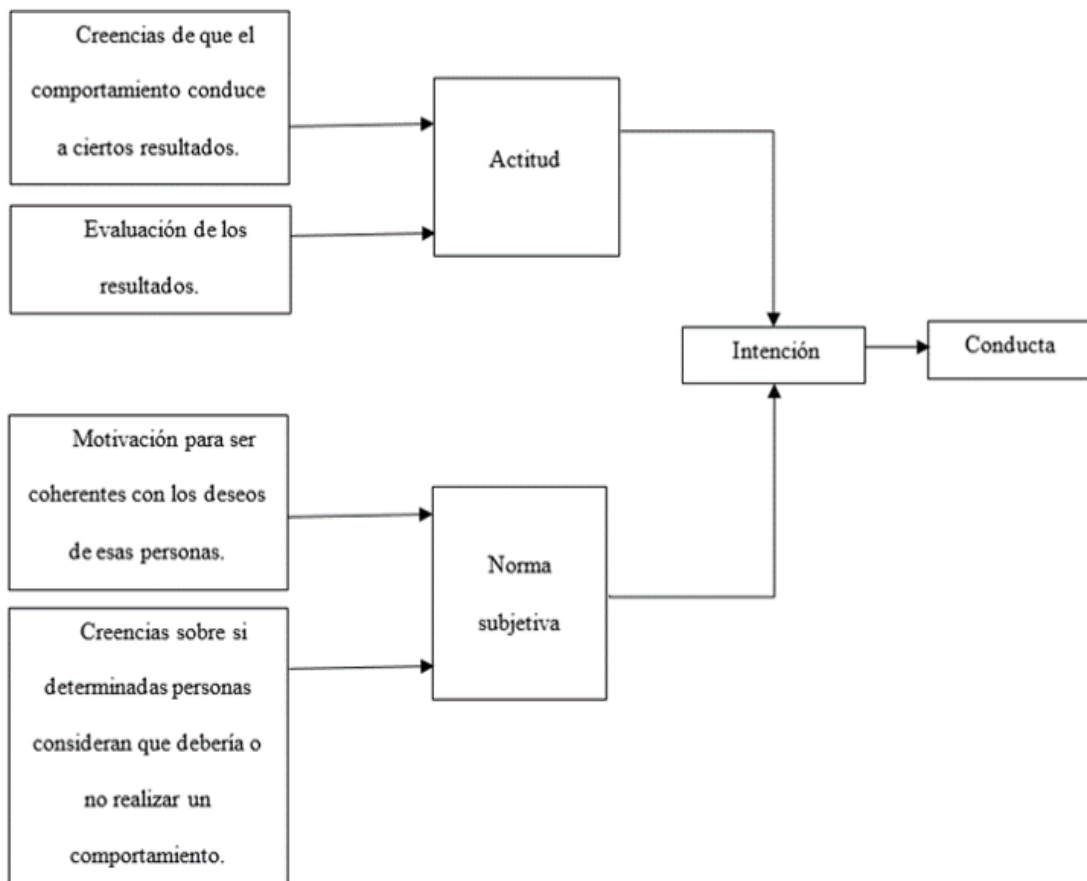
actitudes. Se define como creencia a la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. De modo que, Fishbein & Ajzen (1975) plantearon tres tipos de creencias: descriptivas, inferenciales e informativas.

Las creencias descriptivas se generan por observación directa de un objeto (la manzana es verde, por ejemplo). Las creencias inferenciales se generan mediante la interacción con otra persona que hace aparecer algo inobservable (la valentía de alguien, por ejemplo), o también mediante relaciones de la lógica formal. Las creencias informativas se generan por la información conseguida a de un objeto.

A diferencia de las creencias en instituciones como la Iglesia, el Estado, la banca, entre otros; hay creencias que son transitorias. La TCP considera la intención de comportamiento como el mejor indicador o previsor de la conducta, y contempla tres variables determinantes o explicativas: la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva del individuo y el control conductual percibido.

La TCP sostiene las actitudes pueden predecir comportamientos. Además, tiene en cuenta las creencias sobre cómo la persona ve su conducta. El control conductual percibido tiene injerencia en las intenciones y la capacidad para realizar determinado comportamiento. Por tanto, tres son los predictores que conducen a la intención (ver Figura 22).

Figura 22. TAR



Fuente: Elaborado a partir de Ajzen & Fishbein (1980).

En síntesis, la TAR establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción de lo que los otros creen que uno debe hacer (norma subjetiva). Asimismo, si lo que se desea es lograr hacer un cambio de conducta. Fishbein & Ajzen (1975) consideran que una intervención sobre las bases de la TAR debe integrar variables relacionadas con la toma de decisiones a nivel de la voluntad, las cuales ocurren respecto a un objetivo en un contexto y tiempo determinado.

Los creadores de la TAR explican la importancia de analizar la conducta, en el sentido de saber lo que se quiere obtener y conocer el contexto de la situación donde se pretende llevar a cabo la conducta deseada. La última variable a considerar es el tiempo, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento.

El alcance y la aplicación de la TAR, se ha dado en estudios de evaluación sobre prevención y control de enfermedades. Actualmente, existe un extenso número de

estudios que exploran las actitudes que se tienen frente al SIDA, o bien frente al uso del condón para evitar el contagio del VIH. Cabe agregar que, Flores (1999) evaluó las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el SIDA y la muerte, y encontró que las actitudes más negativas están dirigidas hacia el SIDA; además encontró que no existen diferencias significativas en las percepciones hacia el SIDA de quienes usan condón y quienes no lo usan. De ahí que Flores se permitió afirmar que no existe relación entre el uso del condón y la actitud hacia el SIDA.

De igual manera y en el mismo año, Díaz-Loving y Rivera (1999) identificaron que no existe relación significativa entre el uso del condón y la percepción de riesgo (consecuencias). Esto significa que existe la misma percepción de riesgo en quienes usan condón y en quienes no lo usan. Puede deducirse que, contrario a lo que postula la TAR, por lo menos en este caso, la intención no está en función de las actitudes originadas por la percepción de las consecuencias (percepción de riesgo), por ende, no existen motivos para prevenir las conductas sexuales de riesgo.

Considerando que son muchos los factores que intervienen en un cambio de comportamiento efectivo, Díaz-Loving (1999) ha demostrado que las actitudes por sí solas, explican únicamente el 10% de las conductas esperadas y las normas subjetivas no sobrepasan esa cifra, de tal manera que, si se analiza la interacción de las actitudes y las normas subjetivas, el poder predictivo de la TAR no sobre pasa el 20%.

Específicamente hablando de la aplicación de la TAR para predecir y explicar la conducta de uso del condón, Villagrán y Díaz-Loving (1999) han demostrado que predice alrededor del 25% y que, a pesar de la relación funcional significativa entre los componentes actitudinales y normativos, el grado de predicción es menor en comparación con otras investigaciones. Dichas fallas de la TAR son atribuidas al tipo de presiones sociales que intervienen en la presentación de la conducta y al tipo de control (actitudinal o normativo) bajo el cual se da la intencionalidad.

Se entendió, a partir del estudio del uso del condón como método para prevenir el VIH, que la TAR requiere apoyo de otras teorías y modelos, como la Teoría de la Autoeficacia y un modelo Transteórico, multidisciplinar y con alcance y aplicación a cualquier sector social. Es así como como en 1999 un trabajo presentado por Díaz-Loving y Torres propusieron complementar la TAR con Teoría de la Autoeficacia y

postular una hipótesis: “posteriormente a que el individuo presente una intención de cambio, las estrategias de autosuficiencia mantienen la conducta del cambio” (p. 18.).

2.2.10.4. Teoría de la autoeficacia.

Investigaciones en diversas líneas de estudio revelan que la autoeficacia es una variable importante como agente impulsor de procesos motivacionales, cognitivos y afectivos. El autor Bandura (1986) ha sido uno de los investigadores que más ha asegurado que la percepción de eficacia sobre uno mismo ejerce un considerable impacto sobre el desarrollo y la adaptación del ser humano. La autoeficacia la caracterizó como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p. 373).

Las personas con alto sentido de autoeficacia, efectivamente, perciben situaciones y tareas difíciles como accesibles, e invierten grandes esfuerzos por más que encuentren contratiempos. Una alta eficacia percibida acrecienta el logro de objetivos, disminuye el estrés y los episodios de depresión (Bandura, 1997). Sin embargo, Carrasco y Del Barrio (2002), atestiguan que la eficacia percibida es un elemento clave en las competencias humanas, puesto que “determina, en gran medida, la motivación, el esfuerzo y la persistencia de las acciones ante las dificultades, lo mismo a que los patrones mentales y emocionales” (p. 43).

El alcance y la aplicación de la autoeficacia se han extendido al ámbito infantil y juvenil en relación con el desempeño académico, el desarrollo intelectual y la creatividad, probando que un elevado nivel de autoeficacia aporta a la motivación de conductas saludables, el cuidado físico, la prevención de riesgos sexuales, la tolerancia al dolor y la protección de la salud en general (Carrasco y Del Barrio, 2002).

2.2.10.5. El Modelo Transteórico (MTT).

Este modelo de cambio comportamental tiene sus orígenes en estudios de conductas adictivas como el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones en general. Fue propuesto por Prochaska et al. (1994) quienes, a partir de sus experiencias en psicoterapia, pretendieron cubrir el proceso de cambios por los que atraviesa una persona.

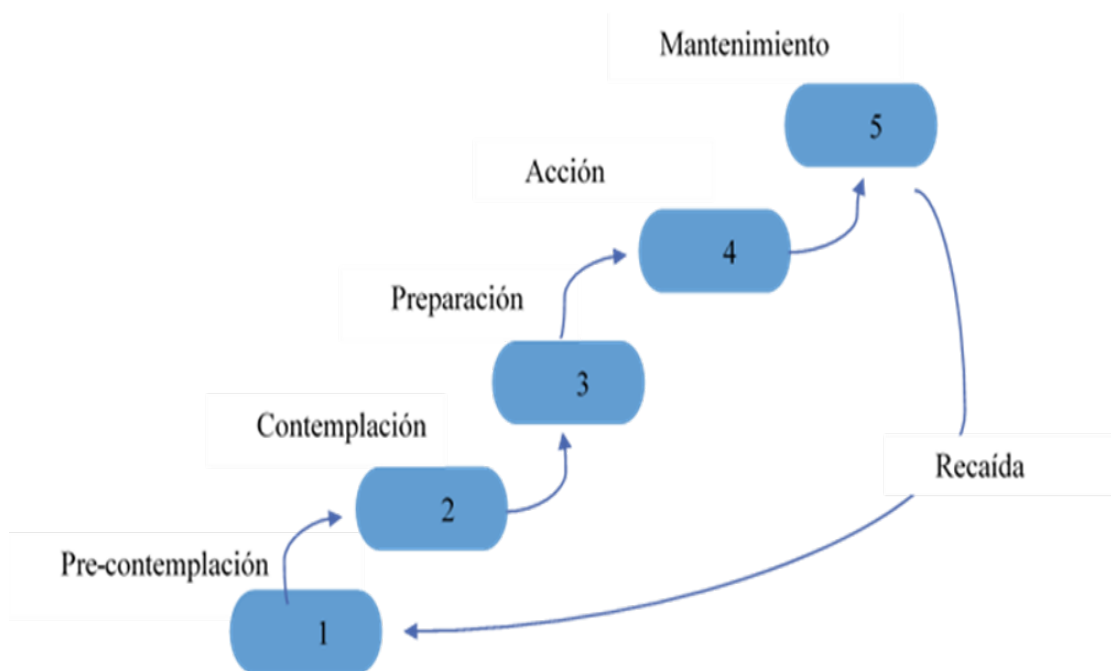
Dadas las posibilidades que ofrece para planificar y ejecutar intervenciones en poblaciones y grupos de características diversas, se consolidó en los años 90 como una propuesta innovadora para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El MTT tiene una orientación integradora, ya que asume conceptos y técnicas de teorías basadas en el juego entre creencias, percepciones, motivaciones y conductas del proceso de cambios, y es aplicable a toda la población en lugar de a la minoría que está lista para tomar medidas.

El MTT considera que las personas requieren procesos secuenciales, y no necesariamente continuos, para modificar determinados comportamientos. De tal forma, que integra estadios (o etapas temporales de cambio), niveles de cambio y la autoeficacia (la confianza en sí mismo para mantenerse en el cambio de conducta deseada y resistir a la tentación de recaída).

En las etapas iniciales (pre-contemplación y contemplación) los individuos son susceptibles a recaer en la enfermedad. A medida que avanzan (preparación y acción), empieza a disminuir la tentación y a aumentar el sentimiento de autoeficacia, consecuentemente comienza la etapa de cambios de comportamientos (Di Clemente, 1991). El tiempo que una persona puede permanecer en cada etapa es variable, y puede atravesar cada etapa más de una vez. Los principios de equilibrio decisional y de auto eficiencia funcionan en cada estadio como reductores de resistencia, facilitan el progreso y previenen recaídas.

En este Modelo, según Cardinal et al. (1998) los sujetos pueden ser clasificados dentro de cinco estadios (ver Figura 23).

Figura 23. Continuo del MTT



Fuente: Elaborado a partir de Cardinal et al. (1998).

Pre-contemplación. En esta etapa, el individuo no considera tener un problema a resolver o bien lo minimiza, además tiende a subestimar los beneficios del cambio o bien sobre estima los costos del mismo. Para Chesterton, “no es que no pueda ver la solución, es que tampoco puede ver el problema” (2001, p. 141). En efecto, si la persona no es consciente de que está bajo una conducta de riesgo, difícilmente logrará un cambio, por más que a menudo su entorno le señale que tiene una enfermedad. Esta etapa inicial es extenuante y dolorosa, por lo cual, encontrar una fuente de motivación es un pilar fundamental. Aquí, Prochaska (1999) presenta dos fuerzas motivacionales: los eventos del desarrollo y los eventos ambientales.

Contemplación. En esta etapa la persona tiene intención de cambiar, tiene plena conciencia de las ventajas y desventajas de abandonar su hábito enfermizo, pero aún no está lista para tomar medidas correctivas. En esta etapa el individuo puede quedar suspendido por períodos de tiempo largos en los que no realiza ninguna acción de cambio significativo. Igual que quien está en la fase de pre-contemplación, no está preparado para un programa orientado a la acción. La clave en esta etapa, es la firme consideración de la resolución del problema (Prochaska et al., 1994).

Preparación. En esta etapa, el individuo se encuentra dispuesto y listo para resolver su problema en un futuro. Por lo general, tiene definido un plan de acción con pequeñas modificaciones del comportamiento, por ejemplo, retrasar el tiempo entre el primer y siguiente cigarrillo. En esta etapa, la persona está lista para entrar en un programa de tratamiento orientado a la acción.

Acción. En esta etapa, el individuo ya ha plasmado sus intenciones en acciones de cambio específicas dentro de su estilo de vida. Se considera en acción a un individuo que está modificando con éxito el hábito adictivo durante un período que no supera los 6 meses. La modificación con éxito del hábito es la abstinencia total. Pero Prochaska (1999) anticipa que la aceptación de criterios débiles para la acción exitosa puede tener consecuencias serias.

Mantenimiento. En esta etapa, el individuo continúa el cambio efectuado en la etapa anterior trabajando con confianza en sí mismo para evitar recaídas. Prochaska et al. (1999) estimaron que el mantenimiento dura de 6 meses a aproximadamente 5 años. Es fundamental dotar a los sujetos en riesgo de técnicas para afrontar momentos de aflicción emocional. La Psicoterapia, por ejemplo, permite desahogar las emociones, el ejercicio físico debe prescribirse a todos los pacientes sedentarios y la relajación por medio de la meditación, el yoga o masajes también colaboran en las distintas instancias que plantea el MTT (Prochaska, 1999).

Las técnicas se deben llevar a cabo según la etapa en la que la persona se encuentre. El investigador Álvarez (2008) propone que para cada etapa existen técnicas específicas para producir un mayor impacto en el individuo y que pueda avanzar a las siguientes etapas de cambio conductual. Para la etapa de *Pre-contemplación*, el autor sugiere hacer listas con los riesgos de la conducta actual y los beneficios de abandonarla, desarrollar un diario de actividades y describir las redes de apoyo.

Para las etapas de Contemplación y Preparación sugiere fijar metas y firmar contratos basados en la realidad, reforzar pequeños cambios y buscar apoyo en terceras personas. Para la etapa de *Acción* recomienda confeccionar una lista de beneficios que ha proporcionado la actividad física, determinar si hay algún obstáculo para su logro y elegir tareas que mantengan en alto la motivación. Para la etapa de mantenimiento sugiere el apoyo social.

Finalización. Prochaska (1999) menciona una fase más que representa la culminación y curación total del problema. En esta última etapa, el individuo, independientemente de que se sienta aburrido, deprimido, solo, ansioso o con rabia, ya no presenta tentación y su nivel de autoeficacia es del 100%, puesto que tiene confianza en que no optará por refugiarse en sus antiguos hábitos insalubres.

Planificación de las intervenciones según el MTT. Siempre siguiendo la operatoria de Prochaska (1999), cada una de las fases anteriores responde a variadas intervenciones: reclutamiento, retención, progreso, proceso basado en la aplicación de 6 principios, y resultados.

Reclutamiento. ¿Cómo motivar a las personas con altos riesgos de enfermedades a que busquen la ayuda apropiada? Antes que nada, debe saltarse el paradigma centrado en la acción rápida que, si bien puede ser útil, lo es para la persona que está en la etapa de preparación. Lo segundo, es contar con profesionales que estén motivados y formados para alcanzar en forma proactiva las etapas de pre-contemplación y contemplación (Prochaska, 1999).

Retención. ¿De qué manera evitar la deserción del paciente en tratamiento que se encuentra en la fase de Acción? Prochaska (1999) llama a tener en cuenta la variable demográfica y la severidad del problema. La segmentación de los individuos según la fase de cambio que atraviesen es indispensable, para evitar tasas altas de deserción de los programas. Si se los presiona para que actúen cuando no están preparados, tácitamente se los impulsa a fracasar en las intervenciones orientadas a la acción.

Progreso. ¿Qué hace que un individuo avance y finalice el tratamiento? Es necesario trazar metas realistas. Desde este enfoque, una meta realista se basa en observar la velocidad con que el paciente se mueve en las etapas de cambios. Los resultados que mostró Prochaska (1999) demuestran que, si el paciente progresa una fase en 1 mes, tiene el doble de oportunidad para tomar una acción efectiva en 6 meses. Mientras que, si progresa en 2 fases, aumenta las oportunidades de tomar una acción efectiva en 3 o 4 meses.

Proceso. En el proceso se aplican 6 principios:

Principio 1: pedirle al individuo en etapa de pre-contemplación que haga una lista de los beneficios que conoce sobre el cambio. Es habitual que el sujeto indique 4 o 5 'pros', entonces, se le comenta que hay de 8 a 10 beneficios más, y se lo desafía a

que aumente la cantidad al doble o al triple. Si logra indicar más 'pros' se puede considerar que está más seriamente motivado que antes para comenzar a contemplar el cambio.

Principio 2: los aspectos negativos o desventajas de adoptar el cambio deben disminuir para que las personas progresen de la contemplación a la acción.

Principio 3: debe existir una asociación entre los pros y los contras para que las personas que se encuentren preparadas puedan actuar.

Principio 4: denominado por Prochaska como Principio vigoroso del Progreso, se trata de que, desde la fase de pre-contemplación a la fase de acción efectiva, los beneficios del cambio incrementen una desviación estándar.

Principio 5: para progresar desde la fase de contemplación a la fase de la acción efectiva, las desventajas del cambio deben disminuir en una desviación estándar y media. Prochaska recomienda que "debido a que los pros del cambio deben aumentar al doble para que disminuyan los contras, los terapeutas debieran dar el doble de énfasis al beneficio que a los costos del cambio." (1999, p. 226).

Principio 6: el proceso de cambio se corresponde con las fases del cambio.

Resultados. Los resultados del Modelo Transteórico señalan altas tasas de continuidad de los nuevos hábitos saludables mucho tiempo después de finalizado el proceso de tratamiento. Los procesos de cambio hacia la finalización con éxito explican experiencias cognitivas, afectivas y conductuales.

A continuación, se presenta en la Tabla 16 el proceso de cambio que el Modelo Transteórico sugiere:

Tabla 16. Procesos de cambio bajo el MTT

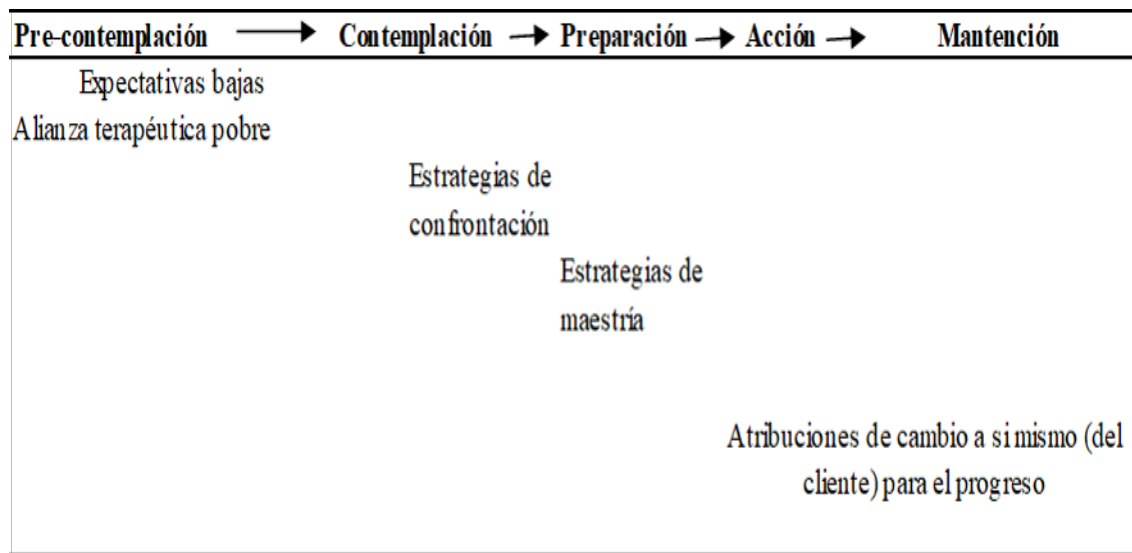
Procesos experienciales cognitivos y afectivos	
1	Aumento de conciencia de Más información sobre uno mismo y el problema: observaciones, confrontaciones, interpretaciones, biblioterapia.

2	Autoevaluación		Sobre los sentimientos y pensamientos respecto a un problema propio: clarificación de valores, imaginación, corrección de experiencias emocionales.
3	Auto liberación		Comprometerse a creer y actuar en la propia capacidad de cambio: terapia para tomar decisiones, resoluciones nuevo año, técnicas de logoterapia, técnicas para el realce de propósitos.
4	Contra condicionamiento		Alternativas sustitutivas para problemas de conducta: relajación, desensibilización, aseveración, estados positivos.
5	Control de estímulos	de	Evitar o limitar los estímulos que condicionan problemas de conducta: reestructurar el propio entorno. Por ej., evitar alcohol o comidas grasas, evitar señales de alto riesgo, técnicas <i>fading</i> .
Procesos conductuales			
6	Autogobierno		Vigilancia por parte de uno mismo o por otros en los cambios: contratos de contingencia, refuerzo cubierto o encubierto, auto vigilancia.
7	Relaciones de ayuda	de	Ser abierto y ofrecer confianza a quien la necesite: alianza terapéutica, soporte social, grupos de autoayuda.
8	Relieve dramático		Practicar y expresar sentimientos ante los propios problemas y soluciones: psicodrama, pérdida de aflicción, representación de roles.
9	Revaluación ambiental		Sobre cómo los propios problemas afectan el entorno físico: entrenamiento empático, documentales.
10	Liberación social		Incremento de alternativas para conductas no problemáticas en la sociedad: abogar por el derecho a reprimirse, autorización, intervenciones en la línea de conducta.

Fuente: Prochaska (1999). Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_1.pdf.

Por otro lado, Weinberger (1995) identificó cinco factores comunes con apoyo empírico en la integración del proceso de cambio adecuado: expectativas, alianza terapéutica, estrategias de confrontación, técnicas de maestría y atribuciones. La Figura 24 que sigue, presenta una integración conceptual entre las fases de cambio y los cinco factores comunes identificados por el autor:

Figura 24. Integración de las fases del cambio y 5 factores comunes



Fuente: Elaborado a partir Weinberger (1995, p. 18).

Es oportuno resaltar que, en el año 2009 Collins et al., diseñaron un Balance Decisional como ejercicio terapéutico para facilitar la evaluación completa y realista del valor neto de un comportamiento potencial. La toma de decisiones implica la consideración de un conjunto de opciones posibles y una evaluación de las consecuencias de cada opción. Las consecuencias pueden variar desde efectos deseados (pros) hasta efectos no deseados (contras), pudiendo ser comparadas entre sí.

Para el MTT, los pros y los contras arraigados en las decisiones toman un papel central. A medida que el individuo supera las etapas el equilibrio decisional va cambiando drásticamente. En las etapas iniciales (pre-contemplación y contemplación) la balanza se inclina mayormente hacia los contras de abandonar el comportamiento nocivo, sin embargo, progresivamente sucede el efecto contrario en las etapas de preparación, acción y mantenimiento.

A todas estas, Janis & Mann (1977) sugirieron cuatro dominios que el ser humano contempla en la toma de decisiones (ver Figura 25):

Figura 25. Dominios en la toma de decisiones

Beneficio			
		<i>Pros y contras</i>	<i>Aprobación</i>
Quién	<i>Propio</i>	Impacto personal	Autoestima
	<i>Otros</i>	Impacto sobre otros	Estima social

Fuente: Elaborado a partir de Janis y Mann (1977). Recuperado de http://changingminds.org/explanations/decision/decisional_balance.htm.

-Ganancias y pérdidas utilitarias personales (impacto personal): es el efecto de la decisión que recae directamente sobre el individuo, quien contempla lo que puede ganar o perder por tomar determinado curso de acción.

-Ganancias utilitarias y pérdidas para personas significativas (impacto en otros): el ser humano toma decisiones que inciden en terceros, por lo cual se consideran los resultados en los demás tanto como en el individuo.

-Autoaprobación o desaprobación (autoestima): el ser humano busca aceptación entre sus pares, busca que otros lo aprueben para sentirse bien y espera que no rechacen ni bloquen sus decisiones.

-Aprobación o desaprobación social (estima social): el individuo busca sentirse bien con la decisión elegida y, por lo tanto, se considera qué significa para él y como se sentirá al respecto.

Al llegar a la modificación con éxito de la conducta, la abstinencia requiere varios intentos. El Patrón de Espiral de Cambio (Figura 26), indica cómo el individuo puede progresar de la etapa de contemplación a la de preparación, luego a la acción y al mantenimiento (considerando siempre que, en el transcurso del proceso, puede recaer).

Figura 26. Patrón de Espiral de Cambio



Fuente: Elaborado a partir de Prochaska et al. (1994, p. 6). Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_1.pdf

En este aspecto, Prochaska et al. (1991) confirmaron que, durante la recaída, los individuos atraviesan emociones, sentimientos de fracaso y culpabilidad que desmoralizan e influyen en la regresión a la etapa de pre-contemplación, permaneciendo ahí durante largos periodos de tiempo. No obstante, los autores también aseguran que los recaídos, a través de las etapas, aprenden de sus errores e intentan algo diferente la próxima vez.

El MTT también se basa en suposiciones críticas que pueden aportar a la mejor consecución del cambio en los individuos. El siguiente conjunto de suposiciones impulsa la teoría, la investigación y la práctica del MTT (*PRO-CHANGE Behavior System*, 2018):

- El cambio de comportamiento, consiste en un proceso que paulatinamente sucede en una secuencia de etapas. Los programas de salud deben ayudar a las personas a medida que progresan en el tiempo.
- Las etapas son estables y están abiertas al cambio.
- Las iniciativas de salud de la población pueden motivar el cambio mejorando la comprensión de los profesionales y disminuyendo el valor de los contras.
- Los programas tradicionales de prevención orientados a la acción, solo sirven a personas que están preparadas para la acción, los demás individuos en riesgo desertarían. Ayudar a las personas a establecer metas realistas para avanzar a la siguiente etapa, facilita el proceso de cambio.
- Los principios específicos y los procesos de cambio deben enfatizarse en etapas específicas para el progreso a través de las etapas a ocurrir.

El MTT permite analizar el estado en el que cada individuo se encuentra con respecto a un problema en particular. En un trabajo de Gómez (2013) realizó una investigación considerando este Modelo en relación a la actividad física de universitarios brasileños y catalanes, al tiempo que planteó un análisis transcultural entre estos. El diseño corresponde a un modelo descriptivo correlacional, se analizaron 250 estudiantes catalanes y 250 estudiantes brasileños. En los resultados “predominó la inactividad entre los participantes del estudio, los cuales se ubicaron en los estadios de pre-contemplación, contemplación y preparación, tanto para la actividad física como para el ejercicio físico” (p. 174).

Además, se encontraron diferencias significativas según el origen, género y edad, respecto a las diversas categorías del estadio de cambio para la actividad física, mientras que para el ejercicio físico se hallaron diferencias significativas según origen, género y edad.

3. Condiciones sociales, económicas y demográficas de los hogares urbanos de Cuenca

Por medio de grupos focales se recabó la información necesaria para estructurar la respuesta a la propuesta (Plan Marco 593 explicada más adelante). Con la dinámica se logró un acercamiento con los participantes (padres o representantes de niños de 5 a 11 años diagnosticados con sobrepeso u obesidad) y se pudieron conocer y comprender actitudes, opiniones y comportamientos frente al problema de la obesidad infantil. La ejecución de estos grupos focales se llevó a cabo con normalidad, considerando que al inicio de las sesiones los participantes se mostraron algo temerosos, pero con el trabajo del moderador se consiguió una participación activa.

Luego, se partió del acercamiento a escuelas de la ciudad de Cuenca, las cuales se clasificaron de acuerdo a su naturaleza para poder cubrir diferentes estratos socio-económicos: fiscales, fiscomisionales y privadas. Se invitó a través de un documento físico, entregado por el cuerpo docente de cada una de las instituciones, a los representantes de los niños a participar en el estudio por medio del llenado de una encuesta (se explicó que los datos serían tratados bajo un código de ética y confidencialidad). Se entregaron 1500 encuestas; se obtuvo una tasa de retorno del 65%, es decir 979 encuestas completadas de las cuales, siguiendo un proceso de depuración, se consiguieron 384 encuestas efectivas.

Los resultados de estas dos fases de estudio (grupos focales y encuestas), se presentan a continuación. Primero la información cualitativa y luego la cuantitativa. Partiendo de las condiciones socio-económicas demográficas de Cuenca y, de la relación de dependencia de la OB; el apartado responde a la pregunta por dichas condiciones en los hogares urbanos de la zona, para elaborar diferentes tipologías y conocer el grado de incidencia en la problemática.

3.1. Tipologías socio-demográficas

Grupo focal 1. Hogares con hijos con diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Se encontraron los siguientes datos, presentados en la Figura 27:

Figura 27. Grupo focal Hogares con hijos diagnosticados con sobrepeso u obesidad



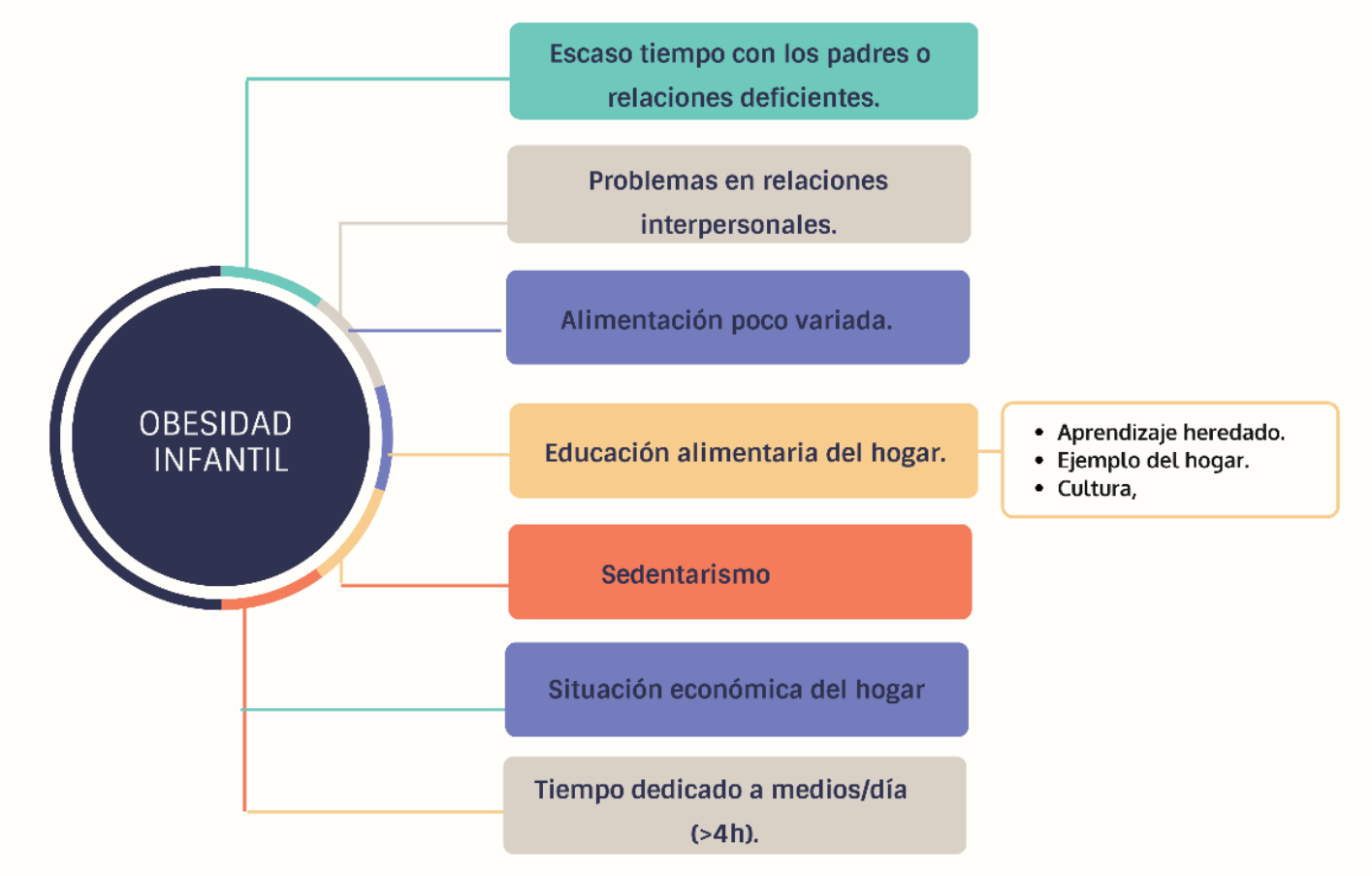
Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Grupo focal 2. Hogares con hijos con normopeso. Los temas planteados fueron los mismos que los del grupo focal 1, sin embargo, se encontraron algunas diferencias:

- Para la preparación de alimentos recurren también a viandas o terceras personas.
- Los hábitos alimenticios de consumo de frutas y verduras son con mayor frecuencia, aunque presentan problemas al incentivar su consumo.
- La totalidad de los participantes manifestó que sus hijos realizan algún tipo de actividad física varias veces en la semana, la mayoría de ellos realiza deporte como hábito diario.
- El tiempo que dedican los niños a los medios es menor a 14 horas semanales, viéndose en aumentando, en gran parte de los casos, en el período de vacaciones.

Con las opiniones de los especialistas entrevistados se realizó un análisis de relación mediante redes semánticas, a través del software Atlas. Ti, el cual permitió categorizar y relacionar variables. Las redes semánticas (ver Figura 28), expresan los patrones psicográficos que caracterizan el estilo de vida en los hogares seleccionados, con niños diagnosticados con sobrepeso u obesidad.

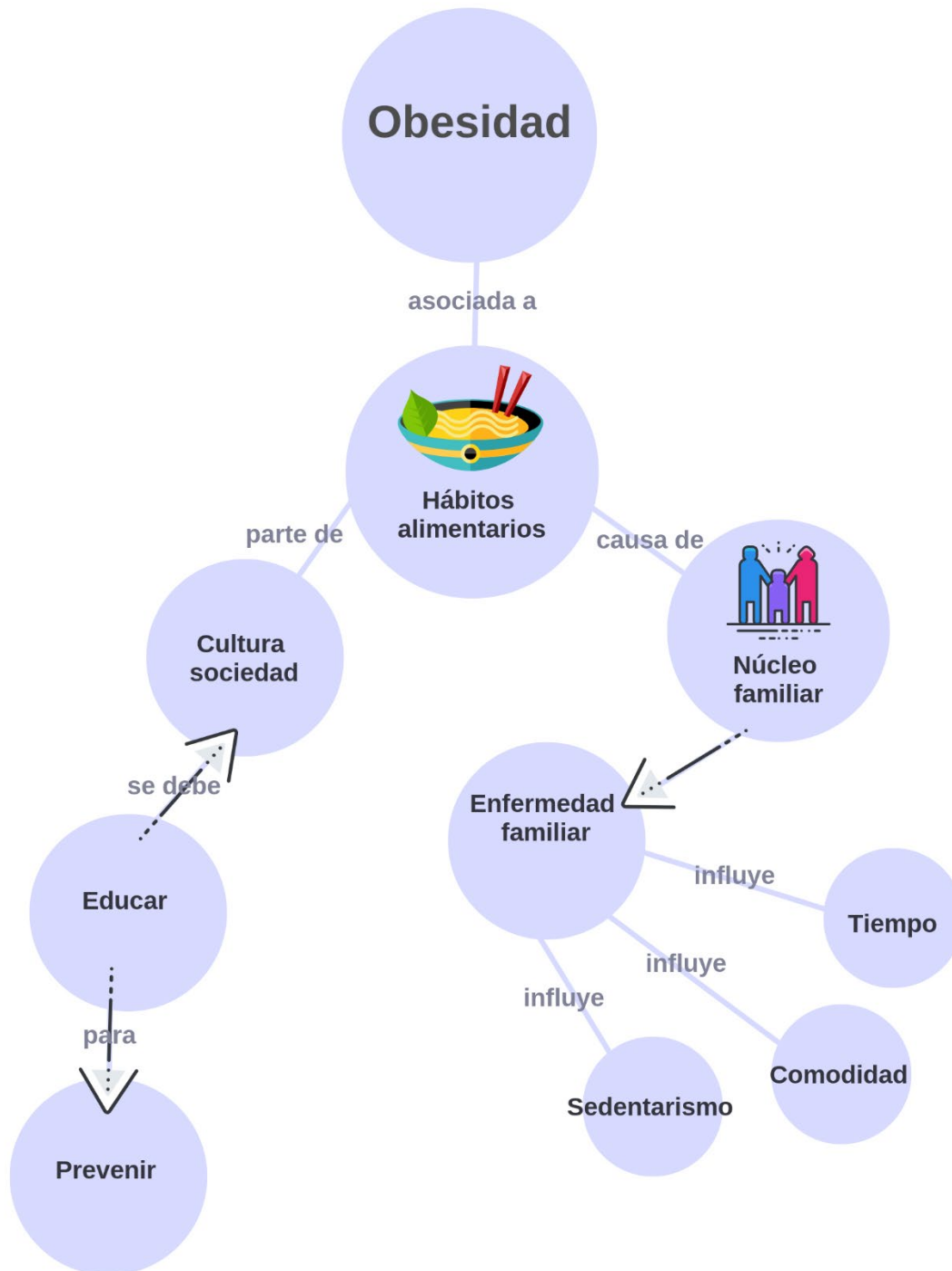
Figura 28. Elementos que caracterizan los hogares con OB



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Los pediatras manifestaron que la obesidad infantil es una enfermedad encadenada a los hábitos alimentarios de los núcleos familiares (ver Figura 29).

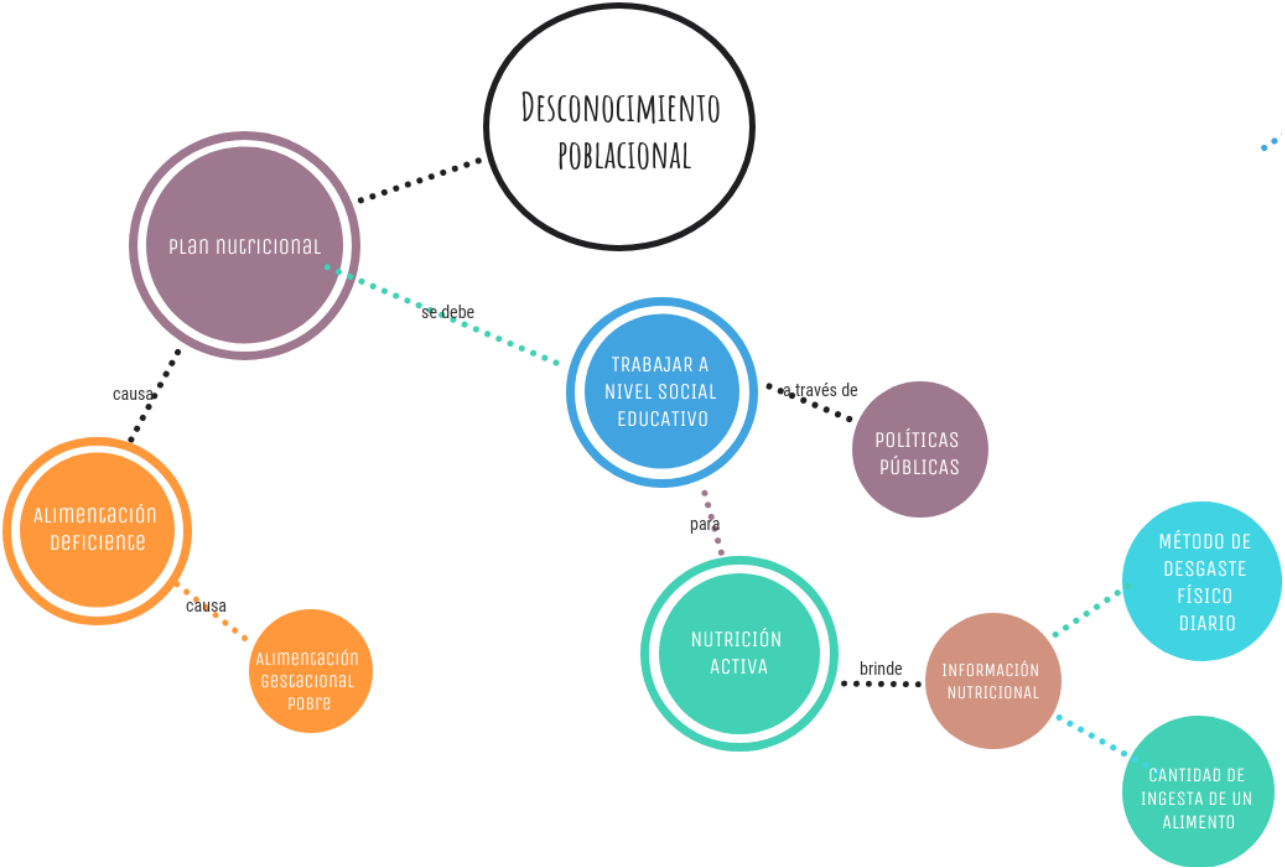
Figura 29. Información de pediatras



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Para los nutricionistas, es crucial que el Estado Nacional implemente un plan nutricional en la población (ver Figura 30).

Figura 30. Información de nutricionistas



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

En el caso de los expertos en Marketing y Marketing Social, los resultados se presentan de manera conjunta (ver Figura 31).

Figura 31. Información de expertos en Marketing y Marketing Social



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

A fin de determinar la predisposición al cambio de hábitos en los padres con niños diagnosticados con sobrepeso u obesidad, se agregó un flujograma de preguntas basadas en las etapas del MTT de Prochaska et al. (1994) (ver anexo 2). El 60% de los progenitores se encuentran en etapas aún inmaduras (pre-contemplación y contemplación) para generar un cambio de conducta en sus estilos de vida.

Por otra parte, se evidenciaron hogares preparados para realizar un cambio de comportamiento con la meta de mejorar la salud del hijo. Finalmente, existe un

reducido grupo de hogares que expresaron estar ya llevando a cabo acciones que mejoren su estilo de vida y el de su hogar.

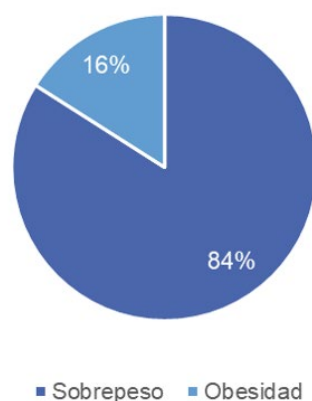
A los padres que no tienen hijos con problemas de sobrepeso ni obesidad se les aplicó el algoritmo, creado por Prochaska (1999), para determinar la conciencia de vulnerabilidad (ver anexo 3), pero con preguntas alteradas, debido a que la finalidad fue conocer el estado de conciencia de los padres con respecto a la posibilidad de que sus hijos sean propensos a esta enfermedad y si para evitarla realizan acciones.

Gran parte de los tutores responsables participantes comentaron estar conscientes de la vulnerabilidad que tienen sus hijos a padecer sobrepeso u obesidad si no se plantean hábitos saludables en el hogar. Dentro de esta etapa (acción), se identifica que: los individuos están realizando cambios primero por su propia cuenta, seguido de recomendaciones de familiares y/o amigos y finalmente por prescripción de profesionales de la salud. Por otra parte, una minoría alegó que no considera que sus hijos puedan desarrollar esta enfermedad.

3.2. Tipología socio-demográfica: dependencia estadística

Los resultados se presentan en función de las encuestas efectivas recabadas en la investigación (n=384). La muestra se compuso de una cantidad similar de niñas (52%) y niños (48%). De la muestra obtenida, se deduce una mayor cantidad de niños con algún grado de sobrepeso en relación a niños con obesidad (ver Figura 32).

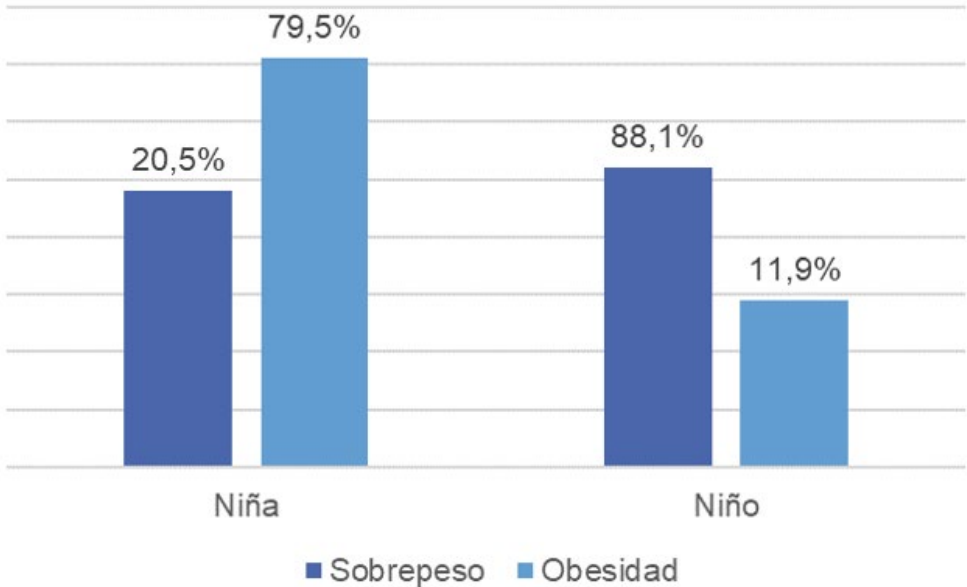
Figura 32. Escolares con sobrepeso y obesidad



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

A continuación, se presentan las características socio-demográficas de los núcleos familiares que guardan relación con la obesidad infantil. Las tablas de Chi-cuadrado se encuentran dentro del Anexo 9 por orden de aparición en esta sección. En relación al sexo, las niñas presentan los valores más altos de sobrepeso y obesidad. Los valores contrastan con la de los niños. Se evidencia, por tanto, que el sexo es un factor influyente en el desarrollo de la obesidad ($p=,021$) (ver Figura 33).

Figura 33. Tasa de sobrepeso y obesidad en escolares

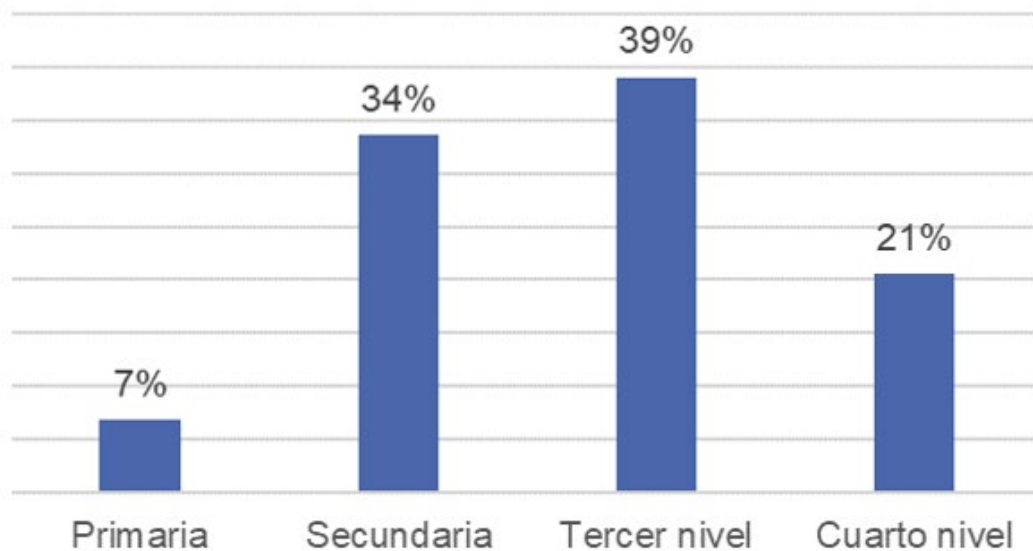


Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Los escolares provienen de hogares con sociedades conyugales (67%). Se determinó que el estado civil de los padres es un factor participante de la obesidad infantil ($p=,000$). Poseen un nivel socio-económico acorde a la clasificación del INEC, de B, B+ (media, y media alta). La edad de los progenitores oscila entre los 30 y 35 años. Estos niños estudian en su mayoría en escuelas privadas (54%), de acuerdo a este estudio es significativa la relación entre el exceso de peso y el nivel sociodemográfico del instituto de educación ($p=,019$).

Con respecto, a la educación de los padres, estos señalaron tener los siguientes niveles de instrucción. Estadísticamente, el nivel de instrucción de los padres incide en el desarrollo de la obesidad infantil ($p=,000$), ver Figura 34.

Figura 34. Nivel de ecuación progenitores/adultos responsables



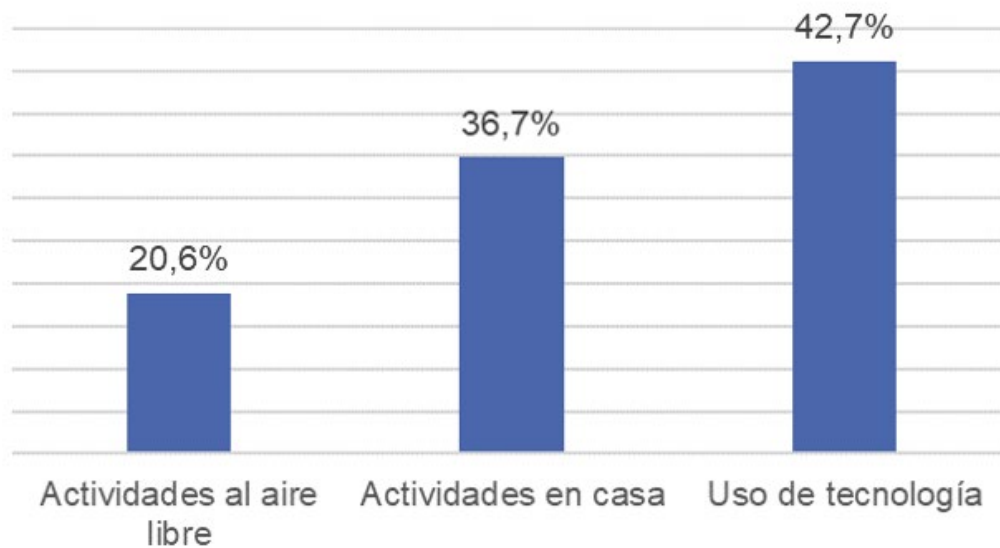
Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Los ingresos familiares oscilan entre \$386 y \$772 (42%) y \$773 y \$1.158 (35%). Se determinó que la variable ingresos participa en el desarrollo de la enfermedad ($p=,000$). Ahondando en los estilos vida, existe una tasa considerable de niños con algún grado de obesidad que no practica deportes. De manera general, más de la mitad de los escolares no realiza ejercicios físicos y se establece estadísticamente como un elemento coadyuvante para el desarrollo de la enfermedad ($p=,032$).

Si el progenitor practica deporte o realiza actividades físicas (caminatas, trote, bailoterapia) incide en que en su hijo no se desarrolle la obesidad ($p=,000$); alrededor del 66% de los padres de familia mantiene un estilo de vida sedentario. No obstante, el 53% contestaron considerar el hecho de mantener en su hogar un estilo de vida saludable.

La conectividad está al alcance de casi todos. El 94% de los hogares cuenta con servicio de Internet en casa, y el 77% tiene televisión paga. Los datos indican que el tiempo libre de los niños está mayormente relacionado con el uso de medios electrónicos (Figura 35).

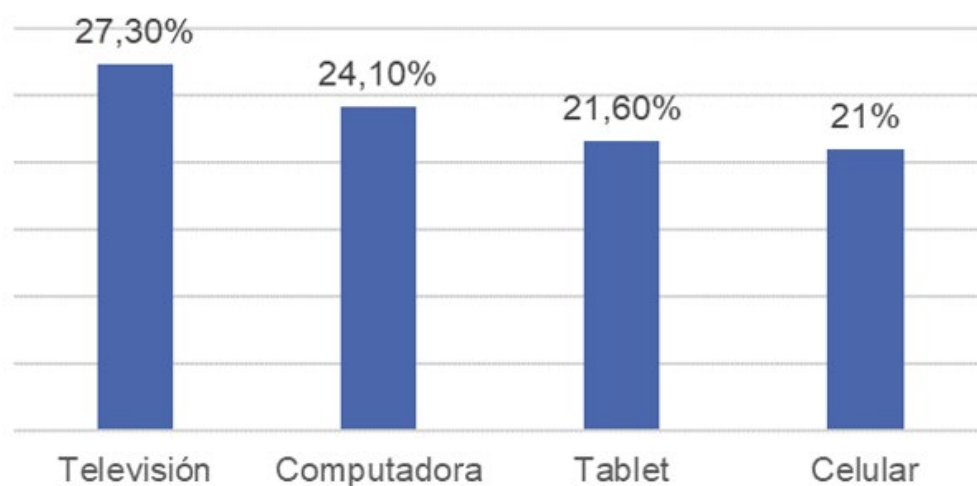
Figura 35. Tiempo de ocio de los niños



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

El medio al que mayor exposición tienen los escolares es la televisión (27,3%) (ver Figura 36). Todos los medios son relevantes en este aspecto, sin embargo, desde hace tiempo la televisión ha sido un factor muy dominante en los consumidores. Sirve como herramienta de Marketing ideal para hacer ver cosas diferentes a las mostradas en la realidad al momento de adquirir un producto, sobre todo en el sector alimenticio.

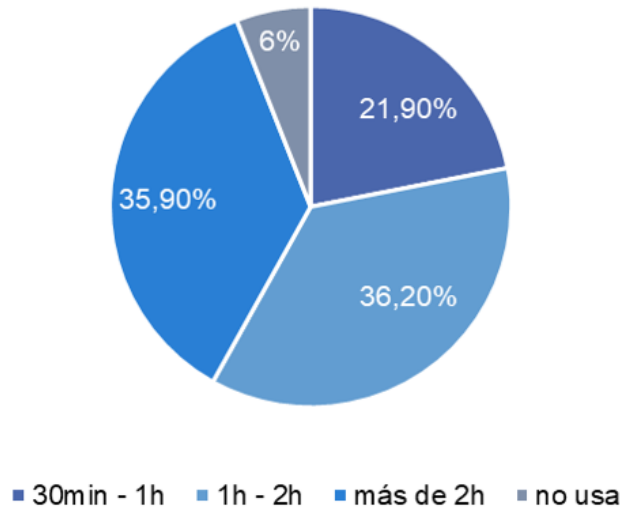
Figura 36. Medios a los que los niños están expuestos



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

El tiempo que dedican a estos medios se comprende entre 1 hora y 2 horas (36,2%), y mayor a 2 horas (35,9%). Se evidencia una relación de significancia estadística entre el tiempo en medios y el exceso de peso infantil ($p=,002$) (ver Figura 37).

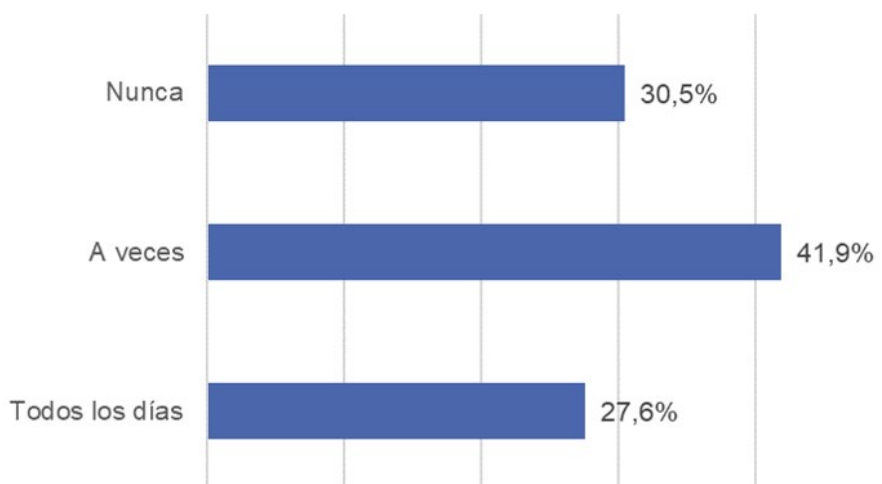
Figura 37. Tiempo de exposición diaria a los medios



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Mirar televisión mientras se ingiere alimentos, puede propiciar el desarrollo de obesidad ($p<0.05$). Los núcleos familiares tienen un hábito arraigado: ver televisión a la hora de la comida (ver Figura 38).

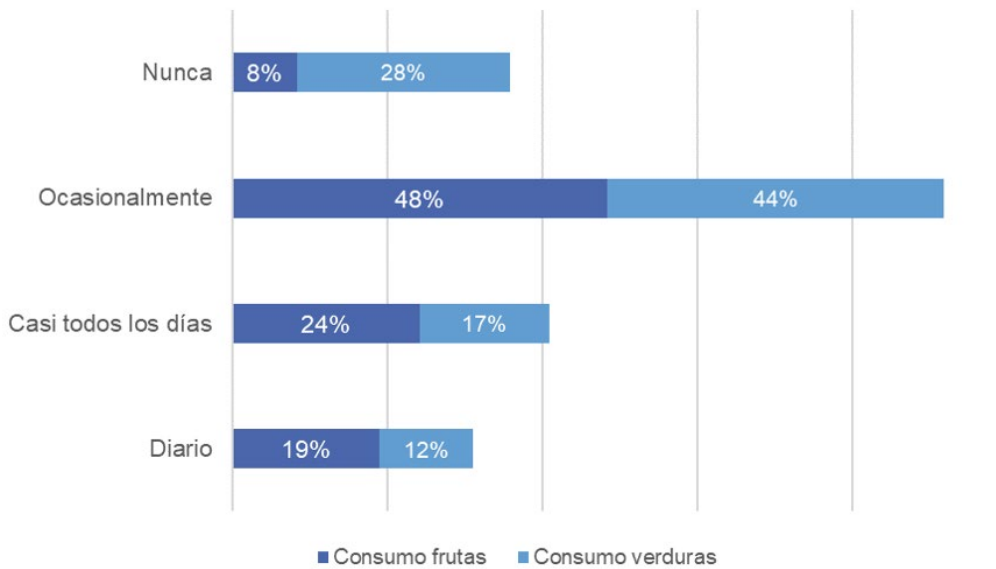
Figura 38. Frecuencia de televisión e ingesta de alimentos



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

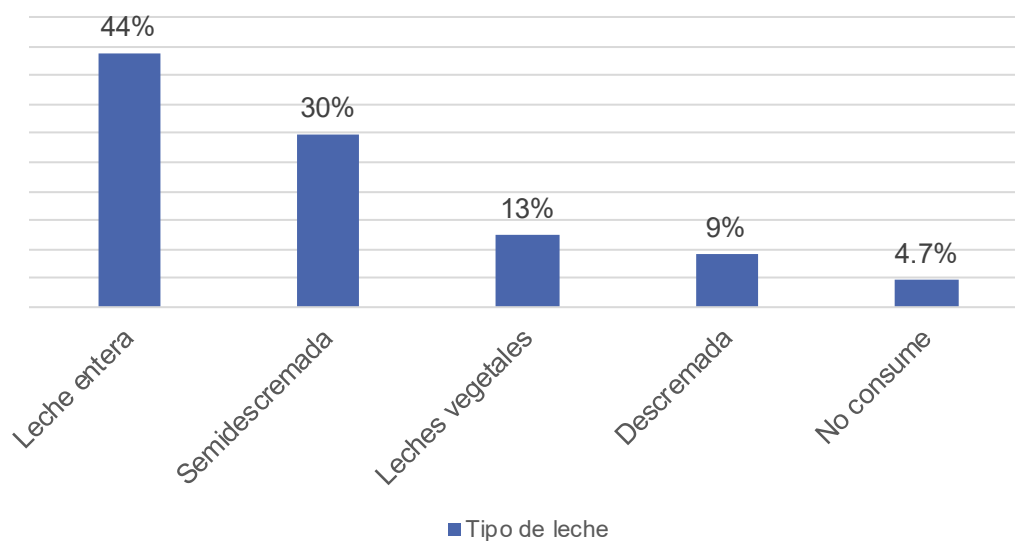
La tasa diaria de consumo de frutas y verduras en los niños apenas alcanza el 19% y 12% respectivamente (ver Figura 39). El consumo de lácteos al día, puntualmente leche, es del 34%, siendo leche entera (44%) y semidescremada (30%) las preferidas (ver Figura 40).

Figura 39. Tasa de consumo frutas y verduras en escolares



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

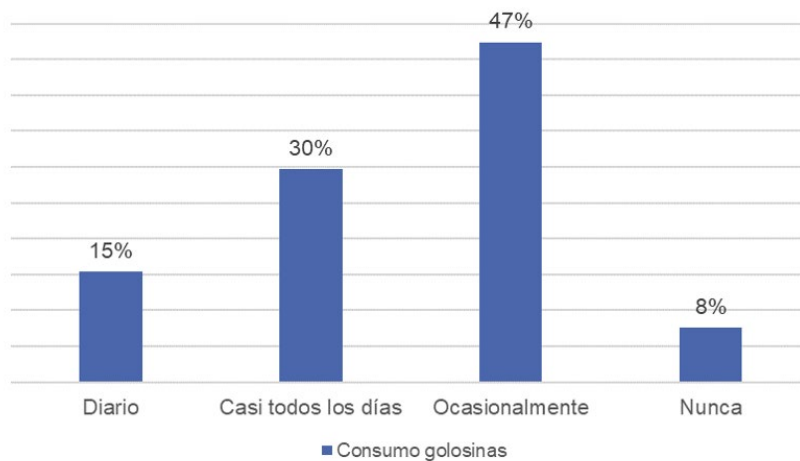
Figura 40. Tasa de consumo leche de vaca u otras



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

El consumo de golosinas (productos procesados con niveles altos de azúcares, edulcorantes y grasas) es habitual en los escolares, cerca del 30% las consume casi todos los días y el 15% todos los días (ver Figura 41). Se halló que 30% de los niños consume, al menos una vez al día, algún tipo de bebidas azucaradas y carbonatadas. La ingesta de estos alimentos se halla vinculada estadísticamente con el exceso de peso infantil ($p=,000$) y ($p=,007$) respectivamente.

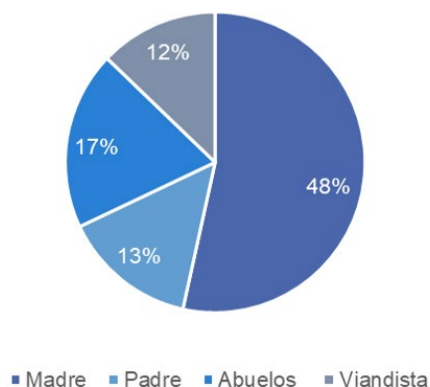
Figura 41. Tasa de consumo golosinas en escolares



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Se destacan tres actores encargados de cocinar los alimentos: la madre (47,9%), los abuelos (17%) y los viandistas (12%) (ver Figura 42). Referente a la alimentación para la escuela de los niños, esta responde a una mixtura: les dan dinero unas veces (entre \$1 y \$2) y otras les envía comida (36%).

Figura 42. Encargados de cocinar alimentos

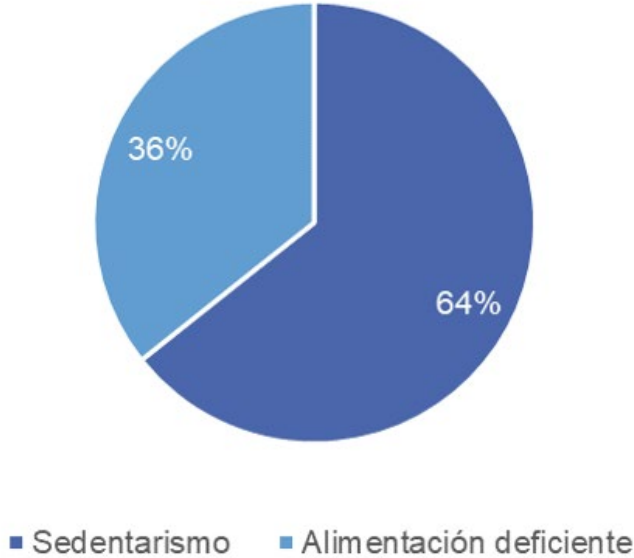


Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Con respecto, a las medidas realizadas por el Gobierno Nacional, hay una mayoría en favor a dichas políticas, particularmente de la semaforización (82%). El porcentaje restante considera que la medida debe mejorar la información de la etiqueta (18%). Así también, se considera ha existido un cambio positivo en la comercialización de alimentos expedidos en las instituciones escolares en el país (66%).

Se indagó el conocimiento que los progenitores tienen sobre la obesidad infantil, indicando conocer el tema 74%, y fue fuertemente asociado con comer mucho 60%. Sobre las causas que las originan (ver la Figura 43), una alimentación deficiente es una de las razones por las cuales se va creando tal enfermedad (64%).

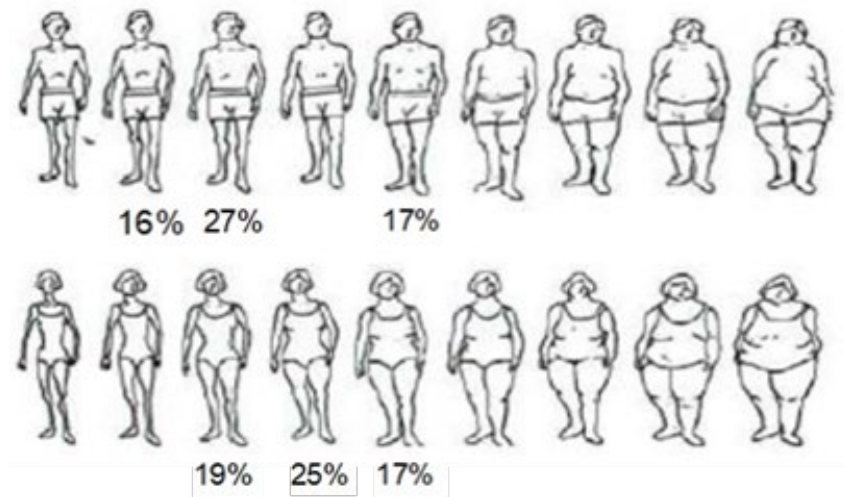
Figura 43. Causas conocidas de la obesidad



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

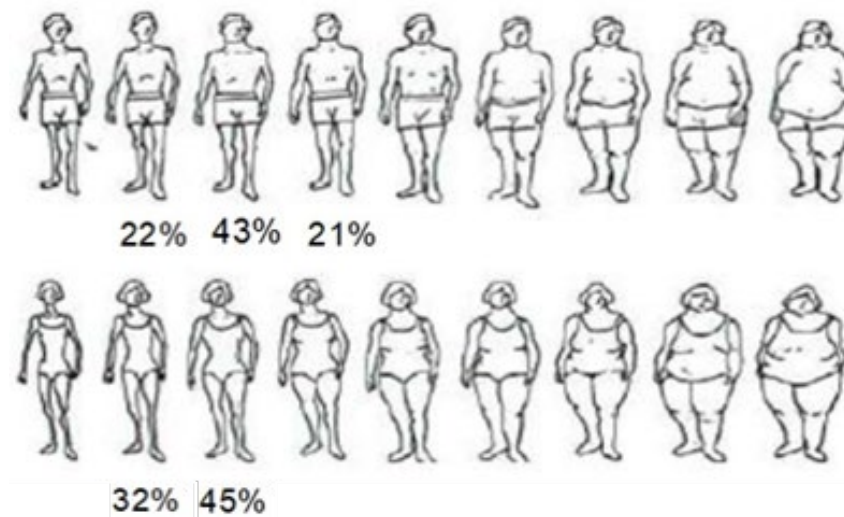
A los padres se les planteó una pregunta que tenía por objeto identificar cómo perciben su peso corporal y cuál sería el peso que desearían tener (ver Figuras 44 y 45).

Figura 44. Peso actual hombre y mujer



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

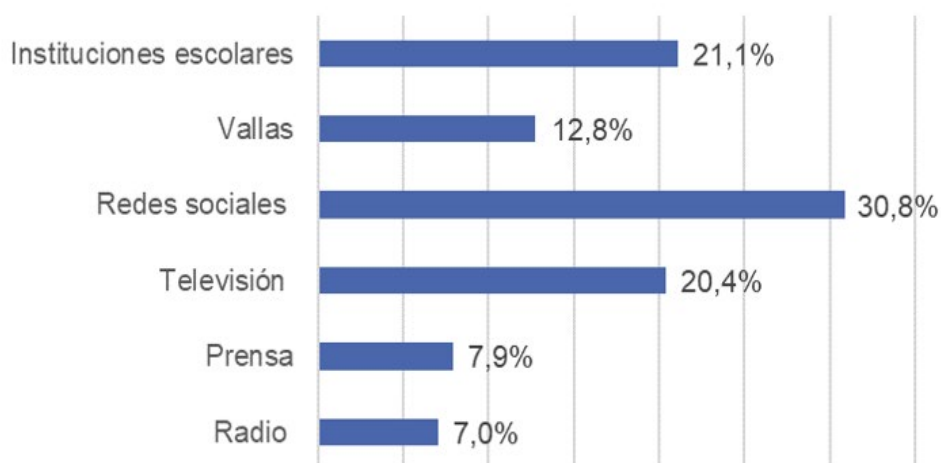
Figura 45. Peso deseado hombre y mujer



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

Se consultó a los progenitores sobre el tipo de comunicación que más impactaría para motivarlos a un cambio de hábitos. La respuesta fue el deseo de contar con una campaña directa (45%). Los medios predilectos para la comunicación fueron las redes sociales (31%), la televisión (20%) e instituciones escolares (ver Figura 46).

Figura 46. Medios de difusión de la campaña



Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por las encuestas.

El género sexual, el nivel de instrucción de los adultos responsables, el nivel de ingresos, mirar televisión en exceso (más que nada, a la hora de comer), el bajo consumo de frutas y verduras, el alto consumo de bebidas azucaradas y carbonatadas, el grado de conocimientos que los adultos poseen sobre la obesidad, son todos factores que participan en el desarrollo de la obesidad infantil. No obstante, casi la mitad de los encuestados manifestó el deseo de que se implemente una campaña directa de lucha contra la enfermedad.

A continuación, en la Tabla 17 se presentan los resultados de matrices correlacionales entre variables relevantes del estudio:

Tabla 17. Matriz correlación variables estudio

Coefficiente	Interpretación
$r=1$	Correlación perfecta
$0.80 < r < 1$	Muy alta
$0.60 < r < 0.80$	Alta
$0.40 < r < 0.60$	Moderada
$0.20 < r < 0.40$	Baja
$0 < r < 0.20$	Muy baja
$r=0$	Nula

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

El índice de correlación negativa se refiere a una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante. Una correlación positiva explica la relación entre dos variables: ambas aumentan o disminuyen simultáneamente. En este estudio las variables que entre sí poseen algún grado de relación (positiva o negativa), pueden confluir en el aumento del peso de los niños.

Análisis correlacional multivariante

Tabla 18. Matriz correlacional: peso del niño y datos demográficos de padres/tutores

		Edad del representante	Peso del niño	Nivel de educación del representante	Nivel de ingresos del hogar	Estado civil representante
Edad del representante	Correlación de Pearson	1	,497**	,319**	,207**	-,250**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
	N	685	685	685	685	685
Peso del niño	Correlación de Pearson	,497**	1	,292**	,293**	-,086*
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,025
	N	685	685	685	685	685
Nivel de educación del representante	Correlación de Pearson	,319**	,292**	1	,428**	-,021
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,575
	N	685	685	685	685	685
Nivel de ingresos del hogar	Correlación de Pearson	,207**	,293**	,428**	1	,002
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,955
	N	685	685	685	685	685
Estado civil representante	Correlación de Pearson	-,250**	-,086*	-,021	,002	1
	Sig. (bilateral)	,000	,025	,575	,955	
	N	685	685	685	685	685

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

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

En la Tabla 19, se observa que existe una relación significativa del 99% entre las variables contenidas en la matriz y el peso del niño, exceptuando el estado civil que posee una correlación negativa del 95%.

Tabla 19. Matriz correlacional peso del niño y características

		Peso del niño	Sexo del niño con sobrepeso u obesidad	Tipo de escuela del niño	Tiene internet	Tiene TV paga
Peso del niño	Correlación de Pearson	1	,275**	,286**	-,098*	0,00107682
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,010	,978
	N	685	685	685	685	685
Sexo del niño con sobrepeso u obesidad	Correlación de Pearson	,275**	1	,229**	-0,07016119	,199**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,066	,000
	N	685	685	685	685	685
Tipo de escuela del niño	Correlación de Pearson	,286**	,229**	1	-,206**	-,048
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,209
	N	685	685	685	685	685
Tiene internet	Correlación de Pearson	-,098*	-0,07016119	-,206**	1	,176**
	Sig. (bilateral)	,010	,066	,000		,000
	N	685	685	685	685	685
Tiene TV paga	Correlación de Pearson	0,00107682	,199**	-,048	,176**	1
	Sig. (bilateral)	,978	,000	,209	,000	
	N	685	685	685	685	685

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

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

En la Tabla 20, las variables “sexo del niño”, “escuela” e “internet” tienen una correlación fuerte con el peso del niño, por el contrario, la variable “tiene TV paga” no posee una relación.

Tabla 20. Matriz correlacional peso del niño, frecuencia consumo y deporte

	Peso del niño	¿Práctica deporte el niño?	Practica deporte el representante	Frecuencia niño come frutas	Frecuencia niño come vegetales	Frecuencia bebe niño leche y derivados	Tipo de leche que toma el niño
Correlación de Pearson	1	,096*	,191**	,245**	-,317**	,186**	,023
Sig. (bilateral)		,012	,000	,000	,000	,000	,539
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	,096*	1	,223**	,035	-,194**	-,021	,062
Sig. (bilateral)	,012		,000	,356	,000	,576	,103
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	,191**	,223**	1	,171**	-,200**	-,033	,145**
Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,387	,000
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	,245**	,035	,171**	1	,206**	,238**	,065
Sig. (bilateral)	,000	,356	,000		,000	,000	,091
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	-,317**	-,194**	-,200**	,206**	1	,051	-,087*
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,185	,023
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	,186**	-,021	-,033	,238**	,051	1	-,357**
Sig. (bilateral)	,000	,576	,387	,000	,185		,000
N	685	685	685	685	685	685	685
Correlación de Pearson	,023	,062	,145**	,065	-,087*	-,357**	1
Sig. (bilateral)	,539	,103	,000	,091	,023	,000	
N	685	685	685	685	685	685	685

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

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

La Tabla 21, muestra una relación significativa entre el peso del niño y la frecuencia con la que consume determinados alimentos, así como el hecho de que él y/o sus representantes practiquen deportes.

Tabla 21. Matriz correlacional peso del niño y frecuencia consumo

		Peso del niño	Frecuencia niño toma colas o sodas	Frecuencia niño come golosinas	Frecuencia familia come fritos
Peso del niño	Correlación de Pearson	1	,103**	,361**	,186**
	Sig. (bilateral)		,007	,000	,000
	N	685	685	685	685
Frecuencia niño toma colas o sodas	Correlación de Pearson	,103**	1	,103**	,213**
	Sig. (bilateral)	,007		,007	,000
	N	685	685	685	685
Frecuencia niño come golosinas	Correlación de Pearson	,361**	,103**	1	,258**
	Sig. (bilateral)	,000	,007		,000
	N	685	685	685	685
Frecuencia familia come fritos	Correlación de Pearson	,186**	,213**	,258**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	685	685	685	685

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

En la Tabla 22, se observa una relación fuerte (99%) entre la frecuencia de ingesta de alimentos como golosinas, snacks, fritos y bebidas carbonatadas con respecto al peso del niño.

Tabla 22. Matriz correlacional peso del niño y actividades tiempo libre

		Peso del niño	Actividades que realiza el niño en su tiempo libre	Tiempo a diario dedica el niño a los aparatos electrónicos que usa
Peso del niño	Correlación de Pearson	1	-,394**	-,074
	Sig. (bilateral)		,000	,052
	N	685	685	685
Actividades que realiza el niño en su tiempo libre	Correlación de Pearson	-,394**	1	,101**
	Sig. (bilateral)	,000		,008
	N	685	685	685
Tiempo a diario dedica el niño a los aparatos electrónicos que usa	Correlación de Pearson	-,074	,101**	1
	Sig. (bilateral)	,052	,008	
	N	685	685	685

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

La Tabla 23, expone que las actividades que realizan los niños en su tiempo libre, así como el tiempo que dedican al uso de medios electrónicos, se relacionan estrechamente con su peso.

Tabla 23. Matriz correlacional peso del niño y hábitos

		Peso del niño	Comida en familia (almuerzo o cena)	TV encendida durante la hora de comer	Tipo de comida que consume en la escuela
Peso del niño	Correlación de Pearson	1	-,057	,366**	,390**
	Sig. (bilateral)		,134	,000	,000
	N	685	685	685	685
Comida en familia (almuerzo o cena)	Correlación de Pearson	-,057	1	-,037	-,029
	Sig. (bilateral)	,134		,336	,446
	N	685	685	685	685
TV encendida durante la hora de comer	Correlación de Pearson	,366**	-,037	1	,379**
	Sig. (bilateral)	,000	,336		,000
	N	685	685	685	685
Tipo de comida que consume en la escuela	Correlación de Pearson	,390**	-,029	,379**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,446	,000	
	N	685	685	685	685

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

Fuente: Resultados obtenidos a partir de los datos de la investigación.

3.3. Modelo hogares con obesidad infantil

El *Decision Tree* es una técnica estadística para segmentar y estratificar mejor los grupos, permitiendo descubrir relaciones entre ellos y predecir eventos futuros a través de una presentación y clasificación muy visual. En esta investigación, se refiere a estratificar las variables independientes (la edad, el estado civil, el nivel de educación) conjugadas con la variable dependiente (el peso del niño) para la generación de modelos que a través de estas variables develen patrones característicos sociodemográficos y de estilo de vida de los hogares con niños con sobrepeso u obesidad. Los modelos se hallan en la sección de Anexos.

Por tanto, por medio de este análisis, se podrá evidenciar si la encuesta del presente estudio, servirá para la determinar en nuevos casos el sobrepeso y obesidad en niños entre 5 a 11 años. Se muestran los resultados de aquellos arboles de decisiones que indicaron los pronósticos más altos (más del 60%) de predicción sobre la variable de interés.

El Árbol 1B se formó a través de las variables presentes en la Tabla 24. Su pronóstico de acertar (predecir la variable dependiente) es del 63,7%, correspondiente a un porcentaje de error del 36,3%.

Tabla 24. Resumen del modelo Árbol 1B

ÁRBOL 1B		
Especificaciones	Variable dependiente Variables independientes	Peso del niño Edad del representante, Nivel de educación del representante, Nivel de ingresos del hogar, Estado civil representante, Sexo del representante, ¿Vive usted con el niño con obesidad o sobrepeso?
Resultados	Variables independientes incluidas	Edad del representante, Nivel de educación del representante, Nivel de ingresos del hogar, Estado civil representante, Sexo del representante
	Número de nodos Número de nodos terminales Profundidad	15 8 5

Riesgo

Estimación	Error estándar
0,363	0,17

Variable dependiente: Peso del niño

Clasificación

Observado	Pronosticado		
	Normal y Bajo	Alto y Sobrepeso	Porcentaje Correcto
Normal y Bajo	199	185	51,80%
Alto y Sobrepeso	94	290	75,50%
Porcentaje global	38,20%	61,80%	63,70%

Variable dependiente: Peso del niño

Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

El Árbol 4B se construyó con las variables presentes en la Tabla 25. Su porcentaje de acierto (predecir la variable dependiente) es del 62,6%, siendo su porcentaje de riesgo del 37,4%.

Tabla 25. Resumen del modelo Árbol 4B

ÁRBOL 4B		
Especificaciones	Variable dependiente Variables independientes	Peso del niño ¿Práctica deporte el niño?, Actividades que realiza el niño en su tiempo libre, Comida en familia (almuerzo o cena), TV encendida durante la hora de comer, Para el recreo del niño(a) ¿qué acostumbra hacer?
Resultados	Variables independientes incluidas	Actividades que realiza el niño en su tiempo libre, TV encendida durante la hora de comer, Para el recreo del niño(a) ¿qué acostumbra hacer?, ¿Práctica deporte el niño?, Comida en familia (almuerzo o cena)
	Número de nodos Número de nodos terminales Profundidad	13 7 4

Riesgo

Estimación	Error estándar
0,374	0,17

Variable dependiente: Peso del niño

Clasificación

Observado	Pronosticado		
	Normal y Bajo	Alto y Sobrepeso	Porcentaje Correcto
Normal y Bajo	191	193	49,70%
Alto y Sobrepeso	94	290	75,50%
Porcentaje global	37,10%	62,90%	62,60%

Variable dependiente: Peso del niño

Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

Finalmente, el Árbol 5B se construyó con las variables presentes en la Tabla 26. Su probabilidad de acierto (predecir la variable dependiente) es del 71,5%, siendo su tasa de error del 28,5%.

Tabla 26. Resumen del modelo Árbol 5B

ÁRBOL 5B		
Especificaciones	Variable dependiente Variables independientes	Peso del niño Frecuencia niño come frutas, Frecuencia niño come vegetales, Frecuencia niño toma colas o sodas, Frecuencia bebe niño leche y derivados, Frecuencia niño come golosinas, Frecuencia familia come fritos
Resultados	Variables independientes incluidas	Frecuencia familia come fritos, Frecuencia niño toma colas o sodas, Frecuencia niño come vegetales, Frecuencia niño come golosinas, Frecuencia niño come frutas
	Número de nodos Número de nodos terminales Profundidad	5 3 2

Riesgo

Estimación	Error estándar
0,285	0,16

Variable dependiente: Peso del niño

Clasificación

Observado	Pronosticado		
	Normal y Bajo	Alto y Sobrepeso	Porcentaje Correcto
Normal y Bajo	325	59	84,60%
Alto y Sobrepeso	160	224	58,30%
Porcentaje global	63,20%	36,80%	71,50%

Variable dependiente: Peso del niño

Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

3.4. Modelo matemático- método de clasificación KNN (*k*-nearest neighbors algorithm)

Es un algoritmo que clasifica cada dato nuevo en el grupo que corresponda, según tenga *k* vecinos más cerca de un grupo o de otro. Es decir, calcula la distancia del elemento nuevo a cada uno de los existentes, y ordena dichas distancias de menor a mayor para ir seleccionando el grupo al que pertenecer. Este grupo será, por tanto, el de mayor frecuencia con menores distancias.

El K-NN es un algoritmo de aprendizaje supervisado, dicho de otra forma, que a partir de un juego de datos inicial su objetivo será el de clasificar correctamente todas las instancias nuevas. El juego de datos típico de este tipo de algoritmos está formado por varios atributos descriptivos y un solo atributo objetivo (también llamado clase).

En contraste con otros algoritmos de aprendizaje supervisado, K-NN no genera un modelo fruto del aprendizaje con datos de entrenamiento, sino que el aprendizaje sucede en el mismo momento en el que se prueban los datos de test. A este tipo de

algoritmos se les llama *lazy learning methods*. Como se observa, sin duda, se trata de un algoritmo tremendamente simple, pero con una buena efectividad. Destacar que K-NN es muy sensible a:

- La variable k, de modo que con valores distintos de k podemos obtener resultados también muy distintos. Este valor suele fijarse tras un proceso de pruebas con varias instancias.
- La métrica de similitud utilizada, puesto que esta influirá, fuertemente, en las relaciones de cercanía que se irán estableciendo en el proceso de construcción del algoritmo. La métrica de distancia puede llegar a contener pesos que nos ayudarán a calibrar el algoritmo de clasificación, convirtiéndola, de hecho, en una métrica personalizada.

A continuación, se muestra el modelo matemático empleado:

Tabla 27. Método KNN aplicado al estudio

KNN (k-nearest neighbors algorithm)	(k=3)
	NER
cal	0,8457
cv	0,8544
pred	0,8266

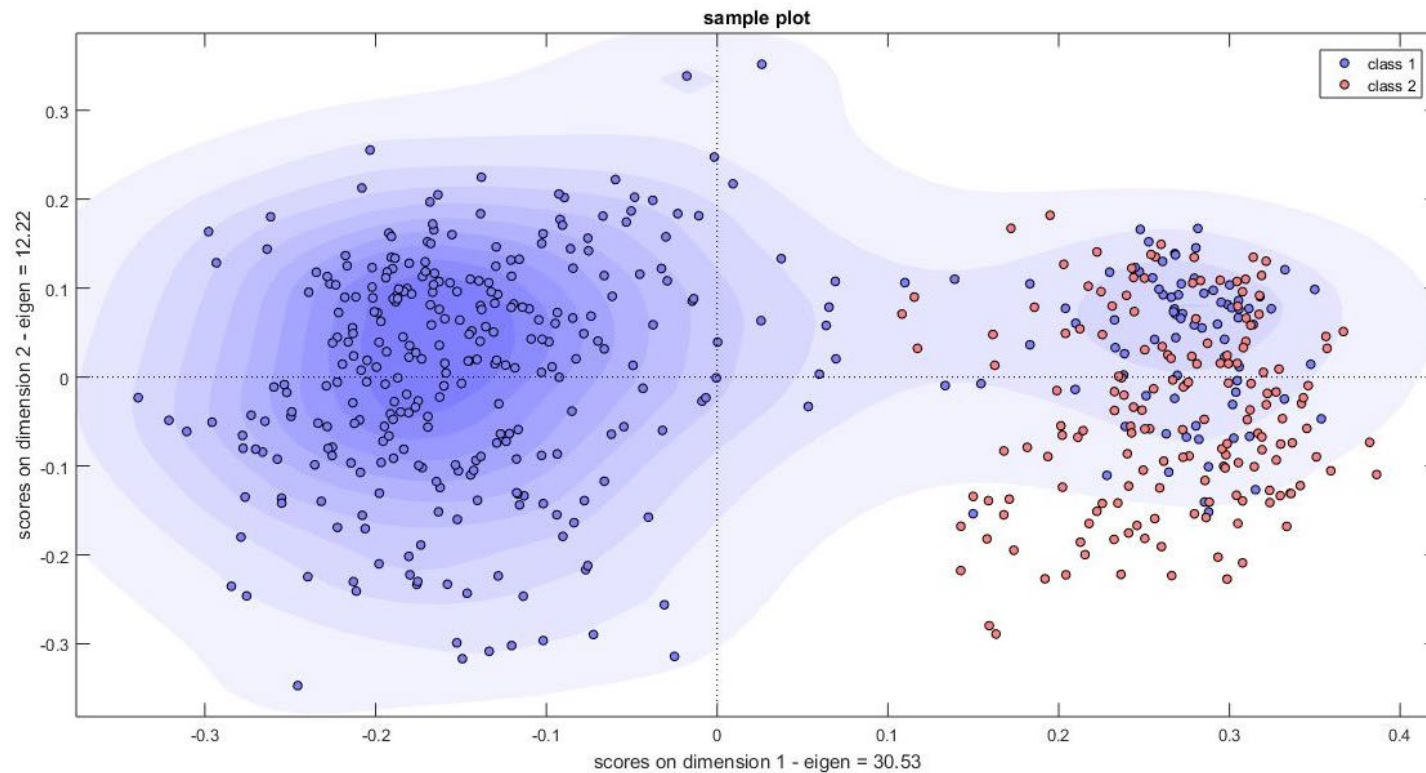
Fuente: Elaborado a partir del Método KNN.

Se aplicó un método algorítmico (KNN), el cual busca en las observaciones más cercanas a la que se está tratando de predecir- que, en este caso, es el “peso del niño” y clasifica el punto de interés basado en la mayoría de datos que le rodean.

En la Tabla 27, puede leerse de la siguiente manera: A través del uso de 81 variables del instrumento de investigación utilizado, el modelo tiene la capacidad de predecir el sobrepeso en un niño(a) del 82,66%. Es decir, que a través del uso de la encuesta de este estudio es posible encontrar niños/as con sobrepeso u obesidad, con un alto grado de fiabilidad.

3.5. Escalado multidimensional

Figura 47. Escalado multidimensional Clase 1

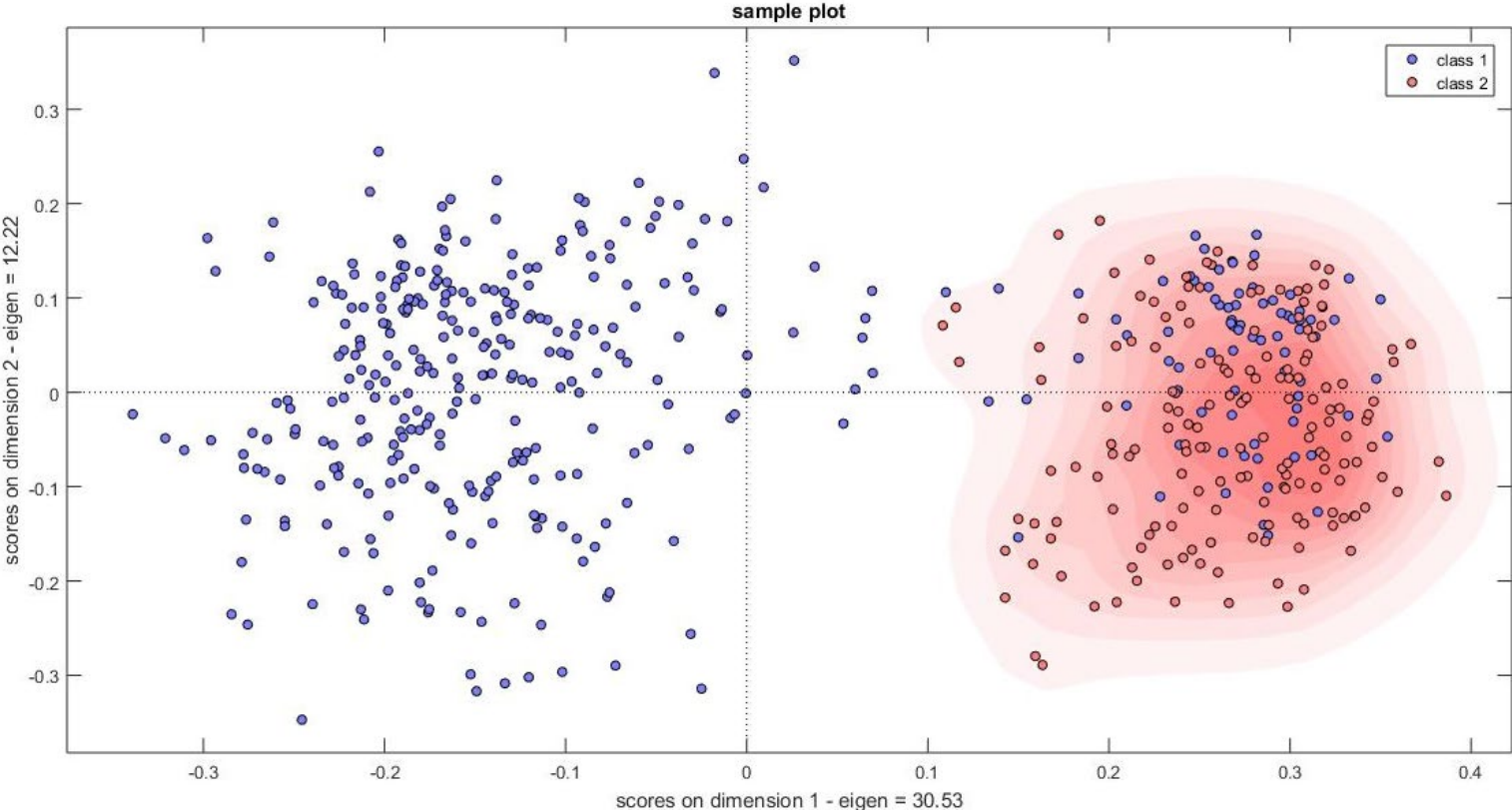


Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

La Figura muestra los dos tipos de grupos o clases en las que se agrupó a los niños. Siendo así: la clase 1 se refiere a los niños(as) que tienen sobrepeso/obesidad y clase 2 que no tiene sobrepeso/obesidad. En la figura se presentan como color azul y rojo respectivamente.

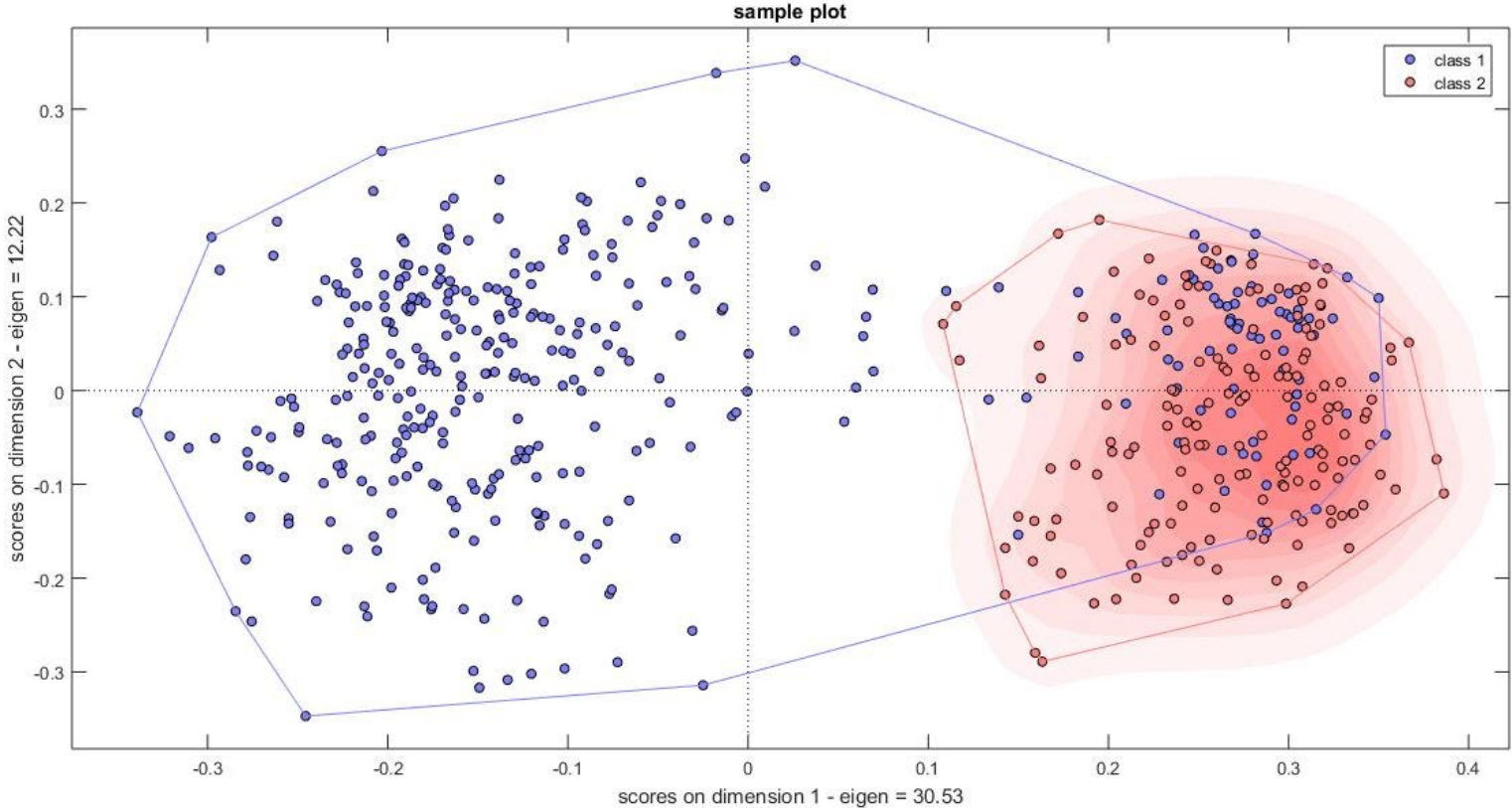
Las Figuras 48 y 49, indica como la clase 1 se encuentra fuertemente concentrados entre sí, no obstante, existe una pequeña minoría que trasciende a la clase 2, lo que puede sugerir que los niños con sobrepeso comparten ciertas características en los hábitos de estos.

Figura 48. Escalado multidimensional Clase 2



Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación

Figura 49. Escala multidimensional perímetro clases



Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

3.6. Variables significantes en relación a la variable dependiente* del estudio

Tabla 28. Variables significantes en relación a la variable dependiente* del estudio

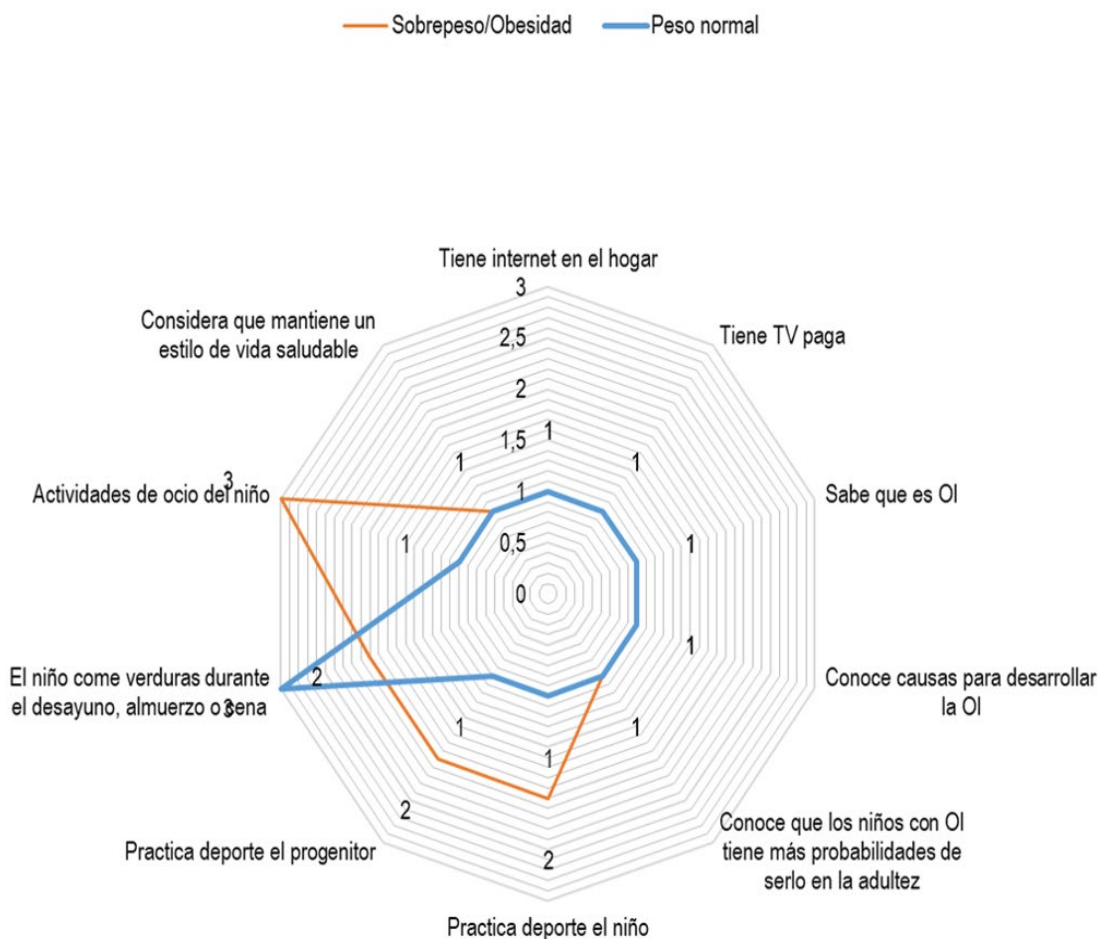
Variable dependiente: Peso del niño

Pregunta	Variable	Significancia % (0,05)
<i>Demográficas</i>		
1 P2. Edad del representante	Edad R	0,000
2 P3. Estado civil del representante	Estado civil R	0,000
3 P4. Nivel de instrucción del representante	Nivel de Instrucción R	0,000
4 P5. Ingresos económicos mensuales del hogar acorde al salario básico (\$386)	Ingresos Hogar	0,000
5 P9. Sexo del niño(a)	Sexo Niño	0,021
<i>Estilo de vida, hábitos y conocimiento</i>		
6 P10. Su hijo estudia en escuela:	Tipo de escuela	0,019
7 P11. ¿Tiene internet en su hogar?	Internet hogar	
8 P12. ¿Tiene televisión paga?	TV paga hogar	0,070
9 P13. ¿Sabe usted lo que es obesidad infantil?	Conocimiento OI	0,000
10 P14. Obesidad, ¿es sinónimo de comer mucho?	Comer mucho	0,000
11 P17. ¿Sabía usted que los niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de seguirlo siendo en la adultez?	Conocimiento OI adultez	0,014
12 P18. Practica algún deporte el niño:	Deporte niño	0,032
13 P20. ¿A qué dedica el niño su tiempo libre?	Tiempo libre niño	0,000
14 P22. En base a la pregunta anterior, ¿qué tiempo el niño utiliza dichos aparatos?	Tiempo dedicado a medios	0,002
15 P23. ¿En su hogar el almuerzo y cena se comparte en familia?	Comida en familia	0,000
16 P24. ¿En su casa al momento de almorzar o merendar la televisión está encendida?	TV encendida al comer	0,005
17 P35. ¿Con qué frecuencia come su hijo frutas?	Frecuencia consumo frutas	0,000
18 P36. ¿Con qué frecuencia come su hijo verduras?	Frecuencia consumo verduras	0,001
19 P37. El niño come verduras durante el desayuno, almuerzo o cena:	Consumo verduras entre comidas	0,028
20 P38. Entre comidas el niño consume frutas o vegetales:	Consumo frutas entre comidas	0,000
21 P39. ¿Con qué frecuencia bebe su hijo leche y sus derivados?	Frecuencia consumo leche	0,000
22 P40. El tipo de leche que bebe el niño es:	Tipo leche	0,000
23 P41. El niño come golosinas, pasteles, galletas:	Consumo golosinas	0,000
24 P.42 El niño bebe gaseosas/colas/sodas:	Consumo sodas	0,007
25 P45. ¿Practica usted algún deporte o actividad física?	Deporte R	0,000

Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

3.7. Perfil de hogares con niños con SP, OB y peso normal

Figura 50. Perfil de los hogares con obesidad infantil vs hogares con niños con peso normal



Fuente: Ríos (2021). A partir de los datos de la investigación.

Como se observa en la Figura, los dos grupos de hogares comporten características en común, pero con diferencias significativas y determinantes en sus hábitos cotidianos.

En resumen, la ENSANUT-ECU (2011-2013) indicó que en Ecuador existe un 29,9% de niños entre 5 y 11 años que presentan exceso de peso. La prevalencia es concordante con el aumento a un ritmo alarmante a nivel mundial de esta patología,

pues en el año 2013, de los 7.137 millones de habitantes del mundo, 42 millones de niños y niñas menores de 5 años, padecieron sobrepeso (OMS, 2015).

Los resultados arrojados en este estudio, señalan que los factores socio-demográficos si influyen en la obesidad de la ciudad de Cuenca-Ecuador. En la presente tesis doctoral, se encontró además que, más del 66% de los adultos no practican deportes. Si el progenitor practica deporte o realiza actividades físicas (caminatas, trote, bailoterapia) es estadísticamente insignificante con el exceso de peso de su hijo ($p=,000$).

Adicionalmente, existe una inadecuada asociación entre exceso de peso e ingesta de gaseosas ($p=,007$) y golosinas ($p=,000$) en la alimentación cotidiana de los hogares. La mayoría de los niños incluyen dentro de la alimentación en casa (30%); alimentos endulzados, comidas rápidas, grasas, alimentos fritos, gaseosas y alimentos de paquete.

La política del Gobierno del Ecuador con respecto a la comercialización de productos expedidos en las instituciones escolares, ha sido percibida por la muestra poblacional como un cambio favorable para la salud alimentaria de los estudiantes, confirmándolo mediante la cifra arrojada del 66%. Al igual, que la medida aplicada a los productos a través de la etiqueta de semaforización, tuvo una nivel de aceptación poblacional del 82%, siendo acogida de forma positiva.

Los progenitores y cuidadores, señalaron que una comunicación que los impactaría para motivarlos a un cambio de hábitos, sería una campaña directa (45%) y gustarían que fuese promovida a través de redes sociales, medios televisivos e instituciones escolares, con la incorporación del marketing social como herramienta novedosa y efectiva para tal fin.

Se encontraron tres actores claves en la alimentación de los escolares: la madre (47,9%), los abuelos (17%) y los viandistas (12%). Por tanto, deben ser parte de la propuesta de marketing social de este proyecto, aprovechando los esfuerzos realizados, en este caso, por la madre cuya intención se enfila hacia mejorar lo más eficientemente la calidad de los alimentos que consumen los niños.

Algunos de los factores de riesgo para padecer sobrepeso u obesidad encontrados fueron:

- Permanecer en el hogar sin realizar actividades físicas (36,7%); dedicando la mayor parte del tiempo de ocio a la interacción con medios electrónicos (42,7%);
- Consumo deficiente de frutas (19%) y verduras (12%) al día y;
- Aumento de ingesta de alimentos azucarados y carbohidratos (15%) y bebidas carbonatadas (30%) al día, así como mirar televisión mientras se consume alimentos (27,6%).

De acuerdo a las evidencias empíricas de esta investigación, el NSE de los hogares constituye un elemento participante en la obesidad infantil ($p=,000$). Se hizo evidente que el 54% de los niños con sobrepeso u obesidad estudia en escuelas privadas, el 29% estudia en escuelas fiscales y el 17% en fiscomisionales. Se identificó una significancia entre el exceso de peso del escolar y la característica sociodemográfica del instituto de educación donde acude. Siendo entonces, importante considerar la difusión de la información para la promoción de la salud de manera apta y útil para cada uno de los estratos poblacionales.

3.8. La Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en Cuenca

Para International Organización Internacional de Normalización (ISO por sus siglas en inglés, 2010) la RSE es el compromiso de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medio ambiente, mediante un comportamiento ético y transparente basándose en 7 lineamientos importantes (ver figura 51).

Figura 51. Responsabilidad social: 7 materias fundamentales



Fuente: Norma ISO 26000 (2010). La numeración indica el correspondiente número del capítulo de la Norma.

Como se puede observar las materias conllevan a la definición de una serie de políticas y acciones que las firmas empresas de manera voluntaria para contribuir a la sociedad, proteger la naturaleza y mantener buenas relaciones con los agentes interesados. Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (citado en Aguilera y Puerto, 2012) define la RSE como como el conjunto de acciones que toman en consideración las empresas para que sus actividades tengan repercusiones positivas en la sociedad y que reafirman los principios y valores por los que se rigen, tanto en sus propios métodos y procesos internos como en su relación, con los demás actores.

En definitiva, existen una gran cantidad de definiciones sobre la RSE según el área de estudio, pero en general vemos que son actividades que realizan las organizaciones, para beneficiar o compensar el medio ambiente o actividades

externas, pero sin olvidar a los trabajadores y su principal la de satisfacer al cliente y obtener ganancias y buenas regalías para su actividad.

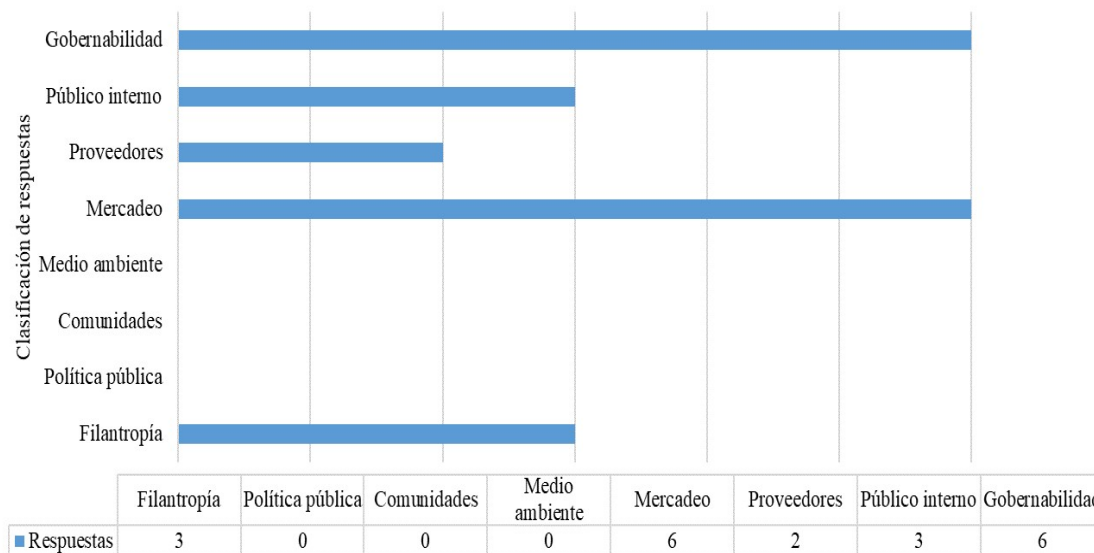
En relación a este trabajo doctoral, se exploró el tema de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en la ciudad de Cuenca, a razón de comprender la percepción existente en las MiPymes del sector alimentario. El abordaje se inició con el ápice estratégico empresarial (n=6) y expertos en RSE (n=6), posteriormente a ello se diseñó y aplicó un cuestionario para el nivel operativo de las organizaciones alimentarias.

3.8.1. Fase cualitativa

Entrevistas a empresarios

Empleando esta excelente herramienta científica, se pudieron obtener datos relevantes que enriquecieron a la investigación, ya que la misma fue empleada a informante claves que dieron sus puntos de vistas enmarcadas en el empirismo y observación en el campo. Se realizaron entrevistas en profundidad dirigidas a líderes empresariales. Cada una de las preguntas fue respondida por todos los participantes (n=6). La primera pregunta se clasificó según los siete ejes de la ISO 26000 y se agregó la categoría Filantropía, como se aprecia en la siguiente Figura 52.

Figura 52. Clasificación respuestas sobre la RSE



Fuente: Ríos et al. (2019b, p. 38).

Mayormente, los empresarios perciben la RSE como una cultura organizacional ética y transparente a nivel interno y externo, siendo vital el cumplimiento de la legislación (eje gobernabilidad) y la oportunidad de fortalecer la marca (eje mercado). Mencionaron la importancia de crear acciones para mejorar la calidad de vida laboral a la par del equilibrio trabajo-familia (eje público interno). La mitad de los entrevistados asociaron la RSE con actividades de filantropía. Cabe aclarar que los sujetos indicaron más de un eje simultáneamente en sus respuestas.




La empresa como institución social, tiene una credibilidad y legitimidad social que necesita mantener para garantizar su existencia y por lo tanto mantenerse en el mercado. Esta se consigue al responder a las expectativas que los consumidores y la sociedad tiene de ella y asumiendo los valores y los comportamientos que la sociedad le pauta. Además de que las empresas se encuentran en medio de condiciones difíciles que se caracterizan por la sobreoferta de productos y niveles de competencia cada vez mayores lo cual lo deja en niveles de incertidumbre mayores.

Por lo tanto, se observa que los resultados hacia la RSE no se convierten en una ley impuesta, sino que, se transforma en un elemento diferenciador de marca, pero no solamente se tiene que ser aplicada al producto final o a las actividades de apoyo al medio ambiente, también debe ir más allá aplicarla a un nivel interno con los trabajadores, para ofertar a su vez, garantías que generen mecanismos de ciertos

beneficios sociales o laborales a sus empleados y anunciarlos como parte de su política o cultura de RSE empresarial.











Para lograr diferenciar los resultados, se realizaron preguntas aplicando el método de semaforización (ver Tabla 29). Los datos en detalle, se pueden observar en la siguiente Tabla 30.

Tabla 29. Método de calificación semaforización por resultados

	Si hay un consenso mayoritario 80% o más
	Alrededor del 50%
	Si es minoritario 20% o menos

Fuente: Ríos et al. (2019b, p. 37).

Tabla 30. Resultados de la calificación

		<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Consenso</i>	
COGNITIVO		¿Aplica conceptos de RSE actualmente en su empresa?	Fomentar un ambiente interno armónico.		
			Comercializar productos de calidad.		
			Realizar donativos o acciones benéficas.		
		¿Considera que la RSE puede ser una estrategia de crecimiento empresarial?	Oportunidad de negocio.		
			Aporta a la imagen y rentabilidad empresarial.		
			No, tiene que ver con acciones de filantropía.		
		¿Considera que la RSE favorece a crear mejores condiciones sociales y medio ambientales?	La RSE impulsa a un buen vivir organizacional y social.		
			¿Considera importante establecer vínculos positivos entre sus empleados y proveedores?	Indispensable el cultivar un ambiente laboral adecuado con sus trabajadores y colaboradores.	
			¿Estaría de acuerdo en recibir capacitación usted y sus colaboradores sobre la RSE?	Si, empresa y proveedores.	
				Solo la empresa es suficiente.	

Fuente: Ríos et al. (2019b, p. 38).

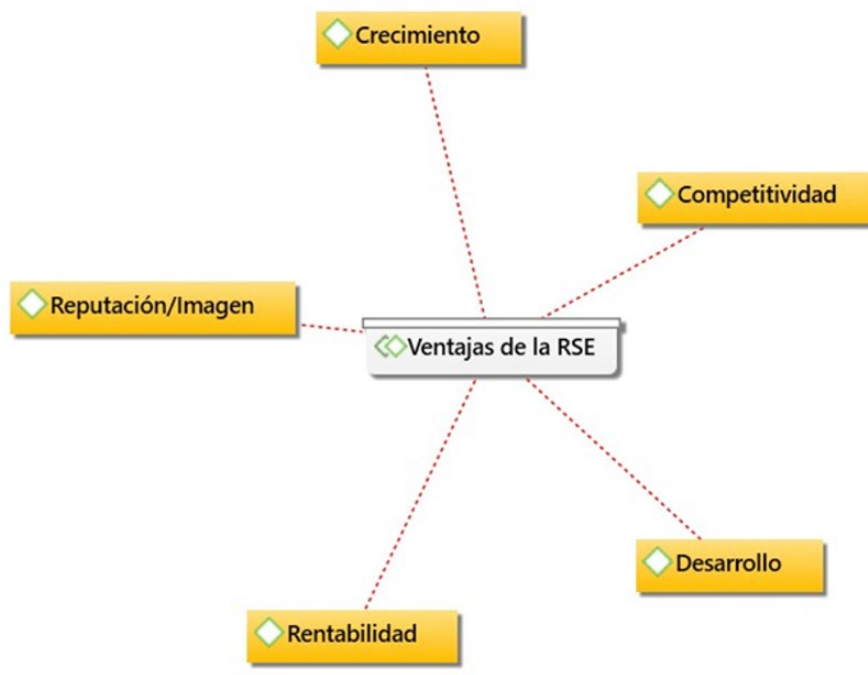
Entrevistas a expertos en RSE

Los puntos destacados en las entrevistas a los expertos en RSE son:

- Se definió a la RSE como el compromiso adoptado de manera voluntaria por las personas y sus organizaciones hacia la responsabilidad sobre sus impactos por consecuencia de sus operaciones en sus grupos de interés, la sociedad y el medio ambiente.
- Es necesario crear espacios que fomenten la integración empresa-familia, ya que las organizaciones se conforman por seres humanos con necesidades tanto personales como profesionales. Se hace hincapié en la importancia de involucrar a la familia y la sociedad en las actividades extra laborales para que de esta forma se logre un compromiso de pertenencia y satisfacción de todo el personal involucrado.
- Es vital que la RSE se adhiera a la cultura organizacional de las compañías, propagándose desde los altos mandos hasta toda la organización.
- Se debe realizar una correcta aplicación de las acciones de RSE para poder conseguir beneficios para todas las partes interesadas.

En las siguientes tres figuras, se presentan los términos clave que resultaron de la aplicación de las entrevistas (ver Figuras 53, 54 y 55).

Figura 55. Ventajas de la RSE



Fuente: Ríos et al. (2019b, p. 40).

3.8.2. Fase cuantitativa

Los hallazgos cuantitativos basados en la investigación de Ríos et al. (2019b), denotan lo siguiente:

- El 53% de los sujetos afirman saber a qué hace referencia la RSE, mas no tienen un concepto claro sobre la misma. Un 47% desconoce totalmente sobre la RSE.
- El 70% de los participantes consideran importante la gestión de las organizaciones de la localidad basada en la responsabilidad social.
- 79% de los trabajadores desean que en su trabajo se cree en espacios y acciones que vinculen a la empresa y a las familias (organizaciones inteligentes).
- El 86% de los individuos perciben que la RSE, puede ser una ventaja para las compañías ante los *stakeholders* y el mercado en el que incursionan y, de esta manera, fomentar y/o mejorar la imagen y la reputación corporativa.

- 57% no la consideran como una estrategia que pueda impulsar las ventas o el desarrollo económico organizacional.
- El 45% de los sujetos opinan que, dentro de los centros de educación (colegios, universidad e institutos) deberían impartirse conocimientos relacionados con el cuidado ambiental y la responsabilidad social.
- El 31% se muestran indiferentes, frente al cuidado ambiental tanto a nivel personal como empresarial. En contraste, los sujetos opinan estar de acuerdo de cuidar y proteger el medio ambiente (41%). Sin embargo, al momento de preguntar si estos participan en actividades o realizan acciones que aporten al cuidado del ambiente, la tasa de respuesta que afirma hacerlo se reduce (16%).
- El 58% consideran que en Ecuador no se fomenta desde el Estado, la aplicación de la RSE en las empresas.
- Finalmente, se declara interés por conocer sobre la RSE, el 43% de trabajadores así lo expresaron.

Resultados de las fases cuantitativas y cualitativas

La información recolectada señala que, la RSE del sector industrial de alimentos en la ciudad de Cuenca, se encuentra en instancia de gestación. Las creencias sobre la RSE se hallan relacionadas en cierta medida con acciones filantrópicas, es decir, se la percibe con tinte caritativo; en lugar de hacerlo como una estrategia de negocios viable, rentable y sustentable, con miras a incrementar la satisfacción de los *stakeholders*, asegurando al mismo tiempo, la generación de riqueza y sostenibilidad a largo plazo.

La RSE debe ser comprendido como el compromiso que tienen los ciudadanos, las instituciones (públicas y privadas) y las organizaciones sociales en general, para contribuir al mejoramiento del bienestar poblacional. Las actividades operativas empresariales, deben tener en cuenta los intereses de la sociedad y el desarrollo sostenible, las cuales deben estar fundadas en el comportamiento ético y en el cumplimiento de las leyes. Una empresa socialmente responsable se caracteriza por

escuchar los intereses de las diferentes partes (proveedores, accionistas, empleados, consumidores, gobierno, y comunidad) e incorporarlos en el planeamiento de sus actividades, es decir, que deberían formar parte de una estrategia organizacional.

En las empresas del sector aún se opera con modelos de negocios rígidos y unilaterales. Los altos mandos empresariales reconocen necesaria la responsabilidad social y que a través de ella se obtienen beneficios, pero no hay congruencia entre la concepción y la actuación.

Con respecto a la comunicación organizacional interna, se vislumbran ciertas deficiencias en difundir las acciones que las empresas emprenden para respaldar sus grupos de interés, lo cual representaría un pilar fundamental para desarrollar un modelo de RSE en la organización.

Por último, desde el enfoque del talento humano, se manifiesta fuertemente que los trabajadores buscan obtener mayores remuneraciones y que las mismas se encuentren acorde a sus responsabilidades laborales. Es importante y necesario que la compañía integre de forma adecuada trabajo, familia, salud, calidad de vida y crecimiento y desarrollo profesional.

4. Plan de Marketing Social MARCO 593 para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad infantil en el área urbana de la ciudad de Cuenca, Ecuador

Siempre que se debe incurrir en un proceso innovador que impulse las operaciones generales organizacionales, es importante y relevante tomar en consideración a la planeación como componente fundamental para la permanencia y fortalecimiento de las compañías. Lo que se busca es enmarcar actividades productivas y comerciales que sostenga la captación de la marca y los ingresos empresariales.

Sin embargo, se pudo observar que en su mayoría las empresas inician sus operaciones comerciales sin tener claro un plan estratégico, ni de negocios y mucho menos de Marketing. Esto conduce a deducir que, si se parte del hecho de que previamente se tiene definido la apertura del negocio, se debe a la par un planteamiento estratégico formal que integre elementos que establezcan un rumbo tales como la misión, la visión, los valores y las metas gerenciales. Lo más importante de todo esto es que, de manera conjunta y armónica, las organizaciones deberían incorporar a la planeación estratégica, un plan de negocios y Marketing; que coadyuven a solidificar el rumbo empresarial.

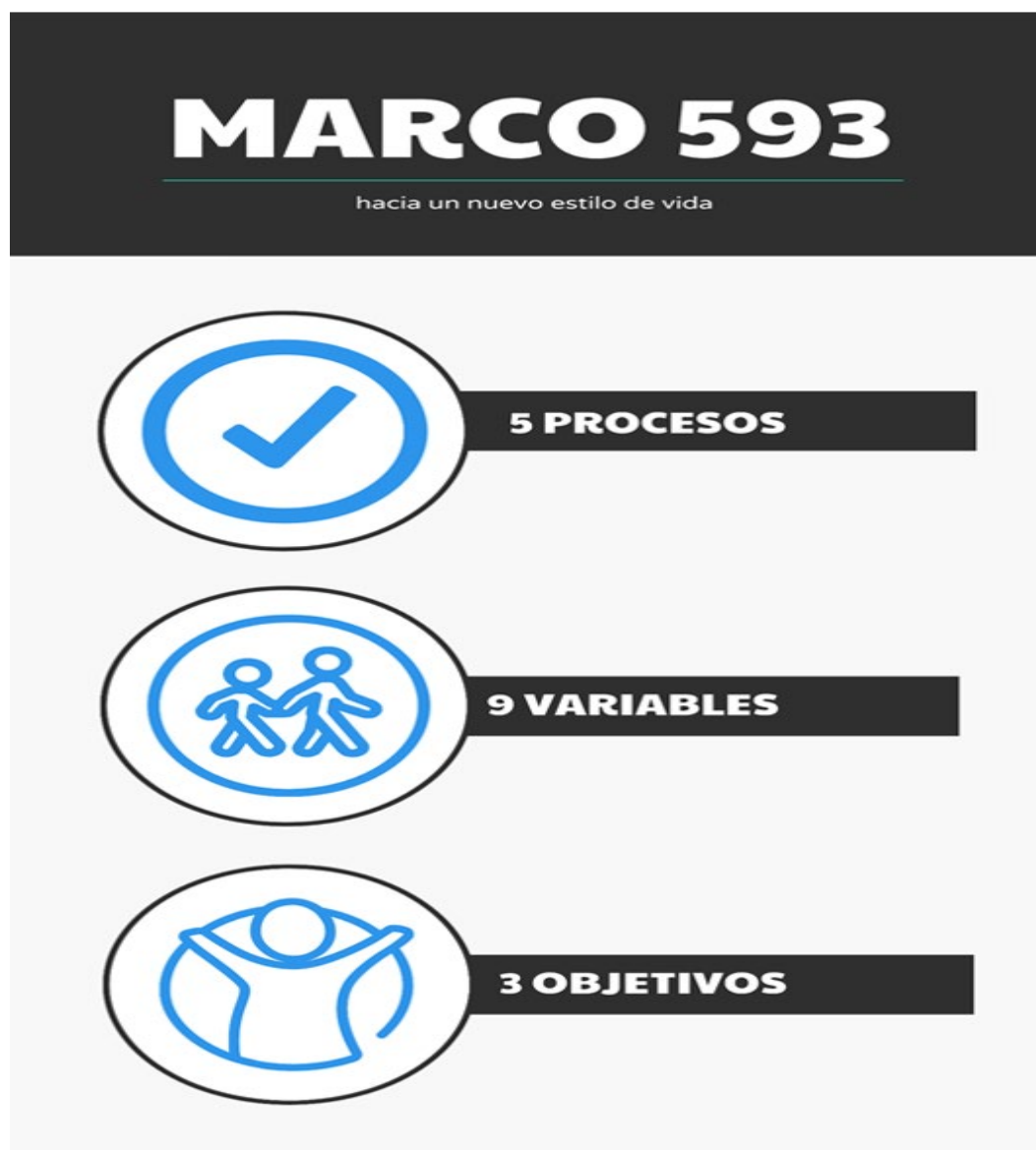
Un verdadero y comprometedor Plan de Marketing, viene a convertirse en una herramienta dinámica que las organizaciones deben implementar para mantenerse o crecer, ya que trae consigo entre sus apartados principales; un análisis de la situación, objetivos, estrategias, plan operativo y presupuesto, así como una evaluación de mercado. Si se cuenta con el plan estratégico se tiene definido el rumbo, por lo tanto, la idea será más efectiva porque hay una ruta marcada y las acciones no estarán basadas en caprichos u ocurrencias.

El Marketing es útil para satisfacer las necesidades del cliente y para mantener actualizadas las estrategias. Hoy en día existe el mercadeo dinámico que, por medio de las diferentes herramientas de tecnologías de información y redes sociales, puede ayudar a alcanzar los objetivos y metas de una empresa. A su vez, ofrece también herramientas para la medición de las estrategias digitales, como lo es la publicidad, qué tanto se debe gastar, cuál es el momento indicado para lanzar un promocional, entre otros.

El Plan de Marketing Social propuesto en esta investigación denominado MARCO 593, se encuentra diseñado con la aspiración de contribuir a la prevención y reducción del sobrepeso y la obesidad infantil. Para ello apunta a promover modificaciones en los hábitos alimenticios y fomentar la cultura de la actividad física.

Conocidas las condiciones socio-económicas y demográficas de la ciudad de Cuenca, el plan pretende involucrar a las entidades públicas y privadas, como también empoderar a los adultos en la participación activa del mejoramiento de la salud física, mental, emocional y social.

Figura 56. Plan Marco 593



Fuente: Ríos, M. (2021).

Entre los componentes que constituyen al Plan de Marketing Social MARCO 593 (ver figura 57), se destacan tres grandes grupos: las 5 E, las 9 variables de la intercomunicación y objetivos fundamentales para garantizar su buen funcionamiento.

Figura 57. Componentes del Plan Marco 593

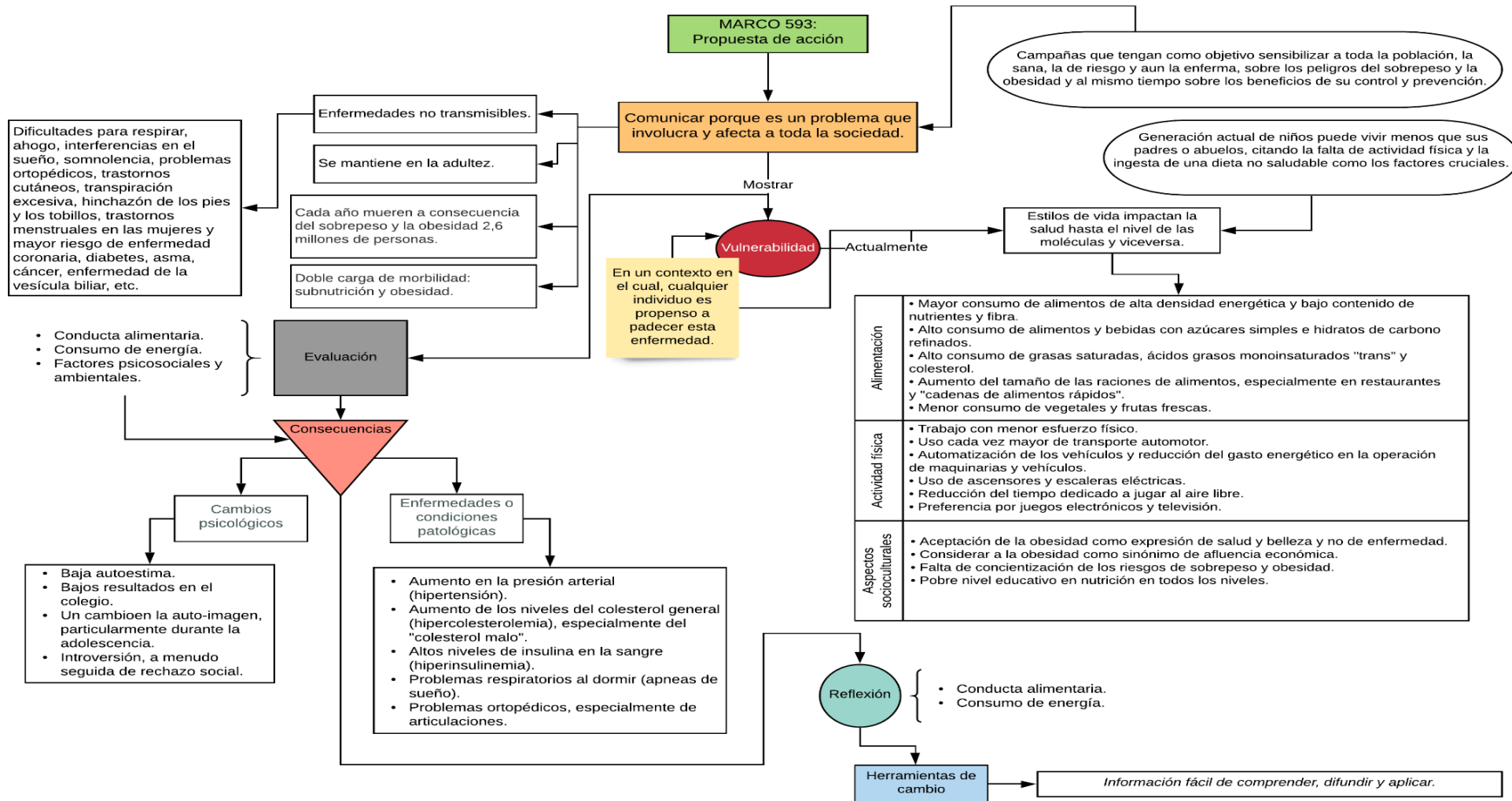


Fuente: Ríos, M. (2021).

4.1. Propuesta de acción

Esta etapa contempla cada uno de los aspectos que conforman el Plan de Marketing Social MARCO 593. A continuación, se presenta un mapa conceptual que engloba las características que lo componen.

Figura 58. Aspecto del Plan Marco 593



Fuente: Ríos, M. (2021).

4.2. Audiencia

El Plan de Marketing Social MARCO 593, tiene como objeto convertirse en un ente que aporte elementos y estrategias relacionadas con la prevención hacia la obesidad infantil, así como, ser garante y factor comunicativo relacionado con las no conformidades o consecuencias que se pueden originar, de seguir manteniendo un comportamiento incorrecto en materia de una alimentación abundante e inadecuada en azúcares y grasas a la población del área urbana de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

La audiencia meta de la propuesta se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31. Receptores de la propuesta MARCO 593

Padres o representantes	con niños de 5 a 11 años	Con algún grado de sobrepeso u obesidad	Residentes en Cuenca-Ecuador
Niños(as)	en edad de 5 a 11 años	Con algún grado de sobrepeso u obesidad	Residentes en Cuenca-Ecuador

Fuente: Ríos, M. (2021).

4.3. Dimensión Ética

Una propuesta de Marketing Social debe estar siempre apoyada en la ética y la bioética, ya que se tratan de manera axiológica (valores y principios) situaciones que ameritan sean adoptados por los individuos y, por consecuente, les brinden beneficios en ámbitos relaciones con la salud y calidad de vida para consigo mismo y para todo su entorno familiar. Por lo tanto, es necesario crear una campaña agresiva que contenga piezas y elementos, que le permitan al sujeto alinear su forma de actuar cuya inclinación se enfile hacia un bienestar tanto físico como psicológico, pero muy importante sin exagerar y/o idealizar las capacidades internas del sujeto.

Siendo entonces, la razón del plan la reflexión de los individuos acerca de su actuar a la par que le brinda apoyo para modificar su pensar. El filósofo Sócrates, señaló que el ser humano por naturaleza buscará hacer el bien, siempre que este considere que está haciendo lo correcto. Además, dentro de este espectro señalado, la campaña contempla lo que la OMS y OPS sugieren en cuanto a las dimensiones que el

componente publicitario se enmarque, es decir, evitar el uso excesivo sobre la utilización de fotografías de personas y en especial de menores para la publicidad, lo que pudiera contradecir en relación a actuaciones supeditadas en acciones axiológicas.

En este aspecto, se debe considerar que los medios comunicación tanto de naturaleza *Online* como *Offline*, ejerzan la contundencia suficiente, en torno a la influencia de elementos persuasivos que pudieran estar presentes a lo largo de la campaña, y que de alguna manera pudiera afectar de forma adversa, en este caso, a los niños objetos de esta investigación. No se puede deslindar que las campañas publicitarias se convierten en mecanismo o factor moldeador de actitudes y comportamientos, de las cuales en algunas situaciones pudieran ser comprendidas como ejemplos negativos en las conductas humanas.

4.4. Dimensión Funcional

La cultura, así como los procesos sociales, la tecnología, el internet, entre otros; son elementos que influyen en los estilos de vida de las personas, debido a la gran carga informacional que ellas mismas generan y proyectan. En este contexto, existe un abanico de estilos de vida, entre ellos, aquellos que perjudican la alimentación y estado físico de los sujetos engendradas por diferentes razones (escasez de tiempo, motivación, factores psicosociales mal conducidos, etcétera). En la actualidad a nivel local como global, se encuentran las personas sumergidas en diversas publicidades de consumo como, por ejemplo, compre uno y lleve dos, entrega en 30 minutos o es gratis; que de alguna manera afecta las emociones y los sentidos de los individuos.

Partiendo de lo anterior, es oportuno resaltar que el direccionamiento de este Plan de Marketing Social, es la promoción de hábitos que soluciones o presenten planes de mejora hacia el plano de la alimentación y generación de actividades físicas en los hogares ecuatorianos (Cuenca) y, por consecuente de los niños, de manera sistemática. En tal sentido, los medios de comunicación propuestos para el Plan MARCO 593, se clasifican en lo que se conoce como medios auxiliares o complementarios, los cuales se dividen en:

- Publicidad exterior: este tipo de medios pueden adoptar diferentes formatos o presentaciones. Por ejemplo: vallas en las paradas de medios de transporte terrestre, banners en centros de afluencia, globos gigantes, anuncios en costados de autos o buses, y demás objetos donde se pueda colocar publicidad y tengan concurrencia de personas.
- Publicidad interior: de naturaleza audiovisual en donde en un sitio cerrado se coloca pequeñas capsulas de video para que quienes pasen por ese sitio observen el mensaje.
- Internet y redes sociales: permiten una comunicación rápida y bilateral, es decir se puede obtener un *feedback* de los receptores del mensaje. Además es posible medir su impacto a través de métricas digitales, lo que en el caso de los medios anteriores mencionados no es posible (ver Tabla 32).

Tabla 32. Medios seleccionados

Medios	Desventajas	Ventajas	Justificación
Banner	No existe segmentación del target, sus resultados no son inmediatos.	Costos bajos, permiten captar la atención del público si el contenido es atractivo, repetición, selectividad geográfica.	Es un medio que permite demostrar creatividad para la comunicación del mensaje y obtener “miradas” de la gente para sembrar la difusión de la propuesta.
Mupi	No existe segmentación del target. Importante contar con los permisos y apoyo de la GAD Municipal de la ciudad.	Bajo costo, trasmisión de mensaje de manera fácil, selectividad geográfica.	Se selecciona este medio por ser útil en la transmisión del mensaje en sitios de gran afluencia y de igual manera puede presentarse de manera ingeniosa.
Afiche	No existe una segmentación	Bajo costo, audiencia	Se selecciona este medio, por

	marcada del target.	selectiva y captiva.	su capacidad de comunicación sencilla, directa y económica.
Internet y Redes sociales	No selectivo por niveles socioeconómicos. Llega a grupos que posean internet y RRSS.	Bajo costo, facilidad de difusión y alcance de los mensajes.	Se selecciona este medio, porque permite una transmisión rápida, directa, bilateral y asequible.

Fuente: Ríos, M. (2021).

4.5. Dimensión Estética

Esta dimensión ayuda a la comercialización de las experiencias sensoriales propiciadas por la empresa o por la marca, en otras palabras, contribuyen a la creación de la identidad corporativa. Los gustos y estilos están en constante cambio y este entorno ofrece la condición ideal para el marketing de estética. Existen tres áreas que pueden surgir al momento de tomar en consideración las bondades del marketing estético, tales como: el diseño de producto, la investigación de las comunicaciones y el diseño del espacio. Todas enmarcadas hacia el establecimiento y distinción entre forma (se refiere al envoltorio de ese producto o servicio) y función (referida a las prestaciones y características utilitarias de un producto o servicio).

En este punto entre en juego las comunicaciones persuasivas, al cual establecen un rango de distinción asociadas al tipo de mensaje que se desea enviar (central o periférico). Al referirse al central, se toma en consideración argumentos persuasivos y en relación al periférico, se expresan todos los demás elementos que no centran la atención como principales indicadores de mensaje, y que habitualmente son los elementos que lo envuelven, como el atractivo del presentador, el color de la habitación en que se comunica el mensaje, o la música.

La estética es capaz de ofrecer un valor tangible direccionadas en propiciar fidelidad, que a la larga se convierten en los principales argumentos de venta. La estética puede generar reacciones que tiene que ver con sensaciones de empatía hacia un producto, inclusive no dándole importancia al factor precio de adquisición. Una estética atractiva destaca y busca emplear todos los medios en su máxima expresión. La estética ofrece

protección a los consumidores, por lo tanto, cuanto más intensa sea la estética y más claramente se manifieste en el mayor número posible de elementos de identidad, más fácil será protegerla a la población consumista.

En el caso de la propuesta del Plan de Marketing Social MARCO 593, la composición de los colores en la parte comunicacional (ver Tabla 33) es fundamental, puesto que los colores transmiten conceptos y se asociación a diferentes emociones, situaciones y objetos. La gama de colores a utilizar es una combinación entre cálidos y fríos, que de manera atractiva y vivaz transmitan; salud, alegría, vitalidad, bienestar y perseverancia.

Tabla 33. Composición de colores Plan de Marketing Marco 593

	Armonía, progreso, constancia.
	Serenidad, espiritualidad.
	Calidez, entusiasmo, ánimo.
	Salud, frescura, crecimiento.
	Optimismo, simple, fácil.

Fuente: Ríos, M. (2021).

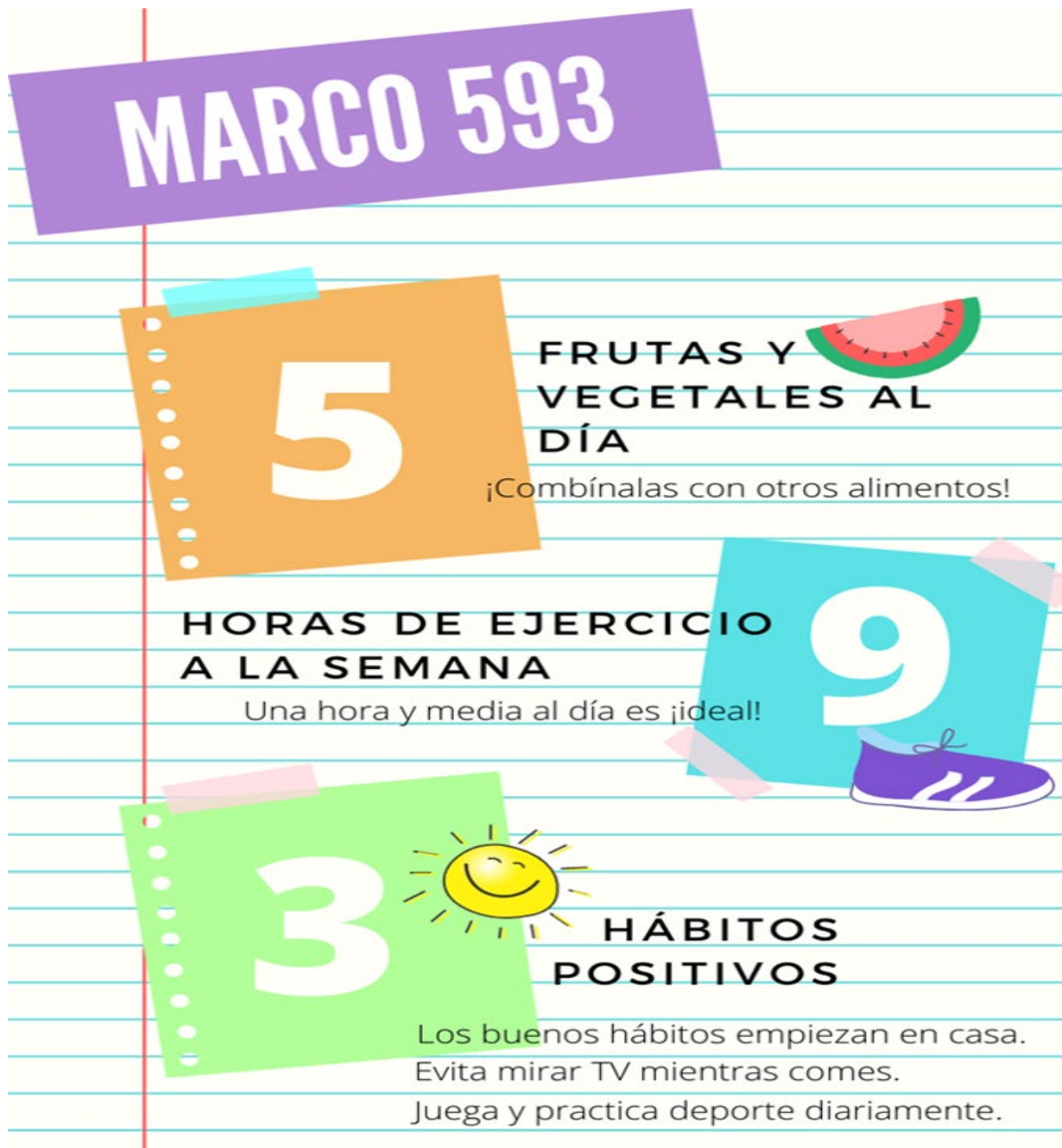
La tipografía que se reflejará en los diversos productos de la campaña, debe ser alusivo a factores bioéticos y relacionados con la salud de los niños, ya que esta es visible en espacios concurridos y plataformas digitales. En lo que a la composición de las piezas publicitarias se refiere, se practicó una jerarquización a través de un análisis de *eyetracking* —seguimiento ocular— para identificar aquellos elementos que captan la mayor atención del receptor y cotejarlo con lo que se esperaba fuese observado, después de ello se aplicaron las pertinentes modificaciones para la obtención de un producto final.

4.6. Proceso Creativo

Considerando al público receptor y los resultados de la investigación, se plantean los siguientes conceptos, estrategias y tácticas; a fin de que el objeto de la propuesta sea

captado de forma fácil y memorativa por los hogares. MARCO 593, despliega sus números para comunicar elementos clave en la comprensión de la campaña. Cada uno de ellos se encuentra sustentado en base a los hallazgos (ver Figura 59).

Figura 59. Despliegue ilustrativo de MARCO 593



Fuente: Ríos, M. (2021).

Cinco: el consumo de frutas y hortalizas resulta un elemento vital en el desarrollo de los niños. La OMS recomienda la ingesta de cinco comidas al día, las cuales para ser nutritivas deben contener frutas y verduras.

Nueve: para niños y jóvenes entre 5 a 17 años la OMS sugiere que estos deben invertir como mínimo 60 minutos diarios a la realización de actividades moderadas y vigorosas; como correr, bailar, montar bicicleta, practicar un deporte, etc., y que un tiempo mayor al mínimo mencionado se reflejará como beneficio para la salud de los menores.

Tres: en este punto, se pretende destacar tres hábitos clave que los hogares deben tomar en cuenta para prevenir o disminuir la obesidad infantil, estos elementos fueron obtenidos a partir de la presente investigación; en donde se pudo obtener entre otros datos, los hábitos de los hogares cuencanos.

Dentro del planteamiento comunicacional de la propuesta, se prevé necesario construir un personaje ficticio que sea el vocero de MARCO 593, con el cual las personas se puedan sentir cómodas. Se pensó en tres posibles personajes basados en animales: mono, perro y gato. El primero por ser un animal activo y divertido, los dos siguientes por la relación habitual que tienen con la población.

Elegir estos u otro personaje, trabajar con un diseñador para la creación del personaje y colocarlo aquí explicando: colores, formas, diseño, evocación de emociones. Se puede colocar los primeros bocetos o ideas del diseño del personaje, luego la propuesta y luego el definitivo. Decidir si el personaje se llama “marco” o se le coloca un nombre diferente.

Cabe señalar que las propuestas gráficas que se presentan como producto final del presente trabajo, se construyeron considerando:

- Hábitos y patrones del grupo meta obtenidos en la investigación.
- Triada con profesionales en diseño gráfico y marketing.
- Grupo focal de individuos del grupo meta.

4.7. Insight

Este término hace referencia a un conjunto de asociaciones con respecto a un objeto o situación resultado de vivencias del consumidor. Este elemento intangible muy arraigado a emociones, debe ser activado en el grupo objetivo por medio del mensaje de la campaña, de tal manera que, se obtenga una respuesta ante dicho estímulo.

Para tener una visión más clara acerca de la relación entre la marca y los *insight*, la primera es conocida como la representación gráfica de una organización, de hecho, Medina (2014) señala que, es un elemento intangible que ayuda a la empresa a diferenciarse de la competencia. Es la cara o identidad del negocio, la cual los consumidores reconocen a las firmas que las producen y a su vez, a los productos, es decir, es por medio de ellas que se producen sistemas de comunicación que inclusive afectan de manera directa e indirecta la mente del consumidor.

Tomando en consideración el enfoque de los *insight*, se puede obtener el buen manejo derivativas sobre prácticas de construcción o sistematización de las marcas. Estos componentes que resultan de este proceso, son considerados ocultos e intangibles ya que pueden servir como atracción e identidad de marca. Es importante aclarar, que las marcas dependen de diversas técnicas que aplique generan en el consumidor una relación psico-afectiva que permite que este se sienta representado simbólicamente o atraído.

Generalmente una marca genera en el subconsciente, ciertas características relacionadas a lo que se quiere transmitir, por supuesto al consumidor. Es por esta razón que, se debe esencialmente fijar un punto de partida que produzca sensaciones o emociones direccionadas de las experiencias y relaciones con los consumidores (Quiñones, 2013). Lo que se trata de hacer entender, es que es necesario no ver a la marca como un simbólico comercial, si no como un aliado que dan origen a las relaciones afectivas; donde los *insight* se comportan como elemento o insumo estratégico de marketing, para cumplir con el propósito que buscan las marcas a nivel del mercado que se quiere abordar.

La identificación y desarrollo de *insights* de marca, bajo la forma de promesas publicitarias, estrategias de comunicación y diseño de nuevos productos; se convierten en un procedimiento clave para pretender el éxito del negocio en materia de captación de mercado. Su puesta en marcha tiende a tener altos y bajos, debido a

su contenido psicológico y ámbitos relacionados con la bioética y la salud de las personas. Con mucha frecuencia, plantea Roig (2011) se requiere elevadas dosis de intuición, olfato psicológico, empatía y sobre todo serendipia —lograr descubrimientos afortunados por accidente—. Desde el momento que se logra descubrir un *insight* para impulsar una marca comercial, se comienza a transitar por estadios artísticos, es decir, es considerado un momento de elevada revelación e inspiración.

Para este trabajo doctoral, se distinguieron tres *insights* (ver Tabla 34) a través de la definición del hecho (acto) y el beneficio (cambio).

Tabla 34. *Insights*

Hecho	Beneficio	<i>Insight</i>
Interacción habitual con medios electrónicos y TV provocando sedentarismo.	Brindan facilidad de conexión, información y realización de actividades no sedentarias.	Se mira televisión mientras se come. Le gusta jugar mucho en la computadora. Pasa el tiempo en el celular hablando con sus amigos.
Ejemplo de los padres repercute en los niños.	Una generación alimentándose adecuadamente.	Alimentación alejada de frutas y verduras. Poco variada por tiempo. Alto consumo de bebidas azucaradas y snacks.
Falta de tiempo para realizar deporte.	Una vida más saludable y con energía.	No se tiene tiempo para el deporte. No quiere hacer nada de ejercicio. En casa no realizamos ninguna actividad física moderada.

Fuente: Ríos, M. (2021).

CONCLUSIONES

Las empresas del sector alimentario en Cuenca-Ecuador, son aún en gran parte ajenas a tomar conciencia sobre el impacto a corto y largo plazo de sus operaciones y de sus productos en la vida de los clientes, los consumidores, la sociedad en general y el medioambiente. Por lo que la Responsabilidad Social Empresarial en Cuenca, resulta un tema delicado para las organizaciones; debido al desconocimiento intrínsecos que genera en relación a la debida aplicación, sin que sea considerado como una actividad que perjudique de manera directa los ingresos del negocio.

Derivado de lo anterior, queda entonces recorrer un camino lo suficientemente arduo, donde las empresas además de conocer, entender, interpretar y aplicar la Responsabilidad Social Empresarial en Cuenca, se exhorten y motiven hacia un comportamiento responsable, bioético y humano; para que estas a su vez, obtengan beneficios (rentabilidad y productividad) al tiempo que aporten mejora continua y desarrollen una adecuada calidad de vida de la población.

Las anomalías en el peso (obesidad y sobrepeso) de los niños resultado del estudio “Relación entre el Marketing y la Obesidad Infantil, una perspectiva desde la población económicamente activa en Cuenca-Ecuador”, indicaron que estas se encuentran condicionadas por la presencia de factores sociales, culturales y genéticos. Los nuevos estilos de vida, en donde el tiempo es un recurso escaso y la tecnología está al alcance de la mano, las actividades cotidianas se enmarcan en un entorno de bajo gasto energético promoviendo el sedentarismo. En consecuencia, el ejemplo de los padres como paradigma o modelo a seguir, se torna fundamental en esta investigación doctoral.

El presente estudio, por medio de la caracterización de los hogares, permitió comprender la percepción y situación que atraviesan los hogares con niños en edades comprendidas entre los cinco y once años; con cierta inclinación hacia la obesidad infantil. Interactuar con ellos (etapa cualitativa de la investigación) reveló que la brecha entre un pequeño con peso normal y uno que padece sobrepeso u obesidad, es muy delgada. Un simple cambio en la rutina diaria del niño, vinculado con la ingesta de frutas o verduras o, preparar un adecuado programa donde se integren una balanceada alimentación con actividad física (deporte), se puede convertir en conductas que marcan la diferencia entre un escenario y otro.

Los datos estadísticos por su parte (etapa cuantitativa de la investigación) agregaron información útil para la construcción de la caracterización de estos hogares, permitiendo identificar la existencia de relaciones de dependencia, entre la condición socio-demográfica de las familias y la aparición y/o desarrollo de la obesidad infantil.

A través del modelo Transteórico, se pudo clasificar a los progenitores y/o representantes, de acuerdo a su intención de cambio —etapas o estadios— en su comportamiento para el abandono de hábitos perjudiciales para la salud de su hijo (peso corporal). No obstante, los resultados revelaron estar en etapas inmaduras de cambio (pre-contemplación y contemplación), lo que para este proyecto sugirió la forma en que debía construirse la propuesta de Marketing Social contra la obesidad infantil.

Finalmente, las limitaciones del estudio fueron:

- a) este es un estudio transversal y;
- b) la confiabilidad del cuestionario se realizó solo en Cuenca.

Por lo tanto, como resultado de la diferencia cultural, la confiabilidad podría ser diferente en otras ciudades. Los resultados justifican estudios más amplios y con una muestra representativa de otras ciudades y provincias de Ecuador, al igual que los estudios cualitativos que revelan las causas de las prácticas de alimentación de bebés (lactantes) y niños.

REFERENCIAS

Fuentes bibliográficas

- Abad, F. (2001). *La empresa que viene. Responsabilidad y acción social en la empresa del futuro*. Fundación Empresa y Sociedad.
- Abelman, R., & Atkin, D. (2000). What children watch when they watch TV: Putting theory into practice. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 44(1), 143-154. [10.1207/s15506878jobem4401_10](https://doi.org/10.1207/s15506878jobem4401_10)
- Acosta, J. (2018). *Obesidad y aterosclerosis. Aspectos básicos en obesidad*. Ediciones Universidad Simón Bolívar
- Aguilera, A., y Puerto, D. (2012). Crecimiento empresarial basado en la Responsabilidad Social. *Pensamiento & Gestión*, 32, 1-26. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762012000100002&lng=en&tlng=es.
- Alcázar, M., Caceres, S., Pincay, V., y Lucas, I. (2019). Prevalencia de sobrepeso y obesidad como factores asociados en escolares. *Revista Digital Científica*, 2(15), 2-20. <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/213/272>
- Alonso, M. (2006). *Marketing social corporativo*. Eudomet.Net.
- Alonso, M. (2019). Importancia de la prevención y promoción de la obesidad infantil [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia de Salamanca]. Archivo Digital UPSA. <https://summa.upsa.es/details.vm?q=id:0000107656>
- Álvarez, C. (2008). Teoría Transteorética del cambio de conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MH Salud*, 5(1), 1-12.
- American Marketing Association (2013). *Definition of Marketing*. <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>

- Amigo, I., Busto, R., y Fernández, C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*, 35, 350-354.
- Andreasen, A. (1995). *Marketing social change. Changing behavior to promote health social development, and environment*. Ed. Jossey Bass.
- Arias, F. (2016). *El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Epísteme.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M., y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
- Auquilla, R., y Naula, R. (2016). *Diseño de una guía de Marketing Social basado en la responsabilidad social para locales comerciales del centro histórico de la ciudad de Cuenca* [Tesis de pregrado Universidad de Cuenca]. Archivo Digital Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24670/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social Cognitive Theory*. Prentice Hill.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Bastos, A., González, R., Molinero, O., y Salguero, A. (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140-153.
- Benassini, M. (2009). *Introducción a la investigación de mercados: Enfoque para América Latina*. México: Pearson.
- Bennassar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud* [Tesis doctoral, Universitat de

les Illes Balears]. Archivo Digital Universitat de les Illes Balears. https://www.academia.edu/6223906/Estilos_de_vida_y_salud_en_estudiantes_universitarios_la_universidad_como_entorno_promotor_de_la_salud_Miguel_Bennasar_Veny

Biglione, A., y Woods, M. (2007). *Guía práctico de Marketing de relacionado a causas: diretrizes e casos*. Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS). São Paulo. http://assets.wwf.org.br/downloads/guia_mrc_idis.pdf.

Boer, H., & Seydel, E. (1996). *Protection motivation theory*. Connor & Norman, Predicting Health Behavior. Buckingham: Open University Press.

Boulding, W., Staelin, R., Ehret, M., & Johnston, W. (2005). A customer relationship management roadmap: What is known, potential pitfalls and where to go. *Journal of Marketing*, 69(4), 155-166.

Braguinsky, J. (2003). *La obesidad hoy: Develando ciertos enigmas, revelando otros*. En <http://www.fac.org.ar/1/revista/04v33n1/tcvc/tcvc03/braguins.PDF>.

Brown, T., & Summerbell C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes. Rev.*, 10, 110-141.

Busto, R. (2019). *El estilo de vida obesogénico en la población infantil de Asturias entre los 9 y los 10 años* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Archivo Digital Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/38778/TD_raquelbusto.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cardinal, B., Engels, H. & Zhu, W. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change to preadolescents physical activity. *Pediatric Exercise Science*, 10, 69-80.

- Carrasco, M., y Del Barrio, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Carroll, A. (1999). Corporate Social Responsibility. *Business and Society*, 38, 268-295.
- Castañeda, D., y Sabroso, M. (2019). *Responsabilidad Social Empresarial y su implementación en la gestión empresarial* [Tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás]. Archivo Digital UST. [https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17720/2019carolinacasta%
c3%b1eda.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17720/2019carolinacasta%c3%b1eda.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Celina, H., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría* 34(4), 572-580. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Chesterton, G. (2001). *The Scandal of Father Brown*. House of Stratus.
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., y Oppert, J. (2017). Obesidad en el adulto. *EMC-Tratado de Medicina*, 21(2):1-10. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)84245-8](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)84245-8)
- Cofré, C. (2015). *El problema del sobrepeso y la obesidad infantil y sus interacciones con la actividad física, el sedentarismo y los hábitos nutricionales en Chile* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Archivo Digital Universidad de Granada. <https://hera.ugr.es/tesisugr/25289007.pdf>
- Cohen, N., y Gómez, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿Para qué?* Teseo.
- Collins, S., Carey, K. & Otto, J. (2009). A new decisional balance measure of motivation to change among at-risk college drinkers. *Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23(3), 464-71.
- Coltman, T. (2007). Why build a CRM capability when so many appear to fail? *Journal of Strategic Information Systems*, 16(3), 301-320.

- Coutinho, M., Gerstein, H., Wang, Y., & Yusuf, S. (1999). The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. *Diabetes Care*, 22(2), 233-240.
- Cruz, D., y Hernández, A. (2008). Marketing social y universidad: reflexiones para su aplicación. *Ingeniería Industrial*, 29(1), 9-14. <https://rii.cujae.edu.cu/index.php/revistaind/article/view/22/5>
- De Niet, J., & Naiman, D. (2011). Psychosocial aspects of childhood obesity. *Minerva Pediátrica*, 63(6), 491-505.
- Di Clemente, C. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-305.
- Díaz, A., y Rubio, R. (2010). *Introducción al Marketing*. Club Universitario.
- Díaz, M., y Gordón, L. (2017). Perspectiva integral del abordaje al fenómeno sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enfoque Revista Científica De Enfermería*, 21(17), 90-108.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con conductas de riesgo y prevención de contagio del VIH. Juventud y sida: una visión psicosocial*. Porrúa.
- Díaz-Loving, R., y Rivera, S. (1999). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 2(1), 27-38.
- Díaz-Loving, R., y Torres, K. (1999). *Juventud y sida: una visión psicosocial*. Porrúa.
- Domegan, C., McHugh, P., Devaney, M., Duane, S., Hogan, M., Broome, B., Layton, R., Joyce, J., Mazzonetto, M., & Piwowarczyk, J. (2016). Systems-thinking

- social marketing: Conceptual extensions and empirical investigations. *Journal of Marketing Management*, 32(11-12), 1123-44.
- Duque, D. (2016). *El Marketing Social como metodología diferencial en la estrategia de negocios de las organizaciones* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Colombia]. Archivo Digital Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57673>
- Fernández, G. (2018). *La responsabilidad social corporativa como modelo de gestión empresarial*. En G. R. Fernández, *La responsabilidad social corporativa como modelo de gestión empresarial* (pág. 206). Wolters Kluwer. ProQuest Ebook Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecaustasp/detail.action?docID=5759382>
- Fernández, J. (2012). *Actividad física en los jóvenes de Compostela* [Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela]. Archivo Digital Universidad Santiago de Compostela. https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/7141/rep_344.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Attribution of responsibility: A theoretical note. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 148-153.
- Flegal, K., Gaubard, B., Williamson, D., & Gail, M. (2005) Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *JAMA*, 293, 1861- 1867.
- Flores, M. (1999). *Conducta sexual y SIDA*. (Ponencia). Cholula: Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos y Educativos.
- Forero, J. (2010). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *La sociología en sus escenarios*, 20, 4-10. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/7021>

- Freeman, E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press.
- Freire, W. (2013). *Resumen ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU, 2011-2013)*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.unicef.org/ecuador/ensanut-2011-2013.pdf> Consulta: 13/01/2019.
- Fuentes, K. (2016). *Costos económicos del sobrepeso y la obesidad en el Ecuador, enfocada a la población escolar (de 5 a 11 años), tomando como año base el 2012* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10483/Tesis%20Final%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, L. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. *MEDISAN*, 18(5), 691-702.
- Gismera, L. y Vaquero, M. (2000). La responsabilidad social de la empresa en España Papeles de Ética, Economía y Dirección. *Papeles de Ética, Economía y Dirección*, 18(5), 1-8.
- Giuliani, A., Monteiro, T., Zambon, M., Betanho, C., y Lima, L. (2012). El marketing social, el marketing relacionado con causas sociales y la responsabilidad social empresarial el caso del supermercado Pão de Açúcar, de Brasil. *Universidad del Centro Educativo Latinoamericano*, 15(29), 11-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87724146003>
- Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, M. (1977). *Health Behavior and Health Education*. (3th Ed.). John Wiley & Sons.

- Godfrey P. (2005). The relationship between corporate philanthropy and shareholder wealth: A risk management perspective. *Academy of Management Review*, 30(4), 777-798. <https://doi.org/10.2307/20159168>
- Gómez, L., y Uribe, J. (2016). Marketing relacional: La evolución del concepto. *Espacios*, 37(25), 11-17.
- Gómez, M. (2013). Comparación del estadio de cambio para la actividad física y para el ejercicio físico entre universitarios brasileños y catalanes. *General José María Córdova*, 11(12), 173-198.
- Góngora, L. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. *MEDISAN*, 18(5), 684-694. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n5/san12514.pdf>
- González, E. (2010). Obesidad. *Un enfoque multidisciplinario*. Ed. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/ asignatura/libro%20de%20obesidad.pdf#page=145
- González, I., López, L., y Sylvester, R. (2007). Responsabilidad Social Empresaria: una visión integral. *Marine Pages*, 2(1), 1-73. <http://plataforma.responsable.net/compartir/responsabilidad-social-empresaria-vision-integral>
- González, J. (2014). Innovación y calidad como estrategias gerenciales para empresas de servicio. *Revista COEPTUM*, 6(2), 43-51. <http://publicaciones.urbe.edu/index.php/coeptum/article/viewArticle/3162/4759#>
- Gortmaker, S., Must, A., Sobol, A., Peterson, K., Colditz, G., Diets, W. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150(4), 356-62.

- Griffiths, J., Blair, S., & Parish, R. (2009). The integration of health promotion and social marketing. *Perspectives in Public Health*, 129(6), 268-271. doi: 10.1177/1757913909347666.
- Guarnizo, D. (2017). *Sin reglas ni controles Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad*. DeJusticia.
- Guerra, C., Cabrera, A., Santana, I., González, H., y Almaguer, P. (2009). Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia. *Medisur*, 7(1), 61-69.
- Gummesson, E. (1996). Relationship marketing and imaginary organizations: a synthesis. *European Journal of Marketing*, 30(2), 31-44.
- Gummesson, E. (2002). Relationship marketing and a new economy: it's time for de-programming. *Journal of Services Marketing*, 16(7), 585-589.
- Gummesson, E. (2011). *Total relationship marketing*. (3th Ed.). Routledge.
- Gutiérrez, R., y Lobo, I. (2006). Caminos que la filantropía puede abrir. *Revista Sociedad y Economía*, 10, 47-67. <https://www.redalyc.org/pdf/996/99616145002.pdf>
- Hair, J., Bush, R. y David, O. (2010). *Investigación de mercados en un ambiente de información digital*. México: Pearson
- Hastings, G. (2003). Relational paradigms in Social Marketing. *Journal of Macromarketing*, 23(1), 6-15.
- Hastings, G., & Domegan, C. (2014). *Social Marketing: From Tunes to Symphonies*. (2^{dn} Ed.). Routledge.
- Hawkes, H. & Lobstein, T. (2011). Regulating the commercial promotion of food to children: a survey of actions worldwide. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(2), 83-94. 10.3109/17477166.2010.486836

- Hawkes, H. (2004). *Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment*. WHO Press, Geneva.
- Hernández, R., Méndez, S., Mendoza, C. y Cuevas, A. (2017). *Fundamentos de investigación*. McGraw Hill Education.
- Ho, M., Garnett, S., Baur, L., Burrows, T., Stewart, L., Neve, M., & Collins, C. (2012). Effectiveness of lifestyle interventions in child obesity: systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*, 130, e1647-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23166346/>
- Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Jiménez, A., Bacardi, M., Pichardo, A., Mandujano, Z., & Castillo, O. (2010). Infant and toddlers' feeding practices and obesity amongst low-income families in Mexico. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 19(3), 316-323. <http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/19/3/316.pdf>
- Khan, A., & Choldin, H. (1965). New "family planners" in rural East Pakistan. *Demography*, 2(1), 1-7.
- Kotler, P., Roberto, E., & Hubert, H. (1991). *Social Marketing*. SAGE Publications.
- Kotler, P., y Roberto, E. (1992). *Marketing Social: estrategias para cambiar la conducta pública*. Días de Santos.
- Lambin, J. (2009). *Marketing estratégico y operativo*. McGraw-Hill.
- Lara, M. (2002). *Filantropía empresarial: convicción y estrategia*. Pax.
- Lefebvre, C., & Flora, J. (1998). Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*, 15(3), 299-315. 10.1177/109019818801500305
- Lizardo, A., y Díaz, A. (2011). Sobrepeso y Obesidad infantil. *Revista Médica Hondur*, 79(4), 208-213. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-4-2011-9.pdf>

- López, J. (2006). *Economía de la salud: el coste de la enfermedad, servicio de evaluación y planificación*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
- Martínez, D. (2016). Factores clave en marketing enfoque: empresas de servicios Orbis. *Revista Científica Ciencias Humanas*, 12(34), 42-58. <https://www.redalyc.org/pdf/709/70946593003.pdf>
- Martínez, H. (2005). *El marco ético de la responsabilidad social empresarial*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Matsudo, M., y Araújo, L. (1998). Nivel de atividade física em Crianças e Adolescentes de Diferentes Regiões de Desenvolvimento. *Revista da Associação de Professores de Educação Física de Londrina*, 3(4), 14-20.
- Medina, P. (2014). *Marca y comunicación empresarial*. Editorial UOC.
- Meléndez, A. (2000). *Actividades físicas para mayores. Las razones para hacer ejercicio*. Gymnos.
- Molina, H., Pérez, I., Alonso, A., Díaz, J., Pizarro, M, Fernández, C., García, J., Estrada, B., y Azamar, A. (2015). Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *Pharmaco Economics Spanish Research Articles*, 12(4),115-122. <https://www.semanticscholar.org/paper/Carga-econ%C3%B3mica-de-la-obesidad-y-sus-comorbilidades-Molina-P%C3%A9rez/5082b0c2c784d0897a43d7f6a65c7a6196e90d8e>
- Moreno, B., Monereo, S., y Álvarez, J. (2000). *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. Díaz de Santos.
- Moreno, C., Chávez, Á., y Zambrano, M. (2018). Marketing con enfoque de crecimiento. *Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 2(1), 752-763. doi: 10.26820/recimundo/2.1.2018.752-763

- Moreno, E., y Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
- Morgan, R., & Hunt, S. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20-38.
- Morín, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morros, J., y Vidal, I. (2005). *Responsabilidad social corporativa*. Fundación Confemetal.
- Moyano, E. (1997). Teoría del Comportamiento Planificado e intención de infringir normas de tránsito en peatones. *Estudios de Psicología*, 2(2), 335-348.
- Nájera, G. (2016). *Saberes y prácticas de los adolescentes escolares en situación de obesidad: implicancias para la enfermería* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Trujillo]. Archivo Digital Universidad Nacional de Trujillo. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5897/TESIS%20DOCTORAL%20GUDELIA%20N%C3%81JERA%20GUTI%C3%89RREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Noblecilla, M., y Granados, M. (2018). *El Marketing y su aplicación en diferentes áreas del conocimiento*. UTMACH.
- Norman, P., & Conner, M. (1996). Predicting health-check attendance among prior attenders and non-attenders: The role of prior behavior in the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1010-1026.
- Ochoa, J., Parada, E., Olivares, A. y Verdugo, M. (2011). *La administración del conocimiento y la tendencia innovativa en las pequeñas y medianas empresas (Pyme)*. México: Pearson.

- Parker, L., & Linda Brennan, L. (2020). *Social Marketing and advertising in the age of social media New Horizons in Marketing series*. Business 2020. [https:// doi.org/ 10.4337/9781786434678](https://doi.org/10.4337/9781786434678)
- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos A., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M., Peniche-Calderón, J., Espinosa-Garamedi, E., y Ballesteros-del Olmo, J. (2004). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35, 316-37. <http://www.actapediatrica.org.mx/>
- Pineda-Burgos, B., Hernández-Ruiz, P., Balanzar-Martínez, A., Legorreta-Soberanis, J., Paredes-Solís, S., y Ponce, J. (2020). El sobrepeso y obesidad en estudiantes de primaria de dos municipios de la Costa Chica de Guerrero, México. *Revista Electrónica de Enfermería Actual en Costa Rica*, 38, 1-12. [10.15517/revenf.v0i38.37172](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37172)
- Pinilla, M. (2011). *Contribución del Marketing Social a la sostenibilidad de fundaciones sin ánimo de lucro: Estudio de caso* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Colombia]. Archivo Digital Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7201>
- Polonsky, M. (2017). The role of corporate social marketing. *Journal of Social Marketing*, 7(3), 268-79.
- Popper, K. (2004). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- Prochaska, J. (1999). *How do people change, and how can we change to help many more people? The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association.
- Prochaska, J., Di Clemente, C., y Norcross, J. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Toxicomanías*, 1, 3-14.

- Quiñones, C. (2013). *Desnudando la mente del consumidor*. Planeta.
- Radkar, A., & Mundlay, A. (2001). *Centre for Research and Education*. <http://www.ciroap.org/food>
- Reyes-Morales, H., González-Uzcanga, M., Jiménez-Aguilar, A., Uribe-Carvajal, R. (2015). Efecto de una intervención basada en guarderías para reducir conductas de riesgo de obesidad en niños preescolares. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.11.010>
- Ríos, M., Álvarez, J., Arizaga, D., & Arteaga, J. (2019a). Relationship between the socioeconomic, sociodemographic and BTL publicity factors in the incidence of childhood obesity in Cuenca-Ecuador. *Visión de Futuro*, 23(1), 177-197.
- Ríos, M., Álvarez, J., Guillén, C., y Heimbach, D. (2018). Variables del packaging que inciden en la obesidad infantil en Cuenca Ecuador. *Boletín de Coyuntura*, 1(18), 4-7.
- Ríos, M., Castro, M., Álvarez, J., y Guevara, N. (2018). *Relación entre el Marketing y la Obesidad Infantil, una perspectiva desde la población económicamente activa en Cuenca-Ecuador*. (Ponencia) XII Congreso Iberoamericano de Contabilidad de Gestión. Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Ríos, M., Guevara, N., Álvarez, J., y Castro, M. (2019b). Responsabilidad social empresarial: un análisis desde el ápice estratégico al núcleo operativo en la industria alimentaria de Cuenca-Ecuador. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 23(91), 33-42.
- Ríos-Cortázar, V., Gasca-García, A., Ordoñez, A., Vera, M., Franco-Martínez, M., y Tolentino-Mayo, L. (2013). Reducción de la obesidad infantil a través del componente de nutrición de una iniciativa de Escuela Promotora de Salud. *Salud Publica Mex*, 55(Suppl. 3), S431-S433.

- Rodríguez, E. (2016). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Navarra, 2004-2011. Factores asociados a la obesidad y su relación con la depresión [Tesis doctoral, Universidad Pública de Navarra]. Archivo Digital Universidad Pública de Navarra. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/28891>
- Rodríguez, R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Medigraphic Artemisa en Línea*, 8(2), 95-98. <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062g.pdf>
- Rogers, R. (1975). A protection motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Roig, F. A. (2011). *La estrategia creativa: relaciones entre concepto e idea*. Infinito
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-83.
- Salamanca, A., y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo-sociales en la prevención y promoción de la salud. *Vanguardia Psicológica*, 2(2), 186-202.
- Sánchez, B., García, K., González, A., y Saura, C. (2017). Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. *Revista Finlay*, 7(1), 47-53. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n1/rf07107.pdf>
- Sánchez, F. (2016). La obesidad: un grave problema de salud pública. *Real Academia Farm.*, 82, 6-26.
- Santos, S. (2005). La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 5(9), 179-199.
- Serrano, M., Cascales, M., y Martínez, M. (2016). La pandemia de obesidad. Los vínculos fisiopatológicos: disfunción endócrina de la célula adiposa, inflamación y resistencia a la insulina. *Real Academia Nacional de Farmacia*, 82(Edición

- Especial), 182-194. https://analesranf.com/wp-content/uploads/2016/82_ex2/82ex2_15.pdf
- Shamah, T. (2016). El sobrepeso y la obesidad: ¿Son una situación irremediable? *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(2), 65-66. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616300144?via%3Dihub>
- Soto, F., Lacoste, J., y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. *Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Stainback, R., & Rogers, R. (1983). Identifying effective components of alcohol abuse prevention programs: effects of fear appeals, message style and source expertise. *International Journal of Addictions*, 18, 393-405.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2), 205-23.
- Tan, J., Tanner, K., Seeman, E., Xue, L., Rebok, W., Frick D., Carlson, C., Wang T., Piferi L., McGill S., Whitfield E., & Fried P. (2010). Marketing public health through older adult volunteering: Experience Corps as a social marketing intervention. *Journal Public Health*, 100(4), 727-734. [10.2105/AJPH.2009.169151](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.169151).
- Torres, M., Ortiz, R., Siguenza, W., Ortiz, A., Añez, R., Rojas, J., y Bermúdez, A. (2013). Prevalencia de la obesidad en individuos adultos en las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardio metabólico*, 3(4), 76-84. <https://biblat.unam.mx/hevila/Sindromecardiometabolico/2013/vol3/no4/1.pdf>
- Vaaland, T., Heide, M., & Gronhaug, K. (2008). Corporate social responsibility: investigating theory and research in the Marketing context. *European Journal of Marketing*, 42(9), 927–953.

- Villagrán, G., y Díaz-Loving, R. (1999). *Conocimientos sobre sida, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. Porrúa.
- Villalobos, T. (2016). *Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España* [Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid]. Archivo Digital Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/36184/1/T36929.pdf>
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- Werner, D., Sanders, D., Weston, J., & Babb, S. (2000). *Health world rights*. <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/index.htm>
- Yavas, U., & Abdul-Gader, A. (1993). Impact of TV commercials on Saudi children's purchasing behavior. *Marketing Intelligence and Planning*, 11(2), 99-103.
- Zambrana, M. (2012). *Marketing Social. Aplicación y práctica*. Ed. IEPALA y Librería Tercer Mundo.
- Zanoni, L. (2008). *El imperio digital: El nuevo paradigma de la comunicación 2.0*. Ediciones B.

Fuentes oficiales

- Censo de población y Vivienda (2010). Informe del Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- Encuesta Global de Salud Escolar (2010). *Ministerio de Salud*. Lima, Perú.
Recuperado de: http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU, 2011-2013). Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito, Ecuador:
Recuperado de: <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>.

Fundación de las Naciones Unidas para la Defensa de la Niñez (UNICEF, 2017).
<https://www.unicef.org/ecuador>.

Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina (2010).
Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública.

International Social Marketing Association (2018). *Consensus definition of social marketing*. www.i-socialmarketing.org/social-marketing-definition#.Ww9hMFOFNTY

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025*. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito, Ecuador.

Organización Internacional de Normalización (ISO, 2010). *ISO 26000 Responsabilidad Social. Visión General del Proyecto*. https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/iso_26000_project_overview-es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003). *Informe Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas*. Organización Mundial de la Salud; Organización de las Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Interim Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, Geneva, Switzerland. <<http://www.who.int/ending-childhood-obesity/commission-ending-childhoodobesity-interim-report.pdf>>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). <http://www.who.int>.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Informe sobre los resultados de la OMS. Presupuesto por programas 2016-2017*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_28-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, 01 de abril). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.). Sobrepeso y obesidad infantil. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

-Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003). *Organización Mundial de la Salud. 132a Sesión del Comité Ejecutivo*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011). *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015). *Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf

PRO-CHANGE Behavior System (2018). *Transtheoretical model of behavior*. <https://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>

Prospective Studies Collaboration (2009). Body-mass index cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373, 1083-1096.

Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares Saludables (2014). Ministerio de Educación (MINEDUC) y Ministerio de Salud (MSP).

Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, referente al Etiquetado por Semáforo Nutricional (2014). MINEDUC y MSP.

ANEXOS

Anexo 1 – Entrevista en profundidad a padres con y sin niños diagnosticados con sobrepeso u obesidad

Nombre entrevistado (a): _____

Edad: _____

Sexo: F M

Responsable de la entrevista: _____

Situación socio-económica y cultural
1. ¿Cómo suele ser un día normal en sus vidas?
2. ¿Les ha afectado de alguna manera la situación socio-económica que estamos viviendo actualmente?
3. ¿Les han facilitado información en el Centro de Salud (CS) acerca del sobrepeso y la obesidad?
4. En su opinión, ¿cómo se encuentra el peso de su hijo?
5. ¿Qué opina sobre las medidas tomadas por el Gobierno, en cuanto a la regulación de los alimentos expedidos en bares?
6. Como comprador y consumidor, ¿usted revisa la etiqueta de semaforización adherida en los envases de alimentos? ¿Le parece útil?
7. En su opinión, ¿las empresas del sector alimentario tienen responsabilidad en la problemática de la Obesidad Infantil? ¿Por qué?

8. ¿Considera que las empresas deben generar beneficios tanto para sí mismas como para la sociedad?

Actividad física y actividades extraescolares

9. ¿Cómo es el día de su hijo en la escuela/colegio?

10. ¿Qué suele hacer después de la escuela/colegio?

11. Durante el fin de semana, ¿suele usted hacer algunas actividades con sus hijos?

Hábitos alimentarios

12. ¿Qué suele comprar habitualmente durante la semana para la preparación de las comidas?

13. ¿Cómo se organiza para la elaboración de las comidas diarias?

14. ¿Cómo describiría la alimentación que tiene su hijo durante un día?

15. ¿Cómo cree que es la educación alimentaria que proporciona a su hijo?

16. ¿Les han proporcionado las herramientas necesarias para poder cambiar o mejorar estos hábitos alimentarios?

Tiempo de ocio

17. ¿Facilitan a su hijo el uso de computador, videoconsola, celular o televisor en su casa? ¿Cuántas horas dirían que ello utiliza estos aparatos durante la semana?

18. ¿Creen que sus hijos duermen las horas necesarias durante la noche?

Anexo 2 - Entrevista a nutricionistas

1.- Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSUNAT), Ecuador registra un alto índice de niños y adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad, fenómeno que se puede catalogar como epidemia. ¿Cómo percibe esta situación?

2.- ¿Está de acuerdo con enfocar la Obesidad Infantil como un problema de Salud Pública?

3.-La ciencia de la Nutrición actual invita a reflexionar sobre el hecho de que una madre mal alimentada gesta un niño con graves problemas *in útero* que marcaran su salud para toda la vida. En Ecuador hay bebés que ingieren alimentos distintos a la leche materna desde el primer mes de vida, lo que, según la OMS, es altamente riesgoso en función de que genera un desarrollo acelerado de sobrepeso y obesidad. ¿Cómo ve usted estas situaciones? (Pedir causas y recomendaciones.)

4.- En su opinión, ¿deben ocuparse las políticas públicas de promover la lactancia materna, así como la ingesta de nutrientes adecuados, la actividad física y la reducción de productos altos en azúcares y grasas?

5.-Según datos de organismos nacionales e internacionales, el consumidor carece de información sobre una adecuada nutrición y desconoce cómo llevar una alimentación sana para los niños y la familia, ¿qué recomienda usted al respecto?

6.- Desde su perspectiva como nutricionista, ¿considera que la publicidad de productos como snacks, colas, etc., influye en la conducta alimenticia de los niños y adolescentes y que, por tanto, debe ser regulada?

7.-Como especialista en Nutrición, ¿cómo ve la alimentación de los niños ecuatorianos?

Anexo 3 - Entrevista a pediatras

1. La obesidad infantil registra índices alarmantes en nuestro medio. El fenómeno tiene directa relación con la alimentación. ¿Cómo calificaría usted a la dieta habitual que siguen padres e hijos?
Muy Buena – Buena – Regular – Mala – Muy mala
2. ¿Se puede considerar que, si los padres no practican una alimentación saludable, hay un alto riesgo de que los hijos sean obesos?
3. ¿Qué considera usted que se debe hacer, a corto y largo plazo, para concientizar a la población de los graves problemas de la obesidad para la salud física y psicológica de los niños? ¿Y cuáles son los factores que influyen en este fenómeno?
4. La falta de tiempo de los padres hace que recurran a la llamada “comida rápida” y, tanto ellos como sus hijos, adquieren malos hábitos alimenticios, ¿qué consecuencias trae esta práctica en la salud de la familia? ¿Podría afirmar que la obesidad es una enfermedad familiar?
5. ¿Considera que los padres y madres de familia tienen suficiente información sobre alimentación y sobre cómo incide en el crecimiento de los niños y adolescentes?
6. ¿Considera que para enfrentar esta epidemia es necesario que la sociedad, los padres de familia, así como expertos en múltiples disciplinas se unan para su prevención y tratamiento? Denos sus razones, por favor.
7. Según el *New York Times*, existen presiones de grupos industriales multinacionales para que en Ecuador no se promueva la lactancia materna. ¿Qué opinión le merece este tema?

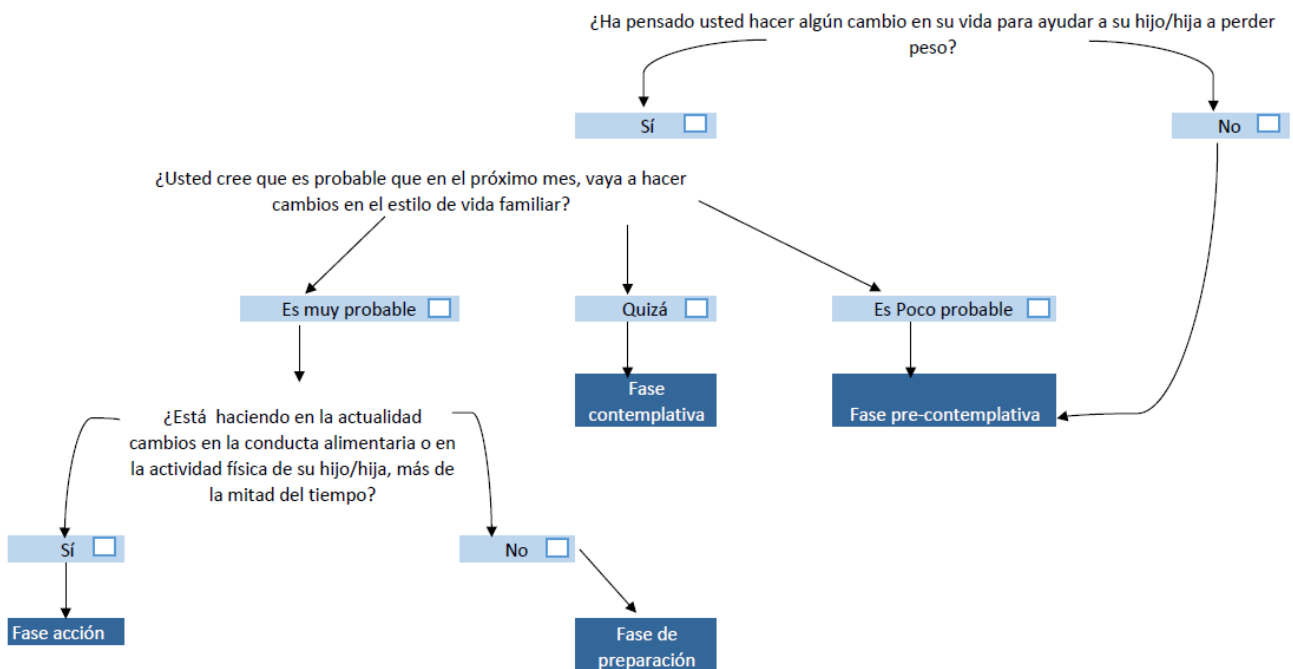
Anexo 4 - Entrevista a expertos en marketing

1. Según datos de la OMS, Ecuador registra un 8.6% de niños menores de 5 años con exceso de peso, mientras que en la edad de 5 a 11 años este índice se triplica llegando al 29.9% y en el caso de adolescentes al 26%. En virtud de estos datos, el sobrepeso y la obesidad infantil se catalogan como epidemia, ¿conocía usted esas cifras?
2. Según investigadores especializados, los niños reciben al año varios miles de mensajes que les dicen que coman productos que no son saludables. Los mensajes se asocian a emociones positivas, regalos y obsequios que aseguran que son más sanos cuando, en verdad, es lo contrario. Primero, como padre y luego, como experto en Marketing, ¿qué opinión le merece esta información?
3. Cada vez más estudios relacionan la exposición a los anuncios con el consumo de los alimentos anunciados y con la interferencia en los patrones del sueño como factores causantes de la obesidad infantil. ¿Coincide usted con esta apreciación?
4. ¿Estaría usted de acuerdo con que se establezcan restricciones a la comercialización y promoción de alimentos y bebidas poco saludables dirigidos a niños?
5. ¿Aprobaría que en los lugares donde hay niños no haya ninguna forma de publicidad o promoción de alimentos ricos en grasas, azúcares, sales, etc.?
6. Como experto en Marketing, ¿qué recomendaría implementar en los centros educativos para promocionar el consumo de alimentos y bebidas saludables, como frutas y verduras?
7. ¿Aprobaría que en los medios se regule la publicidad de alimentos no saludables en franjas de horario infantil, y similar en impresos e Internet?

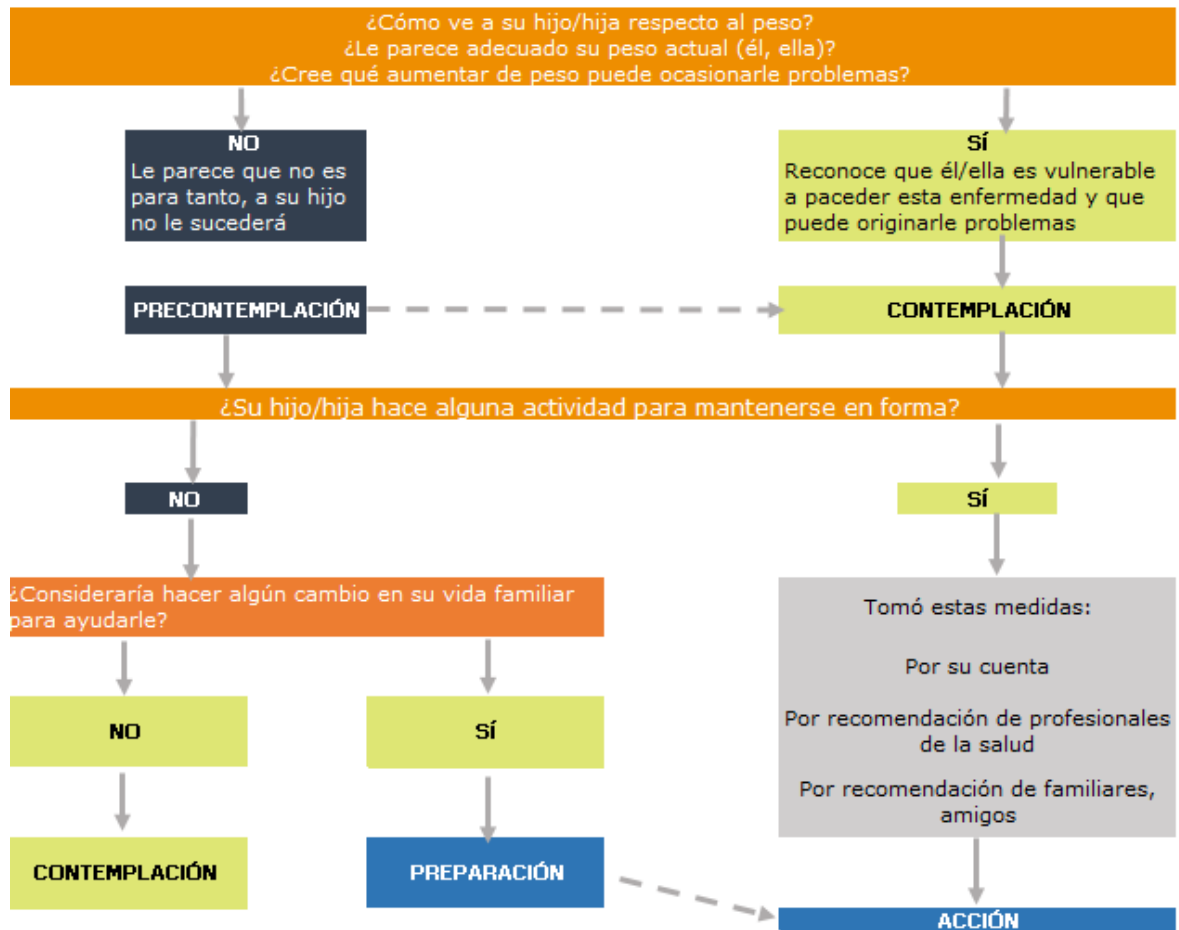
Anexo 5 - Entrevista a expertos en marketing social

1. La obesidad infantil en Ecuador tiene ya características de epidemia. El 29% de los niños y el 26% de los adolescentes sufren de esta enfermedad. ¿Qué opinión le merecen estas cifras como experto en Marketing Social?
2. ¿Está de acuerdo con que cada día un número más creciente de niños y adolescentes sufren de *bullying* y discriminación debido al sobrepeso y que es hora de tomar decisiones al respecto?
3. ¿Cree que es necesario concientizar a la población sobre hábitos de alimentación saludable y prácticas de actividades físicas?
4. Como experto en Marketing Social, ¿qué recomendaciones haría para reducir la publicidad y consumo de alimentos malsanos?
5. ¿Considera que este problema de salud pública debe ser manejado por especialistas de múltiples disciplinas y con alcance interinstitucional? Por favor explique sus razones.
6. ¿Estaría de acuerdo en participar en un programa que tenga el objetivo de reducir la obesidad infantil y sus consecuencias?

Anexo 6 - Algoritmo para determinar la predisposición al cambio en adultos responsables de niños con sobrepeso y obesidad



Anexo 7 - Algoritmo para determinar la conciencia de vulnerabilidad de adultos responsables de niños con normopeso



Anexo 8 – Cuestionario. Etapa cuantitativa



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Número de encuesta

Código

Este cuestionario tiene la finalidad de ser la base para la propuesta de una campaña de marketing social para la prevención de la obesidad infantil en la ciudad de Cuenca.

Bloque Informativo

P1. Tiene hijos entre 5 a 11 años

1. Si ___ 2. No ___ *Si su respuesta es no, termina aquí la encuesta. Gracias por su tiempo.*

P2. Edad del representante

1. Entre 18 y 23 años
2. Entre 24 y 29 años
3. Entre 30 y 35 años
4. Entre 36 y 41 años
5. Más de 42 años

P6. Sexo del representante

1. F ___ 2. M ___

P7. De acuerdo a la última visita al pediatra, el peso de su hijo(s) es:

- | | H1 | H2 | H3 | H4 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bajo peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Peso normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sobrepeso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Obesidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P3. Estado civil del representante

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Unión libre(a)
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)

P8. ¿Su hijo vive con usted?

1. Si ___ 2. No ___ *Si su respuesta es No, termina la encuesta. Gracias por su tiempo.*

P4. Nivel de instrucción del representante

1. Primaria
2. Secundaria
3. Tercer nivel
4. Cuarto nivel

P9. Sexo del niño(a)

1. F ___ 2. M ___

P10. Su hijo estudia en escuela:

1. Fiscal ___ 2. Fiscomisional ___ 3. Particular ___

P11. ¿Tiene internet en su hogar?

1. Si ___ 2. No ___

P5. Ingresos económicos mensuales del hogar acorde al salario básico (\$386)

1. Menos de \$386
2. Entre \$386 y \$772
3. Entre \$1158 y \$1544
4. Más de \$1544

P12. ¿Tiene televisión paga?

1. Si ___ 2. No ___

Bloque Conocimiento

P13. ¿Sabe usted lo que es obesidad infantil?

1. Si ___ 2. No ___

P14. Obesidad, ¿es sinónimo de comer mucho?

1. Si ___ 2. No ___

P15. ¿Conoce las causas por las que su hijo puede desarrollar esta enfermedad?

1. Si ___ 2. No ___ *Si su respuesta es No, pasar a P17.*

P16. Si su respuesta es si, mencione que causas conoce:

1. Alimentación
2. Falta de actividad física
3. Otro

P17. ¿Sabía usted qué los niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de seguirlo siendo en la adultez?

Si ___ 2. No ___

P18. Practica algún deporte el niño:

1. Si ____ 2. No ____

P19. Si su respuesta es sí, ¿qué deporte practica?

- 1. Fútbol
- 2. Baloncesto
- 3. Ballet
- 4. Natación
- 5. Tenis
- 6. Equitación
- 7. Otro _____

P20. ¿A qué dedica el niño su tiempo libre?

- 1. Actividades al aire libre
- 2. Actividades dentro de casa
- 3. Uso de tecnología

P21. De los siguientes aparatos ordene con 1 el que más utiliza y como 4 el que menos utiliza el niño:

- 1. Televisión
- 2. Tablet
- 3. Computadora
- 4. Celular
- 5. Ninguno

Pasar a la P23.

P22. En base a la pregunta anterior, ¿qué tiempo el niño utiliza dichos aparatos?

- 1. De 30min a 1h
- 2. De 1h a 2h
- 3. Más de 2h

P23. ¿En su hogar el almuerzo y cena se comparte en familia?

1. Si ____ 2. No ____

P24. ¿En su casa al momento de almorzar o merendar la televisión está encendida?

- 1. Nunca
- 2. A veces
- 3. Todos los días

P25. ¿Usted considera que ha existido un cambio positivo en la comercialización de alimentos expedidos en las instituciones?

1. Si ____ 2. No ____

P26. Para el recreo del niño(a) ¿qué acostumbra hacer?

- 1. Le preparo lunch
- 2. Le doy dinero para que compre en el bar de la escuela
- 3. A veces le preparo lunch, otras le doy dinero
- 4. En la escuela le dan refrigerio
- 5. Nada

En caso de darle dinero a su hijo, pasar a P27. Caso contrario seguir a P28.

P27. En caso de darle dinero al niño, aproximadamente ¿cuánto dinero le dan?

- 1. Menos de \$1
- 2. Entre \$1 a \$2
- 3. Más de \$2

P28. ¿Considera que la semaforización está bien concebida?

1. Si ____ 2. No ____

P29. Si su respuesta es no, ¿qué debería mejorar?

P44. ¿Considera que usted mantiene un estilo de vida saludable?

1. Si _____ 2. No _____

P45. ¿Practica usted algún deporte o actividad física?

1. Si _____ 2. No _____

Si respondió no, pasar a la pregunta P49.

P46. Si su respuesta es si, ¿qué deporte o actividad física realiza?

1. Bailoterapia
2. Gimnasio
3. Caminar/trotar
4. Otro

P47. ¿Qué tan seguido realiza usted dicha actividad?

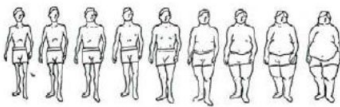
1. Una vez por semana
2. Dos a tres veces por semana
3. Más de 3 veces por semana

P48. ¿Qué tiempo usted dedica a realizar esta actividad física?

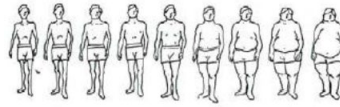
1. Una hora o menos
2. Entre una hora y dos horas
3. Más de dos horas

P49. Señale la figura a la que corresponde su peso actual:

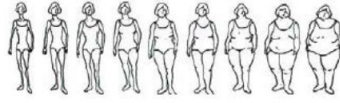
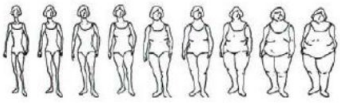
1. 2. 3. 4. 5.



P50. Señale la figura que desearía tener:



1. 2. 3. 4. 5.



Si su hijo presentó en la última visita médica sobrepeso u obesidad, por favor conteste las siguientes preguntas, caso contrario termine aquí la encuesta. ¡Gracias por participar!

P51. ¿Ha pensado usted hacer algún cambio en su vida para ayudar a su hijo/hija a perder peso?

1. Si _____ 2. No _____

Si su respuesta es si, continúe a la pregunta P52, caso contrario termina la encuesta aquí, gracias por su tiempo.

P52. ¿Usted cree que es probable que en el próximo mes, vaya a hacer cambios en el estilo de vida familiar?

1. Poco probable
2. Quizá
3. Es muy probable

P55. En los productos a más de la semaforización, ¿usted considera que se debería poner si es nutritivo o no?

1. Si _____ 2. No _____

P53. ¿Estaba consiente del costo que puede generar una enfermedad por un desorden alimenticio?

1. Si _____ 2. No _____

P54. ¿Qué tipo de campaña sugiere usted se debería hacer para evitar esta enfermedad (obesidad infantil)?

1. Control en el registro sanitario
2. Mayor control sobre los productos que se comercializan
3. Comunicación más directa

P56. ¿En que medio usted considera que la campaña tuviera un mayor impacto o éxito para reducir la obesidad infantil en niños de 5 a 11 años?

1. Radio
2. Prensa
3. Televisión
4. Redes sociales
5. Vallas
6. Reuniones de padres de familia en las instituciones educativas
4. Todos los dias

Anexo 9 - Tablas de Chi-Cuadrado de Pearson

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		<i>Peso_Niño</i>
<i>Sexo niño(a)</i>	Chi-cuadrado	5,330
	gl	1
	Sig.	,021*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		<i>Peso del niño</i>
<i>NSE hogar</i>	Chi-cuadrado	19,405
	gl	3
	Sig.	,000*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		<i>Peso_Niño</i>
<i>Estado civil progenitores</i>	Chi-cuadrado	43,446
	gl	4
	Sig.	,000*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		<i>Peso_Niño</i>
<i>Educación progenitor</i>	Chi-cuadrado	20,869
	gl	3
	Sig.	,000*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		<i>Peso_Niño</i>
<i>Deporte infantil</i>	Chi-cuadrado	4,580
	gl	1
	Sig.	,032*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		<i>Peso_Niño</i>
<i>Deporte progenitor</i>	Chi-cuadrado	16,413
	gl	1
	Sig.	,000*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		<i>Peso_Niño</i>
<i>Tiempo dedicado a medios</i>	Chi-cuadrado	14,850
	gl	3
	Sig.	,002*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		<i>Peso_Niño</i>
<i>Ver televisión a la hora de comer</i>	Chi-cuadrado	10,491
	gl	2
	Sig.	,005*
