



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología

**Conductas Alimentarias de Riesgo,
Estilos de Crianza y Funcionamiento
Familiar en Diadas Madre-Hijo de
Pachuca, Hidalgo**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

María Luisa Escamilla Gutiérrez

Brenda Karina Ramos Hernández

Directora de Tesis:

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña



San Agustín Tlaxiaca Hgo., 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Psicología
Department of Psychology

04 de mayo de 2016
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychologyc area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes **MARÍA LUISA ESCAMILLA GUTIÉRREZ Y BRENDA KARINA RAMOS HERNÁNDEZ**, bajo la modalidad de **Tesis colectiva** cuyo título es: **“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, ESTILOS DE CRIANZA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN DIADAS MADRE-HIJO DE PACHUCA, HIDALGO”** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Arturo Del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dr. José Esaél Pineda Sánchez	Segundo Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Tercer Vocal	
Mtra. Marianomeli Velázquez García	Secretario	
Mtra. Ana María Rivera Guerrero	Suplente	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Dedicatoria

“La psicología a diferencia de la química, algebra o literatura, es un manual para tu propia mente. Es una guía para la vida”.

Daniel Goldstein

permitieron conocer acerca de mi gran pasión, la psicología.

Al comité de tesis, por tomarse el tiempo de revisar y enriquecer esta tesis.

María Luisa Ψ

A mis padres, quienes siempre han sido mi soporte incondicional.

A mi hermana, por brindarme su ayuda cada vez que la necesito.

Al resto de mi familia, por preocuparse por mi bienestar. Especialmente a mi tía Cecy, quien fue un gran apoyo durante este gran sueño.

A la Dra. Rebeca, que gracias a ella he aprendido cosas maravillosas.

A mis profesores, compañeros y amigos que de su mano me

Con todo mi amor y cariño dedico esta tesis a Dios, a mis padres y hermanos porque sin su apoyo y motivación esto no hubiera sido posible.

A mis amigos y profesores por sus enseñanzas y colaboración.

Brenda Karina Ψ

Agradecimientos

Agradezco a la vida, por todas las experiencias, buenas y malas, que me han permitido convertirme en la profesionista y en la persona que ahora soy.

A mi mamá y mi papá por ser los mejores padres del mundo, porque con amor, siempre me han dado todas las herramientas que están en sus manos, para que pueda salir adelante.

A mi hermana Karen porque siempre está ahí con su enorme elocuencia y sus palabras de aliento para hacerme sentir bien cuando más lo necesito.

A los demás integrantes de mi familia. A mi abuelito, mi tía Amalia y mis tíos por estar constantemente al pendiente de mi bienestar desde que era niña. A mi tía Cecy, por ser un gran apoyo durante mi estancia en la licenciatura, así como por los momentos de risas interminables.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por la formación y experiencia profesional que me ofreció.

A la Dra. Rebeca por transmitirme su amor por la investigación e impulsarme a hacer esta tesis, además de ser el claro ejemplo de que el éxito y la sencillez nunca están peleados.

A cada uno de mis profesoras y profesores, que con sus conocimientos y experiencias,

me contagiaron de su pasión por esta extraordinaria profesión.

A mis compañeros, especialmente al grupo 4, gracias por sus experiencias, por su competitividad y sus ganas de aprender.

A mis amigas y amigos, Diana, Claudia, Norman, Paty, Azul, Mau, Nelly y Brenda, gracias por su amistad y por compartir conmigo esta hermosa experiencia de convertirme en profesionista, ustedes hicieron más ameno este camino.

A mis compañeras de equipo, Brenda, Azul y Nelly, por su esfuerzo y entrega total en la realización de este proyecto. ¡Lo logramos chicas!

Al Colegio Nuevo Hidalgo, por abrirnos las puertas y darnos la confianza para lograr concluir este documento. Especialmente a la Psico Ofelia y a Miss Lidia, por sus enseñanzas y su apoyo sincero.

A las niñas, niños y sus mamás que nos ayudaron para lograr esta investigación.

A cada uno de los integrantes del comité de tesis, que se tomaron el tiempo para revisar y mejorar esta tesis.

¡Gracias!

María Luisa Ψ

Gracias a Dios por darme fuerza y confianza para cumplir mis metas, por ayudarme a crecer como mujer, amiga y profesionalista.

Gracias a mis padres por su amor incondicional y por impulsarme día a día a seguir adelante.

A mis hermanos por ser mis guías y ejemplo de dedicación y perseverancia.

A mis amigos por todos los momentos que pasamos juntos, por su lealtad, entrega y amor.

A mis maestros por compartir conmigo sus conocimientos, entusiasmo y experiencia.

Y a todos los que participaron e hicieron posible este trabajo con su cooperación, voluntad, apoyo y compromiso.

Brenda Karina Ψ

Índice

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
Capítulo 1. Conductas Alimentarias de Riesgo	17
1.1 Definición de Conductas Alimentarias de Riesgo	17
1.2 Relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria	17
1.3 Tipos de Conductas Alimentarias de Riesgo	21
1.3.1 Atracones o Episodios de Ingestión Excesiva	21
1.3.2 Sensación de Pérdida de Control al Comer	22
1.3.3 Seguimiento de Dietas Restringidas	22
1.3.4 Ayunos	22
1.3.5 Vómito Autoinducido	22
1.3.6 Abuso de Laxantes	22
1.3.7 Preocupación por el Peso y la Comida	23
1.4 Epidemiología	23
1.4.1 Mundial	23
1.4.2 Nacional	24
1.4.3 Estatal	25
1.5 Síntomas	26
1.6 Factores de Riesgo	28
1.6.1 Biológicos	28
1.6.2 Psicológicos	29
1.6.3 Sociales	30
1.7 Consecuencias	32
1.7.1 Biológicas	32
1.7.2 Psicosociales	33

1.8 Modelos	34
1.8.1 Modelo Multicausal	34
1.8.2 Modelo de Continuidad	36
1.8.3 Modelo de la Discontinuidad	36
1.8.4 Modelo del Desarrollo	36
1.8.5 Modelo del Camino Doble	37
1.8.6 Modelo de las Transiciones Evolutivas	37
1.8.7 Modelo Estructural	38
1.8.8 Modelo de Strong y Huon	38
1.8.9 Modelo Conceptual de Story, Neumarck-Sztainer y French (2002)	38
1.8.10 Modelo Descriptivo-Predictivo de Unikel-Santoncini	38
1.8.11 Modelo Predictivo de Dieta Restringida	39
1.9 Tratamiento	39
1.10 Instrumentos de Evaluación	43
Capítulo 2. Estilos de Crianza	49
2.1 Definición de Estilos de Crianza	49
2.2 Tipos de Estilos de Crianza	50
2.3 Teorías	52
2.3.1 Teoría de los Estilos de Crianza de Diana Baumrind	52
2.3.2 Teoría de los Estilos de Crianza de Eleanor Maccoby y John Martin	52
2.3.3 Teoría de los Estilos de Crianza de Lyford-Pyke	52
2.4 Modelos	53
2.4.1 Modelo de Crianza de Abidin y Brunner	53
2.4.2 Modelo de Determinantes de la Crianza de Belsky	53
2.4.3 Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner	53
2.4.4 Modelo Nicho de Desarrollo de Super y Harkness	54
2.4.5 Modelo Transaccional	54
2.4.6 Modelo de Crianza de Webster-Stratton	54
2.4.7 Modelo de Crecimiento y Desarrollo de Zeitlin, Ghassemi y Mansour	55

2.4.8 Modelo de Correlación de Vera, Velasco y Morales	55
2.4.9 Modelo de Vera, Peña y Domínguez	55
2.5 Propuestas	55
2.5.1 Propuesta de Vera, Montiel, Serrano y Velasco	55
2.5.2 Propuesta de Lynn Bennet	56
2.5.3 Propuesta de Cornia, Jolly y Steward	56
2.6 Instrumentos de evaluación	56
2.7 Relación entre Estilos de Crianza y Conductas Alimentarias de Riesgo	59
Capítulo 3. Funcionamiento Familiar	62
3.1 Definición de Familia	62
3.2 Definición de Funcionamiento Familiar	62
3.3 Tipos	63
3.3.1 Tipos de Familia	63
3.3.2 Tipos de Funcionamiento Familiar	64
3.4 Teorías	66
3.4.1 Teoría del Aprendizaje Social	66
3.4.2 Teoría de las Interacciones Familiares	66
3.4.3 Teoría General de los Sistemas	67
3.4.4 Teoría de los Sistemas Naturales de Bowen	68
3.5 Modelos	68
3.5.1 Modelo McMaster	68
3.5.2 Modelo de Interacción Familiar	69
3.5.3 Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares	69
3.5.4 Modelo de Salud del Grupo Familiar	70
3.5.5 Modelo ABCX y Doble ABCX	71
3.6 Instrumentos de Evaluación	72
3.7 Relación entre Funcionamiento Familiar y Conductas Alimentarias de Riesgo	73

3.8 Relación entre Funcionamiento Familiar y Estilos de Crianza	77
Capítulo 4. Planteamiento del Problema	80
4.1 Justificación	80
4.2 Pregunta de Investigación	81
4.3 Objetivo General	81
4.4 Objetivos Específicos	81
4.5 Hipótesis	82
4.5.1 Hipótesis Conceptuales	82
4.5.2 Hipótesis Estadísticas	82
Capítulo 5. Método	84
5.1 Variables	84
5.2 Tipo de Diseño y Estudio	86
5.3 Participantes	86
5.4 Criterios de Inclusión	87
5.5 Criterios de Exclusión	87
5.6 Descripción de la Muestra	88
5.7 Instrumentos	90
5.7.1 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación (EFRATA-II)	90
5.7.2 Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN)	90
5.7.3 Escala de Estilos de Crianza	91
5.7.4 Escala de Funcionamiento Familiar	91
5.8 Procedimiento	91
Capítulo 6. Resultados	93
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones	113
Referencias	122
Anexos	162
Anexo 1. Consentimiento Informado	162

Anexo 2. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)	163
Anexo 3. Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza en Niños (EPPCN)	165
Anexo 4. Escala de Estilos de Crianza	168
Anexo 5. Escala de Funcionamiento Familiar	169

Índice de Tablas

Tabla 1. Propuesta de Modelo Multicausal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	35
Tabla 2. Funcionamiento familiar de las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa	76
Tabla 3. Definición conceptual y operacional de las variables de estudio	84
Tabla 4. Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN)	104
Tabla 5. Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Estilos de Crianza (percepción de la madre)	105
Tabla 6. Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Hombres) y la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN)	106
Tabla 7. Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Funcionamiento Familiar	107

Tabla 8. <i>Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Hombres) y la Escala de Funcionamiento Familiar</i>	108
Tabla 9. Relación entre los factores de la Escala de Estilos de Crianza (percibidos por la madre) y la Escala de Funcionamiento Familiar	110
Tabla 10. <i>Relación entre los Factores de la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN) y la Escala de Funcionamiento Familiar</i>	111

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la población por sexo	87
Figura 2. Distribución de la población por estado civil	88
Figura 3. Personas con las que vive el niño (a)	89
Figura 4. Número de hijos por familia	89
Figura 5. Persona que prepara la comida en la casa	90
Figura 6. Distribución porcentual por sexo de la subescala Sobreingesta por compensación psicológica	94
Figura 7. Distribución porcentual por sexo de la subescala Dieta crónica restringida	95
Figura 8. Distribución porcentual por sexo de la subescala Conducta alimentaria compulsiva	96
Figura 9. Distribución porcentual por sexo de la subescala Conducta alimentaria normal	97
Figura 10. Medidas obtenidas por la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza de las madres	99
Figura 11. Medidas obtenidas por la Escala de Percepción de Estilos de Crianza percibidos por la madre	100
Figura 12. Medidas obtenidas por la Escala de Funcionamiento Familiar	102

Resumen

Las conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud significativo en la actualidad, a lo cual, diversas investigaciones han encontrado como factores de riesgo a determinados estilos de crianza y al funcionamiento familiar deteriorado.

Objetivo: Determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada de Pachuca de Soto, Hidalgo, y de sus madres los estilos de crianza y el funcionamiento familiar. **Método:** Participaron N=67 estudiantes, n=33 mujeres, y n=34 hombres; con una \bar{X} = 10.16 años de edad (*D. E.*= 0.68), y N=67 madres en un rango de 28 a 48 años. Se aplicó una *Encuesta de Datos Sociodemográficos*, la *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)*, la *Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN)*; y para las madres se utilizó la *Escala de Estilos de Crianza* y la *Escala de Funcionamiento Familiar*. **Resultados:** Se observan más factores de riesgo asociados a conductas alimentarias en hombres que en mujeres; ellos muestran mayor preocupación por el cuidado de su salud. En las prácticas de crianza predominan el apoyo escolar, afecto e interacción positiva, mientras que las madres se perciben autoritarias. Las mujeres presentaron correlaciones indirectas entre apoyo escolar, sobreingesta por compensación psicológica y conducta alimentaria compulsiva; y relaciones inversas entre autoridad y poder y conducta alimentaria normal. Los hombres mostraron asociaciones directas entre disciplina punitiva, intolerancia emocional, cohesión, dieta crónica restringida y conducta alimentaria compulsiva. **Conclusiones:** Se evidencia la necesidad de crear programas enfocados a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, involucrando a los padres y a la familia como red de apoyo para los preadolescentes.

Palabras clave: Conductas Alimentarias de Riesgo, Percepción de Estilos de Crianza Maternos, Estilos de Crianza, Funcionamiento Familiar, Diada Madre-Hijo.

Abstract

Risk eating behavior is an important health problem nowadays, for that reason, several investigations have found risk factors like specific parenting styles and impaired family functioning. **Objective:** To determinate the relation between risk eating behavior and perception of maternal parenting practices in students of fifth and sixth grade of a private elementary from Pachuca de Soto, Hidalgo, and from their mothers the parenting styles and family functioning. **Method:** This study involved N=67 students, n=33 girls, and n=34 boys, with a \bar{X} = 10.16 years old (S. D. = 0.68), and N=67 mothers in a range of 28 to 48 years old, to children were given a *Sociodemographic Survey Data*, *Risk Factors Associated to Eating Disturbances Scale (RFAFDS-II)*, *Children Rearing Practices Perception Scale*; and for mothers were used the *Parenting Styles Scale* and the *Family Functioning Scale*. **Results:** There are more risk factors associated with eating behavior in boys than in girls; besides, they are the ones who show more concern for their health care. In maternal parenting practices predominate educational support, affection and positive interaction, while mothers perceive that they are authoritarian. Girls had indirect correlations between educational support, psychological compensation by overeating and binge eating behavior; and inverse relationships between authority and power and normal eating behavior. Boys showed direct associations between punitive discipline, emotional intolerance, cohesion, chronic restricted diet and binge eating behavior. **Conclusions:** It is evident the need to create programs focused on the prevention of eating disorders, and involves parents and the family as a support network for preadolescents.

Key words: Risk Eating Behavior, Perception of Maternal Parenting Styles, Parenting Styles, Family Functioning, Mother-Child Dyad.

Introducción

La prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tiene como objetivo la reducción o eliminación de factores de riesgo, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), son entendidos como cualquier rasgo o característica que aumente las posibilidades de que un individuo desarrolle una enfermedad o lesión. Del mismo modo, es ineludible acrecentar los factores de protección para el mismo fin.

Si se entienden los TCA como plurideterminados, se puede pensar en un grupo de factores predisponentes asociados al individuo tales como las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), y a factores del contexto familiar, como la Percepción de los Estilos de Crianza de los Padres; así como los Estilos de Crianza de las Madres, además de factores relacionados con el entorno familiar como la Funcionalidad.

La literatura evidencia un cierto consenso en el papel del psicólogo de la salud, en cuanto a la atención primaria, para que a partir de la detección oportuna de factores de riesgo en la diada madre-hijo(a) se pueda incidir de manera positiva en factores que indirectamente protegerán a los adolescentes de padecer un TCA.

De igual forma, el psicólogo de la salud constituye un pilar importante para la identificación de grupos de riesgo y para la modificación de las conductas precursoras de la enfermedad, particularmente la realización de CAR como las dietas restrictivas, los atracones, entre otras que pudieran desencadenar un TCA. Como la mayoría de los casos de Anorexia Nerviosa (AN) ocurren en el grupo de 12-25 años, parece adecuado centrar actividades preventivas en la población normal preadolescente, considerándola como un grupo de riesgo.

Se infiere que la promoción y educación para la salud, especialmente con preadolescentes, adolescentes y sus padres, de forma individual y en grupo,

permite albergar esperanzas sobre la utilidad de estudios que detecten de manera precoz el riesgo de padecer una enfermedad.

Bajo el preámbulo antes señalado, específicamente en este estudio se tuvo como objetivo determinar la relación entre las CAR, los estilos de crianza y el funcionamiento familiar, con la participación de 67 diadas madre-hijo(a), en población de Pachuca de Soto, Hidalgo.

En esta tesis el reporte se divide de la siguiente manera:

El primer capítulo define a los TCA y a las CAR, asimismo se analizan sus características, datos epidemiológicos a nivel mundial, nacional y estatal. Considerando los síntomas y factores de riesgo: biológicos, psicológicos y sociales; sus consecuencias y los modelos teóricos que explican las CAR; así como su tratamiento y los instrumentos de evaluación.

En el segundo capítulo se aborda la relación entre los estilos de crianza de los padres y las CAR; se profundiza sobre la definición de los estilos de crianza, su clasificación, las teorías y modelos que los explican, además de instrumentos que los miden.

En el tercer capítulo se analiza la relación entre el funcionamiento familiar y las CAR, además de la relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de crianza; para comprender dicha relación se abordan las definiciones y tipos de familia y funcionamiento familiar; así como las teorías e instrumentos de evaluación.

Con base en lo anterior, en el cuarto y quinto capítulo se presenta el proceso de investigación que se llevó a cabo; en donde se menciona: el planteamiento del problema, la justificación, la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos, las hipótesis, el método a seguir, las variables, los sujetos de estudio, el tipo de diseño y los instrumentos utilizados.

En el sexto capítulo se describen los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos en la diada madre-hijo(a); en cuanto a lo encontrado con la

medición de cada una de las variables estudiadas; asimismo, los resultados de las correlaciones entre las variables.

En el séptimo capítulo se discuten los datos y se presentan las conclusiones, limitaciones y sugerencias para futuros estudios.

Posteriormente, se presenta el listado de referencias revisadas durante la investigación documental que da sustento a esta tesis; y finalmente se anexan los instrumentos utilizados para la medición de las variables investigadas.

Capítulo 1. Conductas Alimentarias de Riesgo

En este capítulo se aborda, primeramente, la definición de las CAR, y posteriormente la conceptualización de los TCA para establecer la relación entre éstos y las CAR. Asimismo, se profundiza sobre sus tipos, síntomas, tratamiento, factores de riesgo, consecuencias biopsicosociales y su epidemiología mundial, nacional y estatal.

1.1 Definición de Conductas Alimentarias de Riesgo

Se entiende por conducta alimentaria al conjunto de acciones que realiza un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, relacionada con la ingestión de alimentos (Lora-Cortez & Saucedo-Molina, 2006; Saucedo-Molina, 2003).

Las CAR son prácticas anormales asociadas con TCA que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la AN y la Bulimia Nerviosa (BN). Las prácticas dietéticas, expectativas socioculturales, percepción de la imagen corporal y características psicológicas pueden afectar el desarrollo de éstas (Striegel-Moore, 1997; Stice, 2002 como se citó en Quick & Byrd-Bredbenner, 2013).

Las CAR son hábitos nocivos para la salud que se desarrollan como un intento para perder o controlar el peso corporal (Johnson et al., 2004; Sampei, Sigulem, Novo, Juliano, & Colugnati, 2009). Algunas conductas son vómito autoinducido, ingesta excesiva y el uso de medicamentos para bajar de peso, como laxantes y diuréticos (De Sousa, Marcele, & Caputo, 2013; Schaal et al., 2011).

1.2 Relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA son definidos como alteraciones importantes de la conducta alimentaria, los cuales tienen como característica en común la percepción alterada de la figura y peso corporal (American Psychiatric Association [APA], 2000; Morrison, 2008).

También los TCA son descritos como procesos psicopatológicos que se observan en las personas que presentan patrones deformados en la manera en que comen, ya sea en exceso o en déficit, sin que involucre una necesidad metabólica o biológica, siendo la causa la respuesta a un impulso psíquico (Méndez, Vázquez-Velázquez, & García-García, 2008).

Al principio, las conductas como la selección y restricción en la ingesta de alimentos, vómitos, uso-abuso de laxantes o diuréticos, hacer ayunos, son con la finalidad de controlar el peso y buscar la delgadez, pero poco a poco se convierte en una obsesión (Chinchilla, 2003 como se citó en Pavana, 2012).

De acuerdo con la APA (2014) en su *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* quinta edición (DSM-V), los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se clasifican en pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados y trastorno alimentario o de ingestión de alimentos no especificado. Para este efecto, se abordarán los trastornos de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos, los cuales se caracterizan por:

- A. Presentarse por falta de interés aparente por comer, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, preocupaciones acerca de las consecuencias repulsivas del acto de comer, que se ponen de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas asociadas a los siguientes hechos:
 - 1. Pérdida de peso significativa.
 - 2. Deficiencia nutritiva importante.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial
- B. El trastorno no se explica mejor por la disponibilidad de alimentos o una práctica culturalmente aceptada.

- C. No se produce únicamente en el curso de la AN o la BN, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimente el propio peso o constitución.
- D. No se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando se presenta comórbido con estas situaciones, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse la afección o trastorno, lo que justifica la atención clínica adicional.

Dentro de esta clasificación se encuentra la AN, la cual debe cumplir con los siguientes criterios para ser diagnosticada (APA, 2014):

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo (peso inferior al mínimo normal) con relación al sexo, la edad, la etapa de desarrollo y la salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con el peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la percepción de uno mismo acerca de su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- D. Puede ser de tipo restrictivo (durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, la pérdida de peso es debida al ayuno, dietas restringidas o ejercicio excesivo). De tipo con atracones/ purgas (durante los últimos 3 meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas como uso de laxantes, enemas o diuréticos).

También se encuentra la BN con los siguientes criterios (APA, 2014):

- A. Episodios recurrentes de atracones, cada episodio se caracteriza por los hechos de a continuación:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

El trastorno de atracones (TA) se diagnostica siguiendo los criterios de a continuación (APA, 2014):

- A. Los episodios recurrentes de atracones. Presentan las mismas características que en la BN.
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer sólo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

- C. Malestar intenso respecto a los atracones
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Específicamente, los TCA se vinculan con las CAR, ya que estos son un grupo de trastornos psiquiátricos unidos por una conducta alimentaria altamente perturbada y una constelación de rasgos psicológicos y síntomas. Las conductas alimentarias pueden incluir el ayuno y la dieta, atracones, vómito autoinducido, abuso de laxantes, píldoras de dieta y otros medicamentos; así como el uso de ejercicio excesivo para controlar el peso. Los rasgos y síntomas psicológicos incluyen preocupación por el peso, distorsiones de la imagen corporal y actitudes seriamente perturbadas hacia el alimento (Colton, Olmsted, Daneman, Ryddal, & Rodin, 2004; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

1.3 Tipos de Conductas Alimentarias de Riesgo

En las CAR se presentan comúnmente conductas compensatorias, las cuales se dividen en purgativas: vómito autoinducido, uso de laxantes, etc., y no purgativas: ayuno, ejercicio, entre otras (Schaumberg, Anderson, Reilly, & Anderson, 2014). Schaumberg et al. (2014) mencionan que es más grave una patología cuando se utilizan varias conductas compensatorias, que cuando se usa una o ninguna.

De acuerdo a Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010) las CAR tienen como objetivo principal el bajar de peso y mejorar la silueta corporal. Las autoras mencionan la siguiente clasificación:

1.3.1 Atracones o Episodios de Ingestión Excesiva.

Según Calvo, Puente y Vilariño (2008) existen dos tipos de atracones: el objetivo, siendo aquel donde se consumirá en exceso alimento (comida, desperdicio, etc.) debido a los largos ayunos, o no haber consumido ningún alimento durante un

periodo largo de tiempo; y el subjetivo, cuando la sensación de pérdida de control lleva a realizar ingestas de alimentos minuciosas (demasiado controladas).

Los atracones también cumplen con un papel social, ya que según Forman-Hoffman y Cunningham (2008) estos se pueden dar en grupos, en donde el nivel de atracón es muy parecido al de los demás integrantes del grupo.

1.3.2 Sensación de Pérdida de Control al Comer.

Según Calvo et al. (2008) es un sentimiento de pérdida de control, es decir, ingerir alimentos en exceso sin percatarse de la cantidad de alimentos que se están ingiriendo.

1.3.3 Seguimiento de Dietas Restringidas.

Reducción en la ingesta de alimentos considerados como engordantes (Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez, & Mancilla-Díaz, 2008).

1.3.4 Ayunos.

Eliminación del primer alimento durante un tiempo prolongado, en donde se consume agua escasamente (Cruz et al., 2008).

De acuerdo con los resultados de la investigación de Pissetsky, Chao, Dierker, May y Striegel-Moore (2008) el ayuno fue la conducta alimentaria más común en una preparatoria de los Estados Unidos.

1.3.5 Vómito Autoinducido.

El vómito autoinducido es común en la BN y puede producir trastornos del equilibrio electrolítico y complicaciones más severas en el organismo, además de que generan mayor pérdida de peso (Ochoa, Dufoo, & De León, 2008).

1.3.6 Abuso de Laxantes.

Cuando una persona consume demasiados laxantes frecuentemente, o bien, le da un inadecuado manejo de estos durante un periodo de tiempo extendido, con el fin de controlar el peso (Moore, 2011).

Según la OMS (2014) los diuréticos tienen como objetivo aumentar la excreción de orina, por tanto, también de agua y electrolitos.

1.3.7 Preocupación por el Peso y la Comida.

Se refiere a los sentimientos de culpa que se originan por la forma de comer y la lucha que se sostiene por no hacerlo, también incluye a las conductas que se siguen para no subir de peso y que, al mismo tiempo, refuerzan la conducta dietaria (León, Gómez-Peresmitré, & Platas, 2008).

1.4 Epidemiología

1.4.1 Mundial.

A nivel mundial, de acuerdo con *Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders* (FEAST, 2012), la tasa de prevalencia de los TCA está incrementando, siendo la AN la tercera enfermedad crónica más común entre adolescentes. En América, la prevalencia entre adolescentes oscila entre el 3.4 % en mujeres y 1.5% en hombres. Reportes de estudios en Estados Unidos dicen que el 50% de las mujeres de 11 a 13 años de edad se considera con sobrepeso y el 80% de 13 años de edad han intentado bajar de peso.

Makino, Tsuboi y Dennerstein (2004) mencionan que la tasa de prevalencia de AN en mujeres de países de occidente oscila entre 0.1% a 5.7%, y la tasa de prevalencia de BN de alrededor de 0% a 2.1% en hombres y de 0.3% a 7.3% en mujeres. En cuanto a países no occidentales la tasa de prevalencia para la BN es de 0.46% a 3.2% en mujeres. Los investigadores concluyen que la prevalencia de desórdenes de la alimentación en países no occidentales es más baja; sin embargo, parece estar incrementando gradualmente.

En Estados Unidos se estima que por lo menos en más de 24 millones de personas de todas las edades y sexos sufren un TCA, y que la tasa de mortalidad más alta de cualquier enfermedad mental se encuentra en estos trastornos (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders [ANAD], 2015).

Wade, Keski-Rahkonen y Hudson (2011 como se citó en National Eating Disorders Association [NEDA], 2015) mencionan que 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en Estados Unidos han sufrido un TCA clínicamente

significativo alguna vez en su vida (AN, BN, TA o un desorden de la alimentación del tipo no especificado). Smolak (2011 como se citó en NEDA, 2015) dice que la preocupación por el peso y la figura, especialmente en mujeres, comienza desde temprana edad, entre el 40 y 60% de niñas de entre 6 y 12 años se preocupan por su peso o por engordar y esta preocupación se mantiene toda la vida.

1.4.2 Nacional.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) se estima que el 1.3% de adolescentes de 10 a 19 años de edad está en riesgo de tener un TCA, siendo más común en el sexo femenino. En las mujeres, la principal CAR fue la preocupación por engordar, con un 19.7%, mientras que en los hombres la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso con un 12.7% (Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud [INSP & SSa], 2012)

Según diversos autores (Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa, & Unikel-Santoncini, 2009; 2011; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista, & Medina-Mora, 2006) que realizaron estudios en población mexicana, los porcentajes de las CAR fluctúan desde 5% hasta 18% en mujeres universitarias y de bachillerato; sin embargo, las cifras van en aumento, ya que se ha encontrado que últimamente los porcentajes van desde 4% hasta 30%.

En una muestra de 437 niños de primaria con una edad promedio de 10.8 años, se señaló que el 25% afirmó que estaba haciendo dieta con propósitos de control de peso y que más mujeres que hombres omitían una comida al día (por lo regular era la cena) y consumían menos alimentos engordantes (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998).

De acuerdo a Hernández-Escalante y Laviada-Molina (2014) en un estudio realizado en siete preparatorias de la ciudad de Mérida, Yucatán, el 5.8% de las estudiantes refirieron que el peso y la forma del cuerpo fueron factores más importantes que determinaban cómo se sentían sobre sí mismas. En este mismo estudio se encontró que la frecuencia de vómito autoinducido, al menos una vez a

la semana durante los últimos tres meses fue de 4.3% y la frecuencia de ayuno de mínimo 24 horas una vez a la semana en el mismo periodo de tiempo fue de 9.6%, en cuanto que frecuencia de ejercicio excesivo como conducta compensatoria fue de 15.3%.

Según Unikel-Santoncini et al. (2006) conforme las adolescentes van creciendo, las CAR aumentan, mientras que en los varones es lo contrario; no obstante, en todos los rangos de edad se presenta la preocupación por aumentar de peso y el método de usos restrictivos. Las mujeres prefieren las figuras delgadas y es en la adolescencia cuando se muestran más insatisfechas con su imagen, en los hombres también ocurre lo inverso.

Guzmán (2012) indica que la preocupación por el peso y la comida se presenta con mayor frecuencia en hombres, le sigue la conducta alimentaria compulsiva, más presente en las mujeres que en los hombres, y finalmente el comer por compensación psicológica practicada más por las mujeres.

Silva-Gutiérrez (2006) menciona que, en el área metropolitana en 2005, los datos de los Servicios Educativos en el Distrito Federal refirieron que alrededor del 15% de jóvenes de secundaria presentaba algún TCA, es decir, que de 407 mil alumnas de entre 12 y 15 años de edad, 61,050 presentaron un trastorno.

1.4.3 Estatal.

Respecto al Estado de Hidalgo, Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010) mencionan que las CAR se presentan con mayor frecuencia en mujeres (8.4%) que en los hombres (2.9%), más en mujeres de preparatoria (9.0%) que en las de licenciatura (7.9%), en el caso de los hombres pasa lo contrario (1.6% en preparatoria y 4.2% en licenciatura).

De acuerdo con la ENSANUT Hidalgo 2006 el 15% de los adolescentes mencionan que ha tenido la sensación de no poder parar de comer, el 0.9% ha practicado el vómito autoinducido y el 0.2% han usado conductas compensatorias como el uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) (INSP & SSa, 2006).

En un estudio realizado por Guerrero y Márquez (2011) en preadolescentes y adolescentes de escuelas públicas de Pachuca de Soto, se encontró en cuanto a la preocupación por el peso y la comida que del total de hombres participantes el 20% está en riesgo y del total de mujeres el 17.4%, en tanto que a nivel secundaria se encontró que el 12.7% de hombres y 6% de mujeres están en riesgo.

Chávez (2011) quien realizó un estudio en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca Hidalgo, reporta que de la muestra general el 5.1% presenta CAR. De esta misma muestra se analizaron diferencias por sexo, en la cual se halló que el mayor porcentaje de presencia de CAR está en las mujeres (6.9% mujeres y 3.2% hombres).

Pavana (2012) encontró en una muestra de 361 estudiantes (208 mujeres y 158 hombres) de secundaria de Pachuca de Soto, que el 20.2% (11.1% mujeres y 9.1 hombres) indica que *A veces* ingiere alimentos por compensación psicológica, el 3.6% (1.4% hombres y 2.2% mujeres) *Frecuentemente* lleva acabo la conducta y el 1.1% (0.3% hombres y 0.83% mujeres) lo realiza *Muy Frecuentemente*. Respecto a dietas crónicas y restringidas se encontró en esta muestra que sólo el 5.3% (3.6% hombres y 1.7% mujeres) de los participantes tiene riesgo de presentar esta conducta. Con relación a la preocupación por el peso y la comida, se encontró que el 10.3% (4.4% hombres y 5.8% mujeres) de la muestra total se encuentra en riesgo, y en cuanto a la conducta alimentaria compulsiva o atracón el 5.8% (2.5% mujeres y 3.3% hombres) de los participantes presentan esta conducta.

En un estudio realizado por Figueroa (2014) donde evaluó a los participantes con riesgo y sin riesgo en las actitudes alimentarias, reporta haber encontrado que del total de hombres sólo el 25.33% está en riesgo, y respecto a las mujeres, sólo 16.27% del total de ellas está en riesgo.

1.5 Síntomas

Las CAR ocurren desde leves a muy graves, se ha reportado frecuentemente en la población general que esto se va agravando hasta llegar a cumplir con los criterios

de los TCA. Las CAR son versiones más leves de los trastornos que comúnmente comparten características o no, estos se describen como alteradores secundarios del sistema endocrino, así como deshidratación, control metabólico deficiente, significativos problemas de ánimo y una característica más reciente que se le ha dado a las CAR es el favorecimiento de las enfermedades crónico degenerativas (Colton, Olmsted, Daneman, & Rodin, 2012; Urzúa, Avendaño, Díaz, & Checure, 2010).

En otro estudio se mencionan características como las prácticas dietéticas, expectativas y percepciones socioculturales de imagen corporal y las características psicológicas, que pueden producir el desarrollo de conductas alimentarias alteradas (Striegel-Moore, 1997; Stice, 2002 como se citó en Quick & Byrd-Bredbenner, 2013).

Con base en la *Academy for Eating Disorders* (AED, 2012) la presencia de las conductas anteriormente mencionadas desencadena algunos de los siguientes signos y/o síntomas:

- Marcada pérdida o ganancia de peso o fluctuaciones
- Mantenimiento de peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo
- Intolerancia al frío
- Debilidad
- Fatiga o Letargia
- Mareo
- Síncope
- Bochornos y episodios de sudoración
- Bradicardia
- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Infertilidad inexplicable
- Reflujo gastroesofágico
- Exceso de ejercicio o involucrarse en entrenamiento físico extremo

- Constipación en el contexto de otras conductas de dieta inapropiadas y/o comportamientos que promuevan la pérdida de peso
- Dentro del sistema cardiorrespiratorio pueden surgir: dolor precordial, palpitaciones cardíacas, arritmias, falta de aliento y edemas

Según la Teoría del Continuo, propuesta por Nylander (1971 como se citó en Altamirano, Vizmanos, & Unikel-Santoncini, 2011), las CAR se localizan en la parte intermedia de dicho continuo, encontrándose en un extremo la conducta alimentaria normal y en el otro los TCA.

Desde esta perspectiva, las personas con alimentación restringida o “dietantes crónicos” presentan un menor grado de psicopatología que quienes padecen TCA —comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo (American Dietetic Association, 2006 como se citó en Altamirano et al., 2011; Hunot, Vizmanos, Vázquez-Garibay, & Celis, 2008). Sin embargo, un TCA, o bien las CAR, puede existir sin ninguna queja, signo o síntoma físico evidente (AED, 2012).

1.6 Factores de Riesgo

1.6.1 Biológicos.

Birch y Davison (2001) mencionan que, en el contexto familiar, las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales interactúan recíprocamente con los intentos de los padres de controlar su conducta alimentaria y la de sus hijos. Tholin, Rasmussen, Tynelius y Karlsson (2005) realizaron estudios sobre la influencia ambiental y genética en la conducta alimentaria, en padres y en gemelos, que sugieren que en parte ésta se debe a factores genéticos.

Han sido identificados diferentes genes que podrían explicar la influencia de éstos en los TCA a través de la interacción de las variables ambientales con los cambios en los componentes genéticos (Portela, Da Costa Ribeiro, Mora, & Raich, 2012; Wilksch & Wade, 2009). En otras investigaciones, Culbert, Burt, McGue,

Iacono y Klump (2009) sugieren que se registra un aumento de los factores genéticos con la activación de las hormonas ováricas (sobre todo estradiol) en el inicio de la pubertad.

En la pubertad, el estradiol es el encargado de regular la transcripción de genes entre neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo, como la serotonina, puede influir en la predisposición genética de los TCA (Klump, Perkins, McGue, & Iacono, 2007).

Debido a la convergencia de cambios, tanto físicos como psicológicos, que se experimentan en la adolescencia, se considera a esta etapa la de mayor riesgo para el desarrollo de un TCA. Hay un notable incremento de preocupación por el peso y la figura, la exigencia por lograr metas puede ser difícil para algunos, esto puede tener un impacto significativo en la confianza y autoestima. El control de la forma de comer puede surgir como respuesta no específica hacia las demandas de la pubertad (Gowers & Shore, 2001).

Otro factor de riesgo importante es el sexo. Las CAR son más comunes en mujeres adolescentes y jóvenes que en hombres (Levenson, 2011; Upadhyah, Misra, Parchwani, & Maheria, 2014).

1.6.2 Psicológicos.

Los factores psicológicos y rasgos de personalidad son importantes en el desarrollo de un TCA. Algunas causas que pueden ocasionar este trastorno son: baja autoestima, sentimientos de impotencia, sentimientos de inadecuación o falta de control en la vida, depresión, ansiedad, ira, estrés, soledad o intensa insatisfacción con la imagen. Otras causas importantes pueden ser problemas en las relaciones interpersonales, dificultad para expresar emociones y sentimientos, historia de burla o ridiculización respecto a su tamaño o peso, e historia de abuso físico o sexual (American Psychological Association [APA], 2015; NEDA, 2015).

Unikel-Santoncini y Caballero-Romo (2010) mencionan que el estudiar la personalidad ha ayudado a comprender la vulnerabilidad para desarrollar algún TCA. Por lo general, las dificultades se encuentran en expresar las emociones

negativas, como el enojo, tristeza o ansiedad. Otra característica común asociada al desarrollo de TCA es la baja autoestima. En el caso de las personas con AN, los rasgos perfeccionistas de personalidad contribuyen en parte a reforzar la imagen devaluada que tienen de sí mismas, ya que se imponen niveles de exigencia tan elevados en los que fallar es inevitable.

Cutting, Fisher, Grimm-Thomas y Birch (1999) señalan que algunas investigaciones demuestran que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conducen en concreto a la aparición y mantenimiento de los TCA. En este tipo de interacción familiar, los síntomas de la hija desempeñan un papel central con el que evitan abordar el verdadero conflicto subyacente. La característica de esta familia "psicosomática" es la estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos.

La relación con los padres, en específico la relación madre-hija, durante la infancia y adolescencia son cruciales para el desarrollo psicológico y social posterior de las hijas. Se ha demostrado que existe una correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras de funcionamiento familiar y el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta, entre ellas los TCA (Merino, 1996 como se citó en Méndez et al., 2008).

1.6.3 Sociales.

Cooper y Burrows (2001) mencionan que es posible que la alimentación (como lo son las costumbres, hábitos y patrones de consumo) y la comida (usos, disponibilidad) sean las que originen conductas que descompongan las etapas tempranas del desarrollo; en donde de igual manera aquellos aspectos relacionados con el peso, la figura y la comida también se puede transmitir de padres a hijos, en donde es más común que sea de madres a hijas.

La preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al desarrollo de los TCA (Brownell & Rodin, 1994).

El modelo sociocultural de patología alimentaria plantea que la presión social para estar delgados fomenta una interiorización del ideal de delgadez e insatisfacción corporal, poniendo a las personas en riesgo de iniciar una dieta y de tener una patología alimentaria (Pyle, Mitchell, & Eckert, 1981 como se citó en Stice, 2002; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986 como se citó en Stice, 2002).

De acuerdo a Stice (2002) la familia, los compañeros y medios de comunicación contribuyen a la internalización de un ideal de delgadez y a una sobrevaloración generalizada de la importancia de la apariencia. La presión elevada para estar delgado puede conducir a la insatisfacción corporal, mensajes recurrentes de que uno no es lo suficientemente delgado causa descontento hacia el propio cuerpo y puede promover directamente que se inicie una dieta, puesto que la gente considera que esto puede disminuir la presión social para ser delgados.

La percepción que se tiene acerca de las proporciones de un cuerpo delgado puede ser reforzada por los miembros de la familia y compañeros, al elogiar el cuerpo delgado, el autocontrol y la disciplina necesaria para lograr el cuerpo ideal (Keca & Cook-Cottone, 2005).

Heinberg, Thompson y Stormer (1995) sugieren que a lo largo de la historia el ideal de la belleza femenina ha cambiado, en el caso de las mujeres, ellas tratan de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. De acuerdo a Unikel-Santoncini et al. (2006) esta comparación social puede tener un impacto negativo en la insatisfacción con la figura corporal en las mujeres y también en los hombres. Muth y Cash (1997) mencionan que en los varones el aumento de las CAR se asocia con la presión que ejerce la sociedad para alcanzar un cuerpo musculoso, el cual se relaciona con masculinidad y poder, y por tanto, cuando no lo logran, provoca vulnerabilidad en ellos.

León et al. (2008) mencionan que de acuerdo a distintos estudios existen una gran variedad de causas que provocan que las dietas se vuelvan populares, en donde se encuentran los estereotipos sociales de la delgadez, que de manera errónea se asocia con belleza, salud y autocontrol.

1.7 Consecuencias

1.7.1 Biológicas.

Las CAR son la antesala de los TCA, trastornos crónicos e incluso mortales (Fisher, Schneidere, Pegler, & Napolitano, 1991 como se citó en Pender & Farchaus, 2002; French, Perry, Leon, & Fulkerson, 1995 como se citó en Pender & Farchaus, 2002).

Unikel-Santoncini y Caballero-Romo (2010) mencionan algunas de las complicaciones médicas que se pueden presentar en las conductas anómalas de los TCA, el cual es el nivel más grave a la que pueden conducir las CAR. Algunos de estos son los siguientes:

- La desnutrición se asocia con la pérdida excesiva de peso, amenorrea primaria o secundaria, osteopenia/osteoporosis, disminución del volumen cerebral, intolerancia al frío, piel escamosa, uñas y pelo quebradizos.
- La mala nutrición se relaciona con déficits nutricionales específicos.
- Los vómitos autoinducidos pueden tener como consecuencia reflujo gastroesofágico, Síndrome de Mallory-Weiss, esófago de Barret, deshidratación, hipopotasemia, alcalosis metabólica, desgaste del esmalte dental, gingivitis, hipertrofia parotídea o xerostomía.
- El abuso de laxantes puede producir deshidratación, tolerancia al efecto laxante o acidosis metabólica.
- El abuso de diuréticos provoca deshidratación, hipopotasemia e hipotensión arterial; abusar de enemas puede provocar deshidratación y acidosis metabólica.
- La ingestión habitual de medicamentos con efectos anorexígenos o que contienen hormonas tiroideas puede ocasionar dependencia psicológica y/o física, irritabilidad, insomnio, cambios del estado de ánimo, hipotiroidismo y en casos extremos psicosis.

Ballester y Guirado (2003) mencionan que la pérdida de peso, emaciación, cambios en la piel, alteraciones dentarias, problemas cardiovasculares,

gastrointestinales, renales, hematológicos, etc., son sólo algunas de las consecuencias de los TCA.

1.7.2 Psicosociales.

En diversos estudios (Douglas Mental Health University Institute, 2013; National Centre for Eating Disorders, 2012; University of Queensland, 2015) se encontró que el desarrollo de un TCA comienza a menudo con la idea de que el perder peso permitirá mejorar la autoconfianza, autorespeto y autoestima. La realidad es que las dietas, los atracones y las purgas tienen efectos contrarios, pues quienes padecen un TCA generalmente luchan con una o más complicaciones como:

- Depresión
- La persona se siente fuera de control e impotente para solucionar los problemas
- Ansiedad
- Impulsividad
- Desconfianza de sí misma
- Culpa o vergüenza
- Temor a la desaprobación de otros al ser conocido su trastorno
- Temor a ser descubierto
- Pensamientos obsesivos y preocupaciones
- Comportamientos compulsivos
- Sentimiento de alienación y soledad
- Sentimientos de desesperanza e impotencia
- Pánico a subir de peso
- Aislamiento y retraimiento
- Pérdida del apetito sexual
- Sentimiento de estar gordo
- Problemas de sueño
- Dificultad para concentrarse
- Preocupación por los alimentos
- Irritabilidad

- Deterioro en habilidades intelectuales

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2004) menciona que la preocupación constante por el peso y delgadez de las personas con un TCA hace que insistentemente se comparen con otras, debido a que la percepción de sí mismas está distorsionada, e incluso recurren a otras en busca de aseguramiento y corroboración, por lo cual es común que constantemente pregunten a los demás cómo se ven; ésta preocupación también se extiende a su entorno social de tal manera que critican incisivamente la gordura.

Entre los problemas psicosociales que afectan a personas con TCA podemos encontrar baja autoestima y principales problemas psiquiátricos, incluyendo la depresión y el suicidio (Zaitsoff, Fehon, & Grilo, 2009).

Algunos estudios sugieren que adolescentes que tienen una imagen corporal distorsionada y TCA presentan dificultades para la negociación de conflictos y la expresión de sus emociones con sus amigos (Schutz & Paxton, 2007 como se citó en Zaitsoff et al., 2009; Shroff & Thompson, 2006). También se ha encontrado la presencia de aislamiento y ansiedad social en adultos y adolescentes con TCA (Zaitsoff et al., 2009).

1.8 Modelos

La actualidad de la patología relacionada con la ingesta de alimentos conduce continuamente a la búsqueda de causalidades que permitan el entendimiento de esta conducta humana, de ahí el surgimiento a través del tiempo de distintos modelos explicativos de los TCA. A continuación se describen algunos de ellos:

1.8.1 Modelo Multicausal.

Desde la perspectiva de este modelo descrito por Garner y Garfinkel (1980), la etiología de este trastorno se atribuye a la interacción de variables múltiples tanto biológico-genéticas, como psicológicas y sociales. Retomado por Toro y Vilardell (1987 como se citó en Garrote, 2009), el modelo plantea que los TCA son resultado de una serie de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes,

que interactúan entre sí de un modo específico para desencadenar una enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1

Propuesta del Modelo Multicausal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Factores Predisponentes	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
Factores genéticos	Cambios corporales	Consecuencias de la inanición
Edad 13-20 años	Separaciones y pérdidas	Interacción familiar
Sexo femenino	Rupturas conyugales del padre	Aislamiento social
Trastorno afectivo	Contactos sexuales	Cogniciones anoréxicas
Introversión/inestabilidad	Incremento rápido de peso	Actividad física excesiva
Sobrepeso en la pubertad y adolescencia	Críticas sobre el cuerpo	Yatrogenia
Nivel social medio/alto	Enfermedad adelgazante	
Familiares con trastorno afectivo	Traumatismo desfigurador	
Familiares con adicciones	Incremento en la actividad física	
Familiares con trastornos de la ingesta	Acontecimientos vitales	
Obesidad materna		
Valores estéticos dominantes		

Fuente: Garrote (2009)

1.8.2 Modelo de Continuidad.

Este modelo coloca los principales síntomas de la AN a lo largo del continuo salud-enfermedad, la alimentación “normal” es ubicada en el extremo saludable y en el extremo opuesto (enfermedad) el trastorno completo. Los síntomas asociados a los TCA se ubican en los puntos intermedios del continuo (Álvarez-Rayón, 2006; Garner, Garfinkel, & Olmsted, 1983 como se citó en León, 2010; Nylander, 1971 como se citó en León, 2010).

De acuerdo a este enfoque, el continuo inicia con la dieta no patológica, le sigue un trastorno subclínico y finaliza con un TCA. El aumento de peso o los cambios en las relaciones interpersonales de la etapa adolescente puede relacionarse con la insatisfacción corporal y por ende generar una dieta no patológica. El aumento de la probabilidad de desarrollar un cuadro subclínico surge de la interacción simultánea de la insatisfacción y dieta, mientras que para determinar una TCA se requiere de la implicación de otra serie de factores adicionales como sentimientos de ineficacia, estrés y complejo de “supermujer” (Levine & Smolak, 1990 como se citó en León, 2010).

1.8.3 Modelo de la Discontinuidad.

Este modelo establece que existe una diferencia cualitativa entre dietantes y las personas con TCA, a estos últimos los caracteriza un déficit psicológico, como trastornos afectivos y desconfianza interpersonal, etc., que no poseen los dietantes. Una persona con AN es diferente de aquella que sólo practica dieta restrictiva, en que la primera presenta temor a ganar peso, a diferencia del simple temor de un dietante, de esta manera, una persona diagnosticada con AN, ante la necesidad de desarrollo y crecimiento, enfrenta un sentimiento de incapacidad. Por ello, de acuerdo a este modelo, la dieta restrictiva únicamente es un importante factor etológico de los TCA en personas predispuestas (Bruch, 1973 como se citó en Hernández, 2006; Crisp, 1965; Selvini-Palazzoli, 1978).

1.8.4 Modelo del Desarrollo.

Creado por Striegel-Moore (1993 como se citó en Díaz de León, 2013). Este modelo propone una relación entre diferentes acciones que llevan como

consecuencia a otra. Señalando que el atracón surge a partir de las dietas prolongadas restrictivas que tienen como objetivo el control de peso. Indica que existe una relación entre la imagen corporal, las dietas restringidas y el control de peso y figura. La autora de este modelo menciona que las mujeres dan mayor importancia a la apariencia y peso, ya que el éxito interpersonal está asociado a la apariencia física, de esta forma le otorgan gran valor a la opinión y aprobación de los demás.

1.8.5 Modelo del Camino Doble.

Los mensajes perjudiciales para la salud emitidos por los medios de comunicación incrementan la probabilidad de un TCA en la medida en que familiares y pares refuerzan dichos mensajes, y más aún si el receptor sufre de autoestima baja, autoconcepto inestable y desorganizado, y cree tener sobrepeso. La discrepancia entre esta percepción y la internalización de la delgadez produce insatisfacción corporal, lo que a su vez ocasiona alimentación restringida y/o emociones negativas (Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996).

1.8.6 Modelo de las Transiciones Evolutivas.

De acuerdo a Levine y Smolak (1998) este modelo hace hincapié en que las bromas sobre el peso y la silueta, los modelos ofrecidos por la familia y los pares sobre la preocupación por el peso, desarrollan y mantienen “predisposiciones” de la infancia. El modelo propone que es durante la adolescencia temprana donde los factores de riesgo individuales y sociales se modifican de acuerdo al ajuste del adolescente a los cambios corporales de esta etapa, sus sentimientos, capacidades cognitivas, expectativas de rol de género, relaciones interpersonales con sus coetáneos y la relación con sus padres.

Según este modelo los TCA son resultado de una transición de vulnerabilidades y cambios biopsicosociales simultáneos propios de la etapa adolescente, reforzados por mensajes emitidos por la familia, los pares, los medios de comunicación, educadores y profesionales de la medicina (Levine & Smolak, 1998).

1.8.7 Modelo Estructural.

Desarrollado por Lattimore y Butterworth (1999), propone que el funcionamiento familiar predice la restricción dietética, pero que este efecto es mediado por la influencia que los pares ejercen respecto de la realización de dietas.

1.8.8 Modelo de Strong y Huon.

El modelo desarrollado por Strong y Huon (1998), pretende explicar la iniciación de las dietas entre mujeres adolescentes. En este modelo se incorporan la influencia social, funcionamiento autónomo, habilidades sociales y estilos parentales como el cuidado y sobreprotección. Este modelo hace énfasis en que la influencia de los padres para iniciar dietas, el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal son variables predictores del inicio de dietas.

1.8.9 Modelo Conceptual de Story, Neumarck-Sztainer y French (2002).

El modelo plantea que la conducta alimentaria adolescente está influenciada tanto por factores individuales como por factores ambientales. Los autores proponen cuatro principales niveles de influencia en la conducta alimentaria:

- Influencias personales o intrapersonales, encontrándose dentro de éstas los factores psicosociales, actitudes y creencias.
- Influencias del ambiente social o interpersonal, tomando en cuenta los pares, familia, amigos, etc.
- Influencias físicas del ambiente o entorno de la comunidad, como lo son el acceso y disponibilidad de alimentos.
- Influencias del macrosistema, siendo entre otros, las normas socio-culturales, medios de comunicación, roles, etc.

1.8.10 Modelo Descriptivo-Predictivo de Unikel-Santoncini.

El modelo fue desarrollado en una muestra de mujeres mexicanas por Unikel-Santoncini (2003), en el cual se incluyen factores predisponentes o de riesgo de la enfermedad, estos son: individuales como el índice de masa corporal y el ánimo deprimido; psicosociales como las creencias y las actitudes hacia la obesidad y la insatisfacción corporal; socioculturales tal como las críticas de los padres. El modelo establece que las críticas de los padres, el índice de masa corporal

(cuando existe discrepancia entre el peso real y el ideal), representan la presión social por la delgadez influyendo, por ende, tanto en las actitudes y creencias hacia la obesidad como en el estado anímico y la insatisfacción corporal, propiciando directamente las conductas alimentarias anormales.

1.8.11 Modelo Predictivo de Dieta Restringida.

Desarrollado por Saucedo-Molina (2003) en púberes mexicanos de ambos sexos. El modelo establece que en las mujeres los mensajes publicitarios sobre productos para adelgazar y moldear la figura, así como las conversaciones sobre el peso, dietas para adelgazar y el control de la obesidad, tienen impacto sobre la valoración de la imagen corporal; cuando la autoevaluación genera insatisfacción por la propia imagen conllevará directamente a una dieta restringida, o bien, la preocupación por el peso y la comida, lo que finalmente también concluirá en la conducta alimentaria anómala.

Respecto a los hombres el modelo de Saucedo-Molina (2003) plantea lo siguiente: los mensajes publicitarios, la percepción corporal y los tiempos de comida son variables importantes en el seguimiento de dieta restrictiva. El índice de masa corporal influye significativamente sobre de la imagen corporal y la influencia de la publicidad, de tal manera que a mayor índice de masa corporal el sujeto se percibe con sobrepeso u obesidad y por ende hará dieta restrictiva, o bien, la probabilidad de hacer dieta restrictiva aumenta cuanto más es el índice de masa corporal, debido a la influencia de los mensajes publicitarios.

1.9 Tratamiento

Después de haber explorado los aspectos más generales del tema de CAR, se puede distinguir que para la intervención y el tratamiento, primero debemos reconocer que la prevención se define como las medidas destinadas a impedir la aparición del problema de salud, la reducción de factores de riesgo, detener su avance y mitigar sus consecuencias una vez establecida; existen tres niveles de prevención (OMS, 1998 como se citó en Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

De acuerdo con Fernandes, Carmo y Jiménez (2009), los niveles de prevención son los siguientes:

El primer nivel es el de prevención primaria, la cual está relacionada con la promoción de la salud, las acciones van dirigidas a los planes de educación para la salud. Tiene como característica central la actuación en los problemas epidemiológicos e invierte en la construcción de estilos de vida saludable y en evitar comportamientos de riesgo.

El segundo es prevención secundaria, el cual su objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento (físico o psicológico) para prevenir que el problema de salud se agrave. Los profesionales de la salud que intervienen en este nivel utilizan conocimientos producidos a través de las investigaciones de las causas y factores asociados a la falta de adhesión al tratamiento.

El último nivel es el de prevención terciaria, donde son acciones encaminadas a la recuperación del problema de salud ya manifestado, dentro de este nivel se incluyen el seguimiento de pacientes en tratamiento. Se trata de minimizar los efectos del problema de salud, la adecuación al tratamiento y las recaídas de la enfermedad.

Hoy en día, el interés por la prevención de TCA parece ir en aumento, especialmente en la prevención primaria y secundaria, involucrando al profesorado y la familia (Jáuregui et al., 2009).

Estudios realizados mencionan que el propósito de la prevención primaria de mayor interés es el de reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que se aumentan las capacidades personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Albee & Gullotta, 1986; Solano, 2006).

Dentro de este nivel de prevención el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), menciona que para los TCA más frecuentes se incluyen los siguientes cinco tipos de intervención: Psicoeducacionales, de educación en el criticismo

hacia los medios de comunicación, técnicas de inducción y disonancia, e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer a la persona.

De acuerdo con un meta-análisis realizado por Stice (2006) acerca de la efectividad de los programas preventivos de la obesidad y de la conducta alimentaria anormal, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se han encontrado mejores resultados derivados de programas que estaban dirigidos a adolescentes de secundaria y preparatoria, ya que los niños pequeños dependen de sus padres para poder seguir las indicaciones del programa. En cuanto al género, los resultados son mejores en las mujeres que en los hombres.
- En lo que se refiere a las características de las intervenciones, son más efectivas las que duran poco tiempo, se centran en un solo problema de salud, comienzan con una prueba piloto. Además, se observó que en programas diseñados para combatir otros problemas, por ejemplo, el tabaquismo, existieron efectos positivos en el control de peso.

Otra intervención realizada dentro del primer nivel, es una investigación realizada por Gómez-Peresmitré et al. (2013), quienes mencionan que en el caso de México, uno de los modelos que se ha desarrollado en prevención basado en los niveles de riesgo y/o en la población blanco, es el de León, que consistió en implementar un programa de prevención selectiva basado en modelos psicoeducativos, cuyos resultados mostraron efectos positivos a corto y largo plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables asociadas con imagen corporal. Algunos de los resultados fueron los siguientes:

Corto plazo

- Las preadolescentes eligieron siluetas menos delgadas como ideal.
- Disminuyó su preocupación hacia la obesidad y el gusto por el cuerpo se incrementó al finalizar la intervención.

Largo plazo

- Se mantuvieron y mejoraron algunos efectos en el ideal de delgadez.
- Disminuyó insatisfacción corporal e incrementó el gusto por un cuerpo normo-peso.
- Disminuyó la preferencia por el bajo peso, la preocupación irracional hacia la obesidad y la importancia que otorgan las preadolescentes a la percepción que tienen los demás a cerca de la apariencia de las propias participantes.

Jáuregui et al. (2009) ha demostrado que estudios epidemiológicos para la detección de población en riesgo y el establecimiento de programas de prevención primaria han dado lugar a una línea de investigación que ha venido arrojando datos bastantes dispares, encontrando desde ausencia o escaso efecto de los programas hasta importantes reducciones en la patología alimentaria actual y futura.

A pesar de los muchos estudios llevados a cabo, parece que, comparado con los esfuerzos preventivos en otros problemas de salud, el trabajo realizado para la prevención de TCA es todavía bastante limitado. El ámbito escolar parece ser el ideal para los estudios epidemiológicos y los programas de prevención. En dicho ámbito se encuentra la población de máximo riesgo, tanto de CAR como de patologías específicamente alimentarias y es un lugar de fácil acceso e ideal para la promoción de la salud (Jáuregui et al., 2009).

En México fue realizada por Vega y Gómez-Peresmitré (2012) una intervención donde se señala que la aparición de los TCA es precedida de CAR, el propósito de este estudio fue probar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional en treinta chicas que mostraban dichas conductas. Tuvo una duración de 15 sesiones semanales divididas en cuatro fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas. Los resultados fueron estadísticamente significativos en las mediciones pre y pos-intervención y en las de seguimiento a tres y seis meses. Resultados positivos también se encontraron en la esfera cognitivo-conductual: insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva,

conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ineficacia y autoestima positiva y negativa. Se concluye que la intervención fue eficaz al disminuir las CAR y reducir la probabilidad de gestación de TCA.

Otro Programa realizado en México por la Secretaria de Educación Pública denominado “5 pasos para la salud escolar”, a nivel escolar básico y medio, busca establecer una prevención primaria y secundaria, ya que su propósito es prevenir y detectar casos de TCA en escolares, con ayuda de padres y maestros, así como promover cambio en conductas alimentarias y hábitos saludables, este programa consta de 5 pasos: actívate, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte (Córdova et al., 2010).

En Hidalgo, también se han llevado a cabo programas de prevención de las CAR. Uno de ellos, es el de Soto (2014), quien realizó un programa de prevención universal basado en técnicas psicoeducativas en una primaria pública de Pachuca con 158 escolares con una edad promedio de 10.6 años, con la finalidad de disminuir los factores de riesgo asociados a actitudes y conductas no saludables. La autora trabajó bajo el modelo cognitivo-conductual, los temas de dieta saludable, ingesta de agua, alfabetización de los medios, habilidades sociales y autoeficacia durante 6 meses. Los resultados indicaron cambios positivos en la preocupación por la comida, motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, autoeficacia y en la autorización de los modelos estéticos corporales.

1.10 Instrumentos de Evaluación

México es un país joven en la investigación de TCA y CAR, aproximadamente hace 20 años se comenzó con los estudios acerca del tema, lo cual trajo a interesados en el estudio de éstos, la necesidad de contar con instrumentos de medición que demostrasen su aplicabilidad en muestras mexicanas. Ante tal demanda se tomaron dos caminos: el primero implica la traducción o adopción de instrumentos de un amplio uso en el mundo; en cambio el segundo comprende la construcción de instrumentos que, basados en alguno ya existente, pretenden

atender a las características idiosincráticas de nuestro país (Franco, Álvarez-Rayón, & Ramírez, 2011).

Anteriormente sólo se usaba la entrevista clínica, siendo su principal objetivo el diagnóstico de la AN, después surgieron los cuestionarios que compartían el mismo interés. Posteriormente, la observación y las entrevistas estructuradas se sumaron a la evaluación de los TCA, que se centraban en los patrones anormales de la conducta alimentaria, la imagen corporal y el control estricto de peso (Saucedo-Molina & Guzmán, 2010).

Los cuestionarios autoaplicables reportan factores o síntomas que se relacionan con los TCA, pero no brindan un diagnóstico específico. Cuando las puntuaciones se presentan positivas, deben confirmarse con una entrevista estructurada (Saucedo-Molina & Guzmán, 2010).

De acuerdo con esto se mencionarán algunos de los instrumentos nacionales e internacionales enfocados en las CAR o en aquellos que midan actitudes o conductas alimentarias (Franco et al., 2011).

Eating Disorder Inventory (EDI) elaborado por Garner, Olmstead y Polivy (1983). Este es un autoinforme diseñado para evaluar cogniciones y conductas de los TCA. Consta de 64 reactivos agrupados en ocho escalas: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. El EDI-2 de Garner (1991 como se citó en Saucedo-Molina & Guzmán, 2010) cuenta con los mismos 64 reactivos, pero se le agregan 27 más, clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social, cada reactivo se evalúa con base en una escala de 6 puntos; puede obtenerse una puntuación global o por subescala. El EDI-2 fue validado en población mexicana por García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga y Arcila-Martínez (2003); sin embargo, los datos no pueden ser generalizables, ya que la muestra es reducida.

Eating Attitude Test (EAT) donde su objetivo es la evaluación de las dimensiones de actitud y de comportamiento relacionados con trastornos de la alimentación. Identifica la presencia de síntomas de un posible TCA, alimentación desordenada, obteniendo una completa evaluación; el cual incluye 26 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert que va desde sintomático a lo asintomático, que se califican de 0 a 3 puntos (Upadhyah et al., 2014).

En México existe una versión estandarizada de instrumento conocido como *Test de Actitudes Alimentarias* (EAT-40), la cual fue adaptada por Álvarez-Rayón et al. (2004), tiene por objetivo medir síntomas y conductas características de la AN, incluye 40 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3 puntos.

Maloney, McGuire y Daniels (1988) crearon el *Children's Eating Attitudes* (CHEAT) para evaluar la sintomatología característica de la AN a través de 26 reactivos con 6 opciones de respuesta. Este instrumento fue validado en México por Escoto Ponce de León y Camacho-Ruiz (2008) en 1241 estudiantes de entre 9 y 15 años de edad, el cual obtuvo una confiabilidad de 0.82.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE –Q), es un cuestionario de autoinforme que se utiliza de manera amplia para medir los TCA; es un derivado de la *Eating Disorder Examination* (EDE), que se considera el método de elección para evaluar la psicopatología específica de los TCA. No sólo evalúa los TCA y actitudes, sino también el comportamiento y su frecuencia. Está dividida en 4 factores y a su vez en 22 sub-escalas: restricción de alimentos, evitación de comer, evitar alimentos, reglas dietéticas, sensación de estómago vacío, preocupación por la comida, por el comer y por las calorías, miedo a perder el control, comer en secreto, vientre plano, temor de ganar peso, sensación de gordura, importancia de la forma del cuerpo, insatisfacción con el cuerpo, falta de comodidad al ver el cuerpo, evitación a la exposición, preocupación por la forma y el peso, deseo de perder peso, importancia del peso, reacción al pesarse e insatisfacción con el peso (Penelo, Negrete, Portell, & Raich, 2013; Quick & Byrd-Brendbenner, 2013).

Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal fue igualmente desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la Ciudad de México. Cuenta con 15 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca=1, algunas veces=2, frecuentemente=3, muy frecuentemente=4), y se divide en dos subescalas que son creencias e interiorización. Cuenta con un punto de corte (>37) que se obtiene de la suma de las respuestas. La escala tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.93, la cual se ha conservado en diferentes análisis de validación (Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) desarrollado por Toro, Salmero y Martínez (1994) con el objetivo de evaluar el grado en que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal y que contribuyan en el adelgazamiento, está conformando por 40 reactivos. En México, Vázquez, Álvarez y Mancilla en el 2000 midieron la consistencia interna resultando ser 0.94. Proponen cuatro factores: Influencia de publicidad, malestar con la imagen corporal y conductas para reducir el peso, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales; tiene tres opciones de respuesta, utilizada en niños de 10 y adolescentes de 11 a 18 años.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) fue elaborado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun (1987), mide la insatisfacción con la imagen corporal, tiene una confiabilidad de .98, tiene 34 reactivos, con seis opciones de respuesta, compuesto por 2 factores: malestar normativo e insatisfacción corporal.

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR), basado en los criterios para el diagnóstico de TCA del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales" (DSM-V). Este cuestionario fue diseñado para detectar CAR para la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal de 1997. Esta herramienta, validada en pacientes con diagnóstico de TCA en tratamiento y una muestra comunitaria y, posteriormente, con una población similar a la del presente estudio, obtuvo una confiabilidad de 0,81 y se organiza en tres factores que explican 62,96% de la

varianza: conductas restrictivas, purgativas y atracones (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, & Carreño-García, 2004).

El cuestionario incluye una pregunta sobre la preocupación por engordar, dos sobre la práctica de atracones con sensación de falta de control; cuatro sobre conductas de tipo restrictivo (p. ej. dieta, ejercicio, ayunos o pastillas para adelgazar), y tres sobre conductas de tipo purgativo (p. ej. vómito autoinducido, laxantes o diuréticos). Se califica con cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca o casi nunca, 1 = algunas veces, 2 = frecuentemente (dos veces a la semana) y 3 = muy frecuentemente (más de dos veces a la semana). Los autores propusieron un punto de corte mayor de 10 para identificar personas en riesgo o posibles casos de TCA, el cual fue determinado mediante los valores de especificidad y sensibilidad de la escala (Unikel-Santoncini et al., 2004).

Cuestionario de Alimentación y Salud construido por Gómez-Peresmitré (1995) siendo su principal interés la identificación de factores de riesgo asociados a las CAR y a la imagen corporal en TCA en adolescentes y adultos. Consta de 326 reactivos que se califican de manera que el puntaje más alto se da a la respuesta que indica mayor problema. Tiene una confiabilidad de 0.80 a 0.85.

De este último cuestionario se desprende la *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación* (EFRATA) también de Gómez-Peresmitré (1998). Está conformado por 48 reactivos repartidos en 5 factores: conducta alimentaria normal, dieta restringida, comer compulsivo, preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria por compensación psicológica. La escala de respuesta es tipo Likert que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). Tiene un alfa general de .88 y un 42.8% de la varianza en la versión de mujeres, en la versión para hombres los resultados fueron un alfa de 0.86 y un 48.5% de la varianza. Entre mayor puntaje se obtenga menores problemas existirán.

La Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II), elaborado por Gómez-Peresmitré y Ávila en 1998 y revalidada posteriormente por Platas y Gómez-Peresmitré en 2013, con el objetivo de evaluar en una edad temprana los factores de riesgo relacionados con la

conducta alimentaria, pudiendo así contribuir a prevenir el desarrollo de TCA y sus consecuencias negativas para la sociedad. Consta de 31 ítems para hombres y 32 para mujeres, que exploran conductas alimentarias anormales y anómalas, con cinco opciones de respuesta que van de “nunca (1) a siempre (5). El valor más alto implica un mayor problema (Platas & Gómez-Peresmitré, 2013).

Como se mencionó anteriormente, la familia es el primer grupo de socialización en el que cualquier persona se desenvuelve, en él se aprenden cuestiones importantes para la vida, entre ellas la alimentación, que no solo sirve para nutrir el cuerpo sino que también satisface necesidades sociales. Por ello, la familia juega un rol importante en la etiología de las CAR o peor aún, de un TCA. Dada la importancia de este factor, en el capítulo dos se abordarán los estilos de crianza que los padres emplean para la educación de sus hijos.

Capítulo 2. Estilos de Crianza

En el presente capítulo se abordan algunas definiciones de estilos de crianza, la clasificación y las teorías o modelos existentes, los instrumentos que permiten medir la variable, así como la relación entre estilos de crianza y CAR.

A continuación se describen algunas definiciones con relación a los estilos de crianza.

2.1 Definición de Estilos de Crianza

De acuerdo a Marqués-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón y Reyes-Sandoval (2007) la crianza es definida como la responsabilidad que los padres asumen respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social del niño.

Para Eraso, Bravo y Delgado (2006) la crianza se refiere al entrenamiento y formación de los niños por los padres o algún sustituto. Implica los conocimientos, actitudes y creencias que los padres tienen frente a la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de sus hijos en el hogar. La crianza constituye en gran parte la identidad del niño.

Izzedin y Pachajoa (2009) mencionan que la crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza. Respecto a las pautas, menciona que son portadoras de significaciones sociales, depende de cada cultura, están relacionadas con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos. En cuanto a las prácticas de crianza, éstas se ubican en el contexto de las relaciones entre los miembros de la familia, los padres juegan un papel importante en la educación de sus hijos. Las creencias hacen referencia al conocimiento que los padres tienen acerca de cómo se debe criar un niño.

Los estilos de crianza, también denominados prácticas de crianza, son definidos como un proceso en el cual la familia facilita la internalización de valores que acompañan al individuo en el transcurso de su vida, facilitando la absorción de

criterios y valores, así como la cultura y el orden social (Grusec & Goodnow, 1994; Grusec, Goodnow, & Kuczynski, 2000; Hoffman, 1990 como se citó en Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

Ramírez (2005) menciona que las prácticas de crianza, también conocidos como estilos educativos o estrategias de socialización, que los padres ponen en práctica en la relación con sus hijos, tienen la finalidad de influir, educar y orientarlos para su integración social. Con estas prácticas se pretende modular y encauzar las conductas de los hijos en la dirección que los padres valoran y desean de acuerdo a su personalidad. Las prácticas de crianza difieren de uno a otro padre, sus efectos en los hijos también son diferentes unos de otros. Rodrigo y Palacios (1998 como se citó en Ramírez, 2005) dicen que las prácticas de crianza están relacionadas con el tipo de disciplina, el tono de la relación, el mayor o menor nivel de comunicación y las formas que adopta la expresión de afecto.

2.2 Tipos de Estilos de Crianza

Las aportaciones de la autora Diana Baumrind permitió clasificar los tipos de estilos de crianza, los cuales han sido retomados por diversos autores.

Baumrind (1971 como se citó en Mestre, Samper, Tur, & Díez, 2001) distinguió tres tipos de padres: los autoritarios, que evalúan el comportamiento de sus hijos de acuerdo a patrones absolutos y que exigen obediencia indiscutible; los directivos que tienen un control firme, pero respetando la individualidad del niño; y los padres tolerantes que no son punitivos y aceptan los impulsos de sus hijos.

Los diferentes patrones de crianza de los padres generan pautas de interacción relacionadas directamente con la conducta de los hijos, tanto en el ambiente familiar como en el ambiente escolar (Baumrind, 1966 como se citó en Papalia, Wendkos & Feldman, 2005).

Baumrind (2005 como se citó en Navarrete & Ossa, 2013) identifica tres estilos de crianza parental, los cuales son: el estilo con autoridad, el autoritario y el permisivo.

De acuerdo a Baumrind (1996 como se citó en Papalia, Feldman & Martorell, 2012):

- La crianza autoritaria pone énfasis en el control y la obediencia incondicional. Los padres autoritarios buscan que sus hijos sigan un conjunto de normas de conducta y los castigan de manera arbitraria y enérgica por violarlas. Suelen ser distantes y menos cálidos.
- La crianza permisiva permite la autoexpresión y la autorregulación. Los padres exigen poco, explican las razones por las que ponen las reglas y dejan que sus hijos supervisen sus propias actividades. Tienden a ser padres cálidos, y por lo tanto, no son controladores ni exigentes.
- La crianza autoritativa respeta la individualidad del niño e inculca valores sociales. Los padres orientan a sus hijos, respetan sus opiniones, decisiones, intereses y personalidad. Son padres cariñosos pero firmes al mantener las reglas, además alientan al intercambio verbal.

Maccobi y Martin (1983 como se citó en Papalia et al., 2012) agregaron un cuarto estilo de crianza, llamado negligente o no involucrado, en el cual hacen referencia a padres que, a causa del estrés o la depresión, se concentran más en sus propias necesidades que en las del niño.

Vega (2006 como se citó en Ossa, Navarrete, & Jiménez, 2014), distingue cuatro estilos de crianza: el estilo democrático, padres que dirigen las actividades de sus hijos en forma racional; el estilo indiferente, caracterizado por una ausencia de disciplina y rechazo en la relación con los hijos; el estilo permisivo, donde los padres permiten que los niños manejen y dirijan sus propias actividades; y el estilo autoritario, en el cual hay una imposición inflexible de normas y de disciplina.

2.3 Teorías

A continuación se describen las teorías de los estilos de crianza.

2.3.1 Teoría de los Estilos de Crianza de Diana Baumrind.

De acuerdo con Baumrind (1989 como se citó en Papalia et al., 2012), se reconoce la existencia de dos dimensiones en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. Con la combinación de estas dimensiones se conforma la tipología de tres estilos crianza, con los cuales se definen los patrones conductuales que caracterizan cada estilo:

- El patrón de estilo autoritario
- El patrón de estilo autoritativo
- El patrón de estilo permisivo

2.3.2 Teoría de los Estilos de Crianza de Eleanor Maccoby y John Martin.

Basada en los estilos de crianza de Baumrind, Maccoby y Martin (1983 como se citó en Papalia et. al, 2012) redefinen los estilos de crianza agregando un cuarto, denominado negligente, este tipo de padres demuestran escaso afecto a los hijos y establecen límites deficientes, dejándole a los hijos gran parte de la responsabilidad material y afectiva, enfocándose en sus propias necesidades y no en las de sus hijos. Quedando para ellos la clasificación de la siguiente manera:

- Estilo de crianza con autoridad
- Estilo de crianza autoritario
- Estilo de crianza permisivo.
- Estilo de crianza negligente

La crianza negligente ha sido relacionada con diversos trastornos de la conducta en la niñez y adolescencia (Papalia et al., 2012)

2.3.3 Teoría de los Estilos de Crianza de Lyford-Pyke.

Con respecto a los estilos de crianza, Lyford-Pyke (1997 como se citó en Navarrete, 2011) plantea que, por lo general, las personas frente a un conflicto se

dividen en tres grupos, esto depende del tipo de respuesta que le otorguen a dicho conflicto. Es así como se da esta división:

- Los de respuesta insegura: En este punto, serían aquellas personas que no logran hacer valer sus derechos, necesidades y afectos. Valen más los derechos de los demás y presentan una actitud sumisa.
- Los de respuesta agresiva: Son personas que imponen sus derechos sin tener en cuenta a los demás, presentan una actitud dominante.
- Los de respuesta con personalidad: En este tipo las personas logran hacer valer eficazmente sus derechos teniendo en cuenta los de los demás, dicen lo que piensan, son asertivos, presentan una actitud flexible y firme a la vez.

Tomando en cuenta este planteamiento y la clasificación de los estilos de crianza de Baumrind, se establece una similitud en ambas propuestas. Teniendo que los inseguros corresponderían a los permisivos: los agresivos a los autoritarios y los de personalidad con la crianza autoritativa (Navarrete, 2011).

2.4 Modelos

2.4.1 Modelo de Crianza de Abidin y Brunner.

El modelo propuesto por Abidin y Brunner (1995) hace referencia a las fuentes de estrés, como pueden ser la muerte de un familiar y los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de la crianza.

2.4.2 Modelo de Determinantes de la Crianza de Belsky.

El Modelo de Determinantes de la Crianza propuesto por Belsky (1984) sugiere que los aspectos que influyen en el ejercicio de la crianza son: los recursos psicológicos de los padres, la personalidad de los hijos, la relación de pareja, así como las fuentes de estrés y apoyo. Además, menciona que el bienestar psicológico de los padres es el elemento mediador para una crianza competente.

2.4.3 Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner.

Bronfenbrenner (1977) propone una visión ecológica del desarrollo humano, en el que destaca la importancia del ambiente y defiende el desarrollo como el cambio

que perdura en el modo en que la persona percibe al ambiente que le rodea y la forma en que ésta interactúa con él. Además, plantea que el “ambiente” abarca más que sólo el contexto inmediato, es decir, involucra a la familia, a los pares, a la comunidad y a la cultura.

2.4.4 Modelo Nicho de Desarrollo de Super y Harkness.

El modelo presentado por Super y Harkness (1986) reconoce el hecho de que el niño y su entorno se acomodan entre sí, es decir, el medio ambiente moldea el comportamiento del niño; por lo que los infantes deben adaptarse a los requisitos de su cultura y su familia. A su vez, los padres alteran sus demandas y apoyo en respuesta al temperamento y talento de sus hijos. En este sentido, el nicho también se desarrolla en respuesta al cambio del niño, así como a las influencias exteriores.

2.4.5 Modelo Transaccional.

Este modelo creado por Sameroff, supone que los niños influyen en sus entornos, pero de igual forma éste influye en ellos; por lo tanto, el contexto ambiental afecta y es afectado por ellos. Los niños no están predeterminados por sus características, ni protegidos, así como tampoco influyen en ellos las características de los cuidadores, sino que al modificar su contexto, el ambiente modificado repercute nuevamente en el niño y afecta su desarrollo (Martínez & García, 2012).

2.4.6 Modelo de Crianza de Webster-Stratton.

Webster-Stratton (1990) propone un modelo en el que incorpora los efectos de situaciones extrafamiliares (desempleo, nivel socioeconómico), estresores de los padres (problemas maritales, divorcio), estresores del niño (temperamento difícil, problemas de conducta), el bienestar psicológico y el apoyo comunitario; así, para lograr un adecuado desarrollo, es importante resolver las situaciones estresantes, además de tener interacciones afectivas entre los padres e hijos, ya que los estresores pueden repercutir seriamente en las prácticas de crianza, al causar que los padres se vuelvan irritables, críticos y punitivos.

2.4.7 Modelo de Crecimiento y Desarrollo de Zeitlin, Ghassemi y Mansour.

Este modelo plantea que la interacción entre madre e hijo y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones favorables para el niño. Sugiere que cuando un niño tiene bajos niveles de estrés y la interacción con su madre es afectiva, éste tendrá mejor salud y una alimentación balanceada (Zeitlin, Ghassemi, & Mansour, 1990).

2.4.8 Modelo de Correlación de Vera, Velasco y Morales.

El modelo de correlación propuesto por Vera, Velasco y Morales (2000 como se citó en Guerrero & Márquez, 2011) expone que algunas características de personalidad de la madre y la evaluación subjetiva de la participación del padre se encuentran implicados en el desarrollo del niño. Este planteamiento retoma al autoconcepto, depresión y apoyo percibido como variables intermedias, mientras que la estimulación en el hogar y el estrés paterno son considerados como variables próximas al desarrollo cognitivo del niño.

2.4.9 Modelo de Vera, Peña y Domínguez.

El desarrollo del niño debe estar orientado a una visión histórico-social que englobe el contexto de los procesos del individuo y las variables que faciliten su adaptación y ajuste a su cultura. La llegada de los hijos modifica las reglas de atracción interpersonal de los padres y la satisfacción marital, puesto que la convivencia cambia y existen diferencias entre la pareja, lo que afecta sus expectativas y creencias relacionadas con la crianza (Vera, Peña, & Domínguez, 2001).

2.5 Propuestas

2.5.1 Propuesta de Vera, Montiel, Serrano y Velasco.

Los aspectos que se relacionan con el desarrollo adecuado del niño son: la socialización, el lenguaje, la conducta motora, la sensopercepción y el pensamiento, pero además intervienen el temperamento, el apego, el cuidado del

niño, la salud, la nutrición y técnicas de control que derivan de la percepción social de los padres (Vera, Montiel, Serrano, & Velasco, 1997).

2.5.2 Propuesta de Lynn Bennet.

De acuerdo con Bennett (1988) existen diversos factores relacionados con la familia, tales como: las variables biológicas, sociodemográficas, culturales, ambientales y económicas, que se vinculan con el ingreso familiar y con el tiempo que la madre dedica al cuidado de sus hijos, los cuales a su vez son los principales determinantes del estado de salud y de nutrición de los hijos; por lo tanto, el estado de bienestar de los miembros de una familia depende del tiempo que la madre dedica al cuidado de los niños y del hogar.

2.5.3 Propuesta de Cornia, Jolly y Steward.

Cornia, Jolly y Steward (1987), mencionan que existe una relación entre el aspecto económico y el desarrollo infantil, puesto que la disminución en la economía ha traído como consecuencia el deterioro de los niveles de nutrición, salud y educación, especialmente en niños y grupos vulnerables.

La diferencia entre los estilos de crianza y las prácticas de crianza es que los estilos son conceptualizados como una característica de los padres por moderar la efectividad de las prácticas particulares y por modificar la apertura del niño hacia la socialización, además son las actitudes o creencias que los padres tienen con respecto a la crianza adecuada de los hijos; mientras que las prácticas de crianza se refieren a los comportamientos específicos de los padres por guiar a sus hijos al logro de los objetivos hacia los cuales se dirige la socialización (Darling & Steinberg, 1993). De acuerdo con Fisher y Birch (1999) las prácticas de crianza se refieren a los comportamientos de los padres para que sus hijos realicen una acción específica, en este caso, el controlar sus alimentos.

2.6 Instrumentos de evaluación

El estilo de crianza se desarrolló inicialmente como un recurso global para describir el contexto familiar, hasta el punto en que el contexto se identificó con el estilo parental de crianza. Los intentos inicialmente cualitativos, y posteriormente

cuantitativos, realizados para medir el estilo de crianza se centraron principalmente en tres componentes particulares: la relación emocional entre padres e hijos, la crianza y comportamiento de los padres y su sistema de creencias (Raya, Herreruzo, & Pino, 2008)

Según Gaxiola, Frías, Cuamba, Franco y Olivias (2006) es posible que los instrumentos de los estilos de crianza en el contexto mexicano puedan cambiar en comparación a la hallada en Estados Unidos, debido a que podrían no ser sensibles en ciertos contextos sociales, siendo éste el país de donde proceden la mayoría de los estudios realizados sobre los estilos educativos parentales y los efectos que tienen en las competencias infantiles. Algunos instrumentos son:

El *Child's Report of Parental Behavior Inventory* (Comportamiento Parental Para Niños [CRPBI]) de Schaefer en 1965, adaptado en castellano para población española por Samper, Cortés, Mestre, Nácher y Tur (2006), evalúa la percepción que tienen los hijos del estilo de crianza y la relación que mantienen con su padre y madre; basado en un modelo tridimensional que identifica tres pares de factores denominados: 1) Aceptación frente a rechazo, 2) Autonomía psicológica frente a control psicológico y 3) Control firme frente a control laxo. Este instrumento consta de 52 ítems para evaluar la relación con ambos padres; en ellos se plantean diferentes situaciones propias de la vida y educación familiar, a las que el sujeto debe contestar en una escala según esté totalmente de acuerdo, se dé dicha relación sólo algunas veces, o la relación con su padre/madre sea totalmente distinta a la planteada en el ítem. El CRPBI evalúa 26 sub-escalas que se agrupan en 8 dimensiones molares. La aplicación de este instrumento permite obtener dos puntuaciones diferentes en cada una de las dimensiones descritas (una que describe la relación con el padre y otra que describe la relación con la madre) y establecer las diferencias entre los dos progenitores, según la evaluación que el hijo hace.

El *Cuestionario de Prácticas Parentales* (Parenting Practices Questionnaire), fue elaborado por Robinson, Mandelco, Frost y Hart (1995), se basa en los proyectos teóricos de Baumrind con respecto a los estilos educativos

de los padres. Es una escala Likert que consta de 62 ítems, con cinco opciones de respuesta que va desde nunca (1) a siempre (5) y consta de tres estilos parentales: el estilo democrático (calidez e involucramiento, razonamiento, participación democrática y relación amorosa) de 27 ítems con un alfa de Cronbach de .75, el estilo autoritario (hostilidad verbal, castigo corporal, no razonamiento, estrategias punitivas y directividad) de 20 ítems con un alfa de Cronbach de .86, y el estilo permisivo (falta de confianza en las habilidades de crianza, ignorar, mal comportamiento y falta de supervisión) de 15 ítems con un alfa de Cronbach de .75.

El *Parent-Child Relationship Inventory* (PCRI, Gerard, 1994 como se citó en Roa & Del Barrio, 2001) es un instrumento que permite la evaluación de las actitudes de los padres hacia la crianza y las actitudes a los niños. Mide dimensiones como: control y apoyo; consta de 78 ítems que se dividen en ocho escalas: apoyo con 9 ítems, satisfacción con la crianza con 10 ítems, disciplina con 12 ítems, autonomía con 10 ítems, distribución de rol con 9 ítems y deseabilidad social con 5 ítems, de los cuales 25 de estos se encuentran expresados positivamente y el resto (47) en forma negativa, teniendo una escala de tipo Likert.

El *Cuestionario de Prácticas de Crianza* (CPC-P), versión para padres, de Aguirre (2003 como se citó en Aguirre, 2013) concierne a una escala Likert de cinco opciones de respuesta que van desde “nunca” a “siempre”, se compone de 46 ítems y evalúa las prácticas de crianza en relación con las dimensiones apoyo afectivo y control, constituidas en tres escalas: comunicación, con un alfa de Cronbach de .68, expresión de afecto, con un alfa de Cronbach de .78 y grado de exigencia, con un alfa de Cronbach de .79, teniendo un coeficiente de consistencia interna del cuestionario de .78.

El cuestionario *Child Rearing Practices Report* (CRPR, Block, 1981 como se citó en Pichardo, Justicia, & Fernández, 2009) consta de 35 ítems de valoración, del 1 al 7, en donde 1 es totalmente en desacuerdo, 4 es término medio y 7 es totalmente de acuerdo. El CRPR se constituye de ocho prácticas de crianza:

independencia, control, disfrutar con el niño, afecto negativo, énfasis de logro, guía razonada y castigo físico.

El *Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos* siendo propuesto por Ortega (1994 como se citó en Martínez, 2014), con versión validada y corregida de López (2000 como se citó en Martínez, 2014). La versión original contiene 109 reactivos tipo Likert y con tres opciones de respuesta: siempre/casi siempre, a veces, nunca/casi nunca), con un alfa de Cronbach de .83. El instrumento validado consta de 53 reactivos con las mismas opciones de respuesta, con una consistencia interna de .84; el cuestionario para las madres, contiene 57 reactivos, con un alfa de .88.

La *Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños* (EPPCN) fue desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009). Consta de 63 reactivos que miden la percepción hacia el padre y 59 reactivos que evalúan la percepción hacia la madre. Para el padre se agrupan en 5 factores, los cuales son: 1) interacción positiva, 2) disciplina punitiva, 3) afecto positivo, 4) intolerancia emocional y 5) control restrictivo; con un alfa de Cronbach de .94; para la madre se agrega el factor 6) apoyo escolar, con un alfa de Cronbach de .92.

La *Escala de Estilos de Crianza* creada y validada por García-Méndez, Rivera-Aragón y Reyes-Lagunes (2014). Consta de 24 reactivos agrupados en 5 factores, los cuales son: 1) castigo, 2) permisivo, 3) emocional negativo, 4) control conductual y 5) cognición negativa. Cuenta con escala Likert con seis opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo) y un alfa de Cronbach de .85.

2.7 Relación entre Estilos de Crianza y Conductas Alimentarias de Riesgo

Los padres juegan un papel fundamental en el dominio de las tareas del desarrollo en sus hijos. Existen estudios que sugieren que un estilo de crianza autoritativo es ventajoso en el apoyo a los adolescentes, ya que este estilo es cálido, hay implicación de ambos lados (padres e hijos) y con métodos disciplinarios de apoyo, firmes y consistentes en el establecimiento y la aplicación de las

directrices, límites y desarrollo de expectativas apropiadas; a diferencia de los estilos autoritario o negligente donde la disciplina es punitiva e inestable en el manejo de reglas.

Esto se puede corroborar en los resultados de varios estudios, donde se encontró que las características habituales de los estilos de crianza percibidos por los pacientes con TCA, son la sobreprotección materna, cuidado paternal bajo, una mezcla de descuido y control de los padres, mínima atención materna, alto control materno asociado a estilos de afrontamiento negativos que se encuentran englobados en los estilos de crianza autoritario y negligente (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; De Panfilis, Rabbaglio, & Rossi, 2003; Lock, 2004 como se citó en Jáuregui, Bolaños, & Garrido, 2009; Rhodes & Kroger, 1992; Steinberg, Lamborn, & Dornbusch, 1994; Swanson, et al., 2010).

Resultados de un estudio sugieren que las prácticas de crianza que incluyen el conocimiento de los padres sobre el paradero de los niños y el bajo control psicológico pueden ser importantes cuando se trata de hacer frente a los desórdenes de la conducta alimentaria. En cambio, el control psicológico paterno se asocia con mayores probabilidades de participar en todos los desórdenes de la conducta alimentaria para las adolescentes. Del mismo modo se ha identificado la importancia de la participación del padre en la prevención y tratamiento de CAR (Dixon, Gill, & Adair, 2003; Keel, Heatherton, Hamden, & Hornig, 1997 como se citó en Berge et al., 2014).

En una investigación realizada por Loth, McLehose, Fulkerson, Crow y Neumark-Sztainer (2014) en una muestra de adolescentes y sus padres, donde evaluaron la relación de las prácticas de crianza (restricción o presión para comer) y las CAR; los resultados arrojaron que existe una estrecha relación entre las prácticas parentales que controlan la manera en que los adolescentes comen y las CAR, en lo que se refiere a dietas poco saludables y extremo control no saludable del peso, especialmente en los varones. En cuanto a las mujeres, las asociaciones no fueron significativas. Aunque la restricción de alimentos por parte de las

madres a sus hijas aumentó el control extremo de peso en estas últimas. Las prácticas parentales se modifican con base al sexo del adolescente.

Según Blissett, Meyer y Haycraft (2010) en su estudio acerca de los roles paternos relacionados con la alimentación en la infancia, en el cual participaron 77 madres, destacan que no hubo relación entre los estilos autoritarios y autoritativos con las CAR; sin embargo, el estilo permisivo está asociado con dichas conductas.

Jáuregui et al. (2009) encontraron que los pacientes con TCA que percibieron una crianza negligente con respecto a sus madres durante sus primeros 16 años mostraron puntuaciones más altas en sub-escalas que tienen que ver con la preocupación por la delgadez y la insatisfacción corporal, a comparación de los que perciben un estilo de crianza de control de afecto y estilos de restricción afectuosos. Los mismos resultados fueron encontrados en pacientes que percibieron una crianza negligente con respecto a los padres durante los primeros 16 años, al mostrar puntuaciones más altas en la BN y la ineficacia, con respecto a los pacientes que perciben cualquier otro estilo de crianza.

Los Estilos de Crianza están estrechamente relacionados con el Funcionamiento Familiar de cada sistema y este último a su vez, también puede influir en el desarrollo de las CAR y los TCA. A continuación, en el capítulo tres, se mencionará la relevancia de estudiar el Funcionamiento Familiar y su relación con las CAR y los Estilos de Crianza.

Capítulo 3. Funcionamiento Familiar

La familia es un sistema en el cual los individuos están integrados siendo parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y la forma en la que se organizan las familias. Es decir, la conducta de uno repercute en los otros y viceversa (Vázquez, 2004).

Durante este capítulo se abordará la definición de familia, funcionamiento familiar, los tipos de familia y funcionamiento, así como las teorías que explican el funcionamiento familiar y los estudios antecedentes que muestran la relación de éste con las CAR.

3.1 Definición de Familia

La familia es una institución o sistema social, el cual funge como el primer grupo de pertenencia de los hijos, que facilita el desarrollo de sus capacidades, ya que ayuda en su proceso socializador (Tabera & Rodríguez, 2010).

De acuerdo con Gasca (2015) la familia es un conjunto de personas que dependen una de la otra, que tienen una historia en común, un vínculo emocional y comparten una vivienda y presupuesto. Ésta cubre las necesidades básicas de sus integrantes más jóvenes, proveyéndoles de afecto e identidad. En esta institución se aprenden las reglas y valores que serán las pautas a seguir en la vida.

Para Eguiluz (2003) la familia es un sistema, un ente con vida propia, integrado por diferentes elementos que están claramente diferenciados y que se influyen entre sí. Está compuesta de otros subsistemas: el subsistema conyugal, el parental y el fraterno.

3.2 Definición de Funcionamiento Familiar

De acuerdo con García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006) “el funcionamiento familiar es un proceso que involucra al individuo, a la familia y a la cultura” (p.91). Es definido como el conjunto de patrones de relación

que se dan en la familia a lo largo de su ciclo vital, los cuales se desempeñan por los roles y ambiente social que la rodean. Uruk y Demir (2003) mencionan que la familia tiene tres funciones básicas: 1) un sentimiento de cohesión, lo que permite el acercamiento entre sus miembros, de tipo afectivo, físico e intelectual, 2) un modelo de adaptabilidad, indispensable para mediar con todo tipo de cambios estructurales y 3) una red de experiencias de comunicación, donde las personas aprenden a comunicarse.

Según Pinto et al. (2004 como se citó en Gasca, 2015) el funcionamiento familiar “es una dinámica interrelacional, interactiva y sistémica entre los miembros de una familia que mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema, basado en las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, anticipación y adaptabilidad, para mantener la salud” (p. 16).

Para Gutiérrez, Caqueo y Ferrer (2006) el funcionamiento familiar es la capacidad de todo sistema para hacerle frente y superar las etapas del ciclo vital y las crisis que se pudieran presentar. Es importante tener en cuenta la cultura en la que está inmersa la familia.

El funcionamiento familiar está compuesto por seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles, sensibilidad afectiva, involucramiento afectivo y control del comportamiento (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000).

3.3 Tipos

3.3.1 Tipos de Familia.

De acuerdo a Valdivia (2008) y a Vásquez (2005) la organización familiar ha sufrido importantes cambios los últimos 40 años. La familia tradicional también denominada nuclear, conformada por padre, madre hijos y la familia extensa que se constituía por familiares cercanos de uno a ambos integrantes de la pareja ya no son las únicas formas de estructura familiar. Han surgido nuevos modelos que han alterado los parámetros con los se entendía a la familia.

Valdivia (2008) atribuye los cambios en modelos familiares a distintos factores tales como el cambio en la perspectiva de los roles de género, la revisión del constructo de mujer y madre, el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres, el aumento del nivel cultural de la sociedad, el esfuerzo de muchos movimientos feministas por conseguir la realización personal de una forma distinta a la aceptada tradicionalmente y cambios en la legislación, de tal forma que se reconoce el divorcio y las parejas homosexuales.

López (1998 como se citó en Builes & Bedoya, 2008) menciona que dentro de la estructura familiar pueden identificarse dos clases: la interna y la externa. Estas dos estructuras se correlacionan, de tal manera que los cambios en la composición familiar repercuten en el funcionamiento del sistema familiar en su estructura interna, es decir, en cómo los miembros establecen el vínculo emocional entre ellos. Rolland (2000 como se citó en Builes & Bedoya, 2008) habla acerca de las características de cada clase, las describe de la siguiente manera: a la estructura externa se le denomina tipología familiar, está conformada en función de sus lazos de afiliación, parentesco, afinidad o afecto. Respecto a la estructura interna se le conoce como funcionamiento familiar, está representada por las relaciones en su interior, el manejo del poder, reglas y roles, jerarquías y límites dentro de ese sistema.

Papalia et al. (2012) dicen que los tipos de familia se dividen en familia de padres divorciados, familia monoparental, familia que cohabita, familia reconstituida, familia con padres homosexuales y familia adoptiva. De igual manera para Arranz, Oliva, Olabarrieta y Antolín (2010) los tipos de familia pueden ser la familia monoparental, la familia reconstituida, familia adoptiva, familia homoparental, familias recurrentes a técnicas de reproducción asistida y familia de procreación in vitro.

3.3.2 Tipos de Funcionamiento Familiar.

Respecto al funcionamiento familiar, Ruiz-Martínez et al. (2010) mencionan que es entendido como las interrelaciones que establecen los miembros de un grupo

familiar, está implícita la cohesión, flexibilidad, expresión emocional y comunicación intrafamiliar.

Asimismo, para Mendoza-Solís et al. (2006) existen características que son importantes conocer para determinar el grado de funcionalidad de la familia, estas son: la dinámica familiar (la composición, el desarrollo, la demografía, ocupación, la integración), la organización (jerarquía), los límites, y la comunicación.

Para Jackson (1965 como se citó en Nápoles-Rodríguez et al., 2005) la dinámica familiar es definida como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad; Satir (1986 como se citó en Nápoles-Rodríguez et al., 2005) comenta que cuando la familia funciona bien, es considerada como una dinámica familiar funcional y cuando funciona mal como una dinámica familiar disfuncional.

De acuerdo a Herrera (1997) el funcionamiento familiar se puede medir de acuerdo a las siguientes características:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual).
- El sistema familiar permite el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- En el sistema familiar existe flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
- En el sistema familiar se da una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- El sistema familiar es capaz de adaptarse a los cambios: la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios.

Zicavo, Palma y Garrido (2012) menciona que el funcionamiento saludable de la familia implica el desarrollo de una adecuada dinámica familiar, lo cual se refiere al establecimiento de pautas determinadas de interrelación entre los miembros que

se encuentran medidas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los integrantes entre sí, y la relación con el grupo en conjunto.

De acuerdo Ramírez y Rangel (2011) la familia disfuncional es aquella en la que existe una inadecuada resolución de las crisis del ciclo vital y que puede pasar de generación tras generación, generando una inestabilidad en todo el sistema y provocar un mal funcionamiento en todas las áreas.

García (1997 como se citó en Ramírez & Rangel, 2011) menciona que la familia disfuncional se caracteriza por la presencia de un paciente identificado, el cual manifiesta algún tipo de síntoma ya sea de tipo conductual, emocional o salud. Este miembro se encarga de actuar la sintomatología de la familia, es decir, las carencias provocadas por una mal organización, disgregación, caos y rigidez.

3.4 Teorías

Existen diversas teorías que tratan de explicar el funcionamiento que siguen las familias; a continuación se describen algunas de ellas.

3.4.1 Teoría del Aprendizaje Social.

El aprendizaje social, también denominado “modelado” o “aprendizaje observacional”, describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio. La actitud de los padres frente a la comida, la elección de éstas, la influencia de la televisión y la publicidad de los alimentos, juegan un papel importante en el proceso de aprendizaje social (Ogden, 2005).

De acuerdo a Bandura (1989 como se citó en Papalia, et al., 2012) las personas aprenden las conductas que la sociedad considera positivas por medio de la observación e imitación de modelos.

3.4.2 Teoría de las Interacciones Familiares.

Fairlie y Frisancho (1998) refieren que debe observarse a la familia en su modo de vincularse, de comunicarse, tras definir sus rasgos de organización y su estructura. La familia es una entidad protectora que para cumplir su objetivo

mantiene dos tendencias: equilibrio (homeostasis) y crecimiento (diferenciación), en constante afirmación y negación mutua. Si un proceso se estabiliza deja de crecer y para crecer debe perder estabilidad. En el campo relacional esto se traduce en valores y contravalores, es decir, en reglas que mantienen la identidad de la familia y de contrarreglas que permiten su diversificación y crecimiento. Se puede decir entonces que la familia sigue, como todo organismo, un proceso evolutivo entre afirmación y cambio.

Esta teoría define a las interacciones como aquellos rasgos detectables del comportamiento familiar, como fenómenos transaccionales que se pueden observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros de la familia. Por lo tanto, entre los miembros de la familia se va entrelazando la red interactiva familiar, la cual difiere de una familia a otra. En dicha red se descubren elementos psicomotrices, perceptivos, verbales, paraverbales, no verbales, afectivos, de aproximación, de distanciamiento, de integración, de desorganización, etc. (Fairlie & Frisancho, 1998).

3.4.3 Teoría General de los Sistemas.

La teoría General de los Sistemas desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy, concibe a la familia como un sistema de relaciones que difiere de la simple suma de sus miembros (Valladares, 2008).

Minuchin retoma la Teoría General de los Sistemas (Peñalva, 2001). De acuerdo con esta teoría, la familia es un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, que se encuentra en constante transformación y que evoluciona a través de etapas que exigen reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes, pero que de manera simultánea mantiene cierta continuidad. En esta teoría se considera al individuo dentro de su contexto, explicando las causas del síntoma como resultado de las alteraciones en el sistema familiar (Minuchin, 1974 como se citó en Peñalva, 2001).

El individuo es considerado como parte del sistema interpersonal, por lo tanto, un cambio en la conducta de un sólo miembro de la familia tendrá como resultado variaciones en las interacciones entre este individuo y los demás

miembros, así como los cambios en el sistema repercutirán en cada uno de los miembros de la familia y en sus relaciones mutuas (Haak, 1985 como se citó en Peñalva, 2001).

Minuchin, Rosman y Baker (1978 como se citó en Cunha, Relvas, & Soares, 2009) determinaron los patrones transaccionales de familias psicósomáticas, los cuales incluyen el enredo, la sobreprotección, la rigidez y la falta de resolución de conflictos.

Selvini-Palazzoli (1974 como se citó en Cunha et al., 2009) menciona que las familias anoréxicas presentan problemas en su comunicación, lo cual se ve reflejado en la relación que mantienen todos sus integrantes.

3.4.4 Teoría de los Sistemas Naturales de Bowen.

La teoría de Bowen, creada a principios de la década de los 50's, supone a la familia como un organismo, es decir, lo que le ocurre a cada uno de sus miembros repercute en todos los demás (Cruzat, 2007). Esta teoría propone la existencia de ciclos de cercanía y distancia entre los integrantes de la familia, los cuales se mantienen en virtud del funcionamiento de cada uno de ellos. Bowen concibe a la familia como una unidad, por ende, los pensamientos, sentimientos y la conducta de cada uno de los miembros contribuyen a y reflejan lo que está ocurriendo en la familia como un todo. Por lo tanto, el definir el sí mismo al interior de la propia familia de origen facilita que en el proceso terapéutico los miembros de la familia logren definirse a sí mismos, unos respecto de otros (Bowen, 1991 como se citó en Luna, Portela, & Rojas, 2003).

3.5 Modelos

3.5.1 Modelo McMaster.

El Modelo McMaster propone la existencia de seis dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta (Atri, 2006 como se citó en González & González, 2008). Este modelo se basa en una teoría de sistemas, la cual sugiere que todos los

integrantes de la familia se encuentran interrelacionados, por lo que el funcionamiento familiar no puede ser entendido por el simple conocimiento de cada integrante o subgrupo sino de todo el sistema completo. La estructura familiar y la organización son factores que influyen y determinan el comportamiento de los miembros de la familia (Miller et al., 2000).

3.5.2 Modelo de Interacción Familiar.

De acuerdo con Uribe, Muñoz y Restrepo (2004), el modelo de Satir expone que la salud de la familia depende de la habilidad de sus integrantes para compartir y comprender sus sentimientos, necesidades y comportamiento. Una familia que se encuentra saludable ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, mediante la comunicación y las situaciones que se presentan diariamente.

3.5.3 Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares.

De acuerdo con Fernández, Masjuan, Costa-Ball y Cracco (2015), el modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), supone la existencia de tres dimensiones: cohesión, flexibilidad y comunicación

Cohesión: se define como los lazos familiares que tienen entre sí los miembros de la familia, además es el grado de proximidad o separación respecto al tiempo compartido, amigos, espacio, toma de decisiones, intereses y recreación. Se proponen cinco niveles de cohesión: desligado (promueven autonomía, pero no seguridad ni pertenencia), separado, conectado, muy conectado y enmarañado (individuos dependientes); el nivel desligado y enmarañado señalan un funcionamiento familiar problemático; y a su vez los niveles separado, conectado y muy conectado se relacionan con un adecuado funcionamiento familiar (Olson, 2000; 2011; Olson & Gorall, 2003 como se citó en Fernández, et al., 2015).

Flexibilidad: se refiere a la capacidad que existe de cambiar el liderazgo familiar, los roles y las reglas del sistema; existen cinco niveles, los cuales son: rígido, poco flexible, flexible, muy flexible y caótico. Los niveles: poco flexible, flexible y muy flexible resultan más funcionales en el entorno familiar que los

niveles rígido y caótico, dado que las familias requieren estabilidad y capacidad de cambio para poder ser funcionales (Olson, 2011).

Comunicación: permite el movimiento en las otras dos dimensiones (cohesión y flexibilidad). Ésta se define por las habilidades de comunicación positiva (mensajes claros y coherentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas para la resolución de problemas. Los sistemas que se encuentran balanceados en cohesión y flexibilidad tienen una mejor comunicación entre sus integrantes que los sistemas que se encuentran desbalanceados, ya que en éstos existe una comunicación pobre (Olson, 2000; 2011; Olson & Gorall, 2003 como se citó en Fernández et al., 2015).

3.5.4 Modelo de Salud del Grupo Familiar.

Louro (2005) menciona que el modelo de la salud familiar parte del supuesto que la familia cumple una función reguladora en la salud, y es mediante las relaciones familiares que se produce esta función, las cuales modulan las condiciones de adversidad y otras crisis que vive la familia. Se concibe a la familia como un grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, afecto y convivencia. Este modelo se estructura en seis dimensiones: contexto socioeconómico y cultural (bienes, inserción sociolaboral, creencias religiosas, valores), composición del hogar (cantidad de convivientes, parentesco que existe entre ellos, o personas que compartan vínculos de convivencia), procesos críticos de vida familiar (acontecimientos que afectan la estabilidad y funcionamiento familiar), relaciones intrafamiliares (relaciones interpersonales y funcionamiento familiar), afrontamiento familiar (capacidad de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios) y apoyo social (recursos externos con los que pueden contar la familia).

La salud del grupo familiar se configura en las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocial en el contexto del hogar y que se expresan en el modo en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, además asume en forma constructiva y creativa las exigencias que

devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social (Louro, 2005).

3.5.5 Modelo ABCX y Doble ABCX.

El modelo ABC-X propuesto por Hill, también conocido como La Teoría del Estrés Familiar, se enfoca en el proceso de ajuste que realiza la familia en respuesta a la confrontación en una situación de crisis (Fine & Fincham, 2013).

De acuerdo con Price, Price y McKenry (2010 como se citó en Vera, Barrientos, Hurtado, & Coyotzi, 2010), Hill propone que el factor A (evento estresor de gran magnitud) al interactuar con el factor B (recursos familiares o fortalezas) y en relación con C (definición o significado atribuido al evento por la familia), producen X (estrés o crisis familiar). El estrés o crisis es el producto de cómo la familia define las circunstancias demandantes y los recursos familiares con los que cuentan para afrontarlos.

El modelo Doble ABCX se crea con la finalidad de explicar y predecir cómo las familias se recuperaban de alguna crisis en particular y por qué algunas eran más eficaces para adaptarse que otras. McCubbin y Patterson agregan los estresores y tensores, b) recursos psicológicos, intrafamiliares y sociales, c) cambios en la definición de familia, d) estrategias familiares de afrontamiento y e) resultados con estrategias de afrontamiento (Weber, 2011 como se citó en Estrada, 2014).

McCubbin y Patterson (1983 como se citó en Vera et al., 2010) crean el modelo Doble ABCX, el cual incorpora lo que sucede después de la reacción y respuesta inicial al estresor. Lavee, McCubbin y Patterson (1985) redefinen las variables pre crisis de Hill e incluyen variables postcrisis: a) los estresores vitales adicionales y las tensiones previas o resultantes al evento productor de crisis, ello se traduce en una acumulación de demandas; b) el rango de los resultados del proceso familiar en respuesta a esta acumulación de estresores que va desde una buena adaptación a una mala adaptación; y c) los factores intervinientes que dan forma al curso de la adaptación: recursos familiares, coherencia, significado y las estrategias de afrontamiento.

3.6 Instrumentos de Evaluación

El papel que cumple la familia, es importante en la construcción de la personalidad y características de cada uno de sus integrantes, ya que ésta provee a sus miembros de un sentimiento de identidad independiente o dependiente, así como de reglas, hábitos y demás rasgos (De los Santos, 2007).

Todas las familias poseen ciertas características específicas, la cuales indican si son familias que afrontan o no los problemas de una manera funcional o disfuncional, es por eso que juegan un papel importante en la adquisición de CAR (Ramírez & Rangel, 2011).

Uno de los instrumentos para la medición de esta variable es *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV) el cual mide dimensiones de cohesión y flexibilidad donde se emplean dentro del cuestionario seis escalas: dos escalas de siete ítems cada una: cohesión balanceada y flexibilidad balanceada; y cuatro escalas desbalanceada, de 7 ítems cada una, las cuales evalúan extremos superiores e inferiores de la cohesión y la flexibilidad: enmarañada y desligada, rígida y caótica (Costa-Ball et al., 2009).

Se completa el instrumento FACES IV con una escala que evaluará la comunicación familiar, se compone de 10 ítems; y otra que demanda la satisfacción familiar, compuesta por 10 ítems. El estudio de validación del FACES IV más actualizado es el realizado por Olson, Gorall y Tiesel en 2007, en donde los valores de confiabilidad de cada escala son: enmarañada =.77, desligada =.87, cohesión balanceada =.89, caótica =.86, flexibilidad balanceada =.84, rígida = .82 (Costa-Ball et al., 2009).

La *Escala de Ambiente Familiar* ([FES], Moos & Moos, 2002 como se citó en Charalampous, Kokkinos, & Panayiotou, 2013) es un auto-informe que se emplea para medir la percepción de las interacciones familiares empleando la evaluación de tres dimensiones familiares y su entorno social: las relaciones (cómo se perciben los miembros de la familia y si los sentimientos se expresan positivamente o negativamente), el crecimiento personal (si la familia inhibe o

alienta a alcanzar las metas del individuo) y el mantenimiento del sistema de dimensiones (el nivel en que la familia se encuentra con respecto a la organización, reglas, control, estructura).

La FES es una medida que consta de 90 ítems, evalúa de forma individual las percepciones de la familia en un clima social en 10 subescalas: la cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación de logro, orientación intelectual-cultural, orientación activo-recreativo, énfasis religioso-moral, organización y de control. La escala consta en un total de 90 ítems con respuesta verdadero/falso (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez & Sanz, 2006).

El *Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar* (EFF) que fue elaborado por Atri y Zature (2006), tiene por objetivo medir la percepción que un integrante de la familia tiene acerca del funcionamiento familiar. Se compone de 40 reactivos con un alfa de Cronbach de 0.92 y tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones que va de totalmente de acuerdo (5) a totalmente en desacuerdo (1). Algunos de los factores que mide son: involucramiento afectivo funcional, patrones de comunicación disfuncionales, resolución de problemas (Ramírez & Rangel, 2011).

La *Escala de Funcionamiento Familiar*, creada por Palomar (1998), consta de 56 reactivos agrupadas en 10 factores, los cuales son: 1) Tiempo compartido, 2) Roles-trabajo doméstico, 3) Autonomía-independencia, 4) Organización 5) Autoridad y poder, 6) Violencia física y verbal, 7) Comunicación, 8) Cohesión, 9) Falta de Reglas y apoyo, y 10) Relación de Pareja. Con una confiabilidad de .52 a .94.

3.7 Relación entre Funcionamiento Familiar y Conductas Alimentarias de Riesgo

La hora de la comida, no solo es un momento que sirve para marcar pautas de conducta alimentaria, sino que sirve como interacción social entre los miembros de la familia. Esto, se convierte en un factor protector que refuerza hábitos alimenticios saludables o bien, como un ambiente propicio para instaurar

creencias erróneas y asociaciones entre emociones negativas y la alimentación (Silva-Gutiérrez & Sánchez-Sosa, 2006).

El excesivo control y restricción de los alimentos, además de la sobreprotección de los padres impidiendo la independencia y autocontrol de los hijos, genera conflictos en la manera en que estos últimos se alimentan, ya que no sienten que cuentan con el control de su vida, recurren al único medio que les queda, su cuerpo (Tiggerman & Lowes, 2002; Mujtaba & Furnham, 2001).

Diversas teorías del funcionamiento familiar han intentado explicar, a partir de este, la etiología de los TCA. Entre ellas se encuentra “la Familia Psicósomática”, donde se describe una familia con escasa o nula diferenciación entre los miembros, además de estar poco integrada y evadir constantemente conflictos (Minuchin & Fishman, 1984).

Del mismo modo Selvini-Palazzoli (1978) exponente del modelo estratégico, menciona que las personas con AN presentan características familiares determinadas, en donde la AN es un síntoma aparece como resultado de las interacciones entre los miembros y que tiene como función expresar las dificultades en la comunicación y la jerarquía para mantener la homeostasis del sistema.

No obstante, es imposible detectar un patrón único del funcionamiento familiar que se relacione con los TCA, ya que no existe suficiente evidencia empírica para poder asegurarlo. Está claro que el ambiente familiar disfuncional es uno de los factores de riesgo en cualquier enfermedad, aunque aún no se ha comprobado que la disfuncionalidad familiar sea un antecedente detonante de un trastorno, ya que también puede ser el resultado de sentirse culpables y amenazados por el síntoma de la hija (Ruiz-Martínez, 2010).

De acuerdo con Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) existen 5 factores relacionados con la familia que contribuyen en el desarrollo de los TCA: 1) La apariencia física arreglada es fundamental para la familia, el sobrepeso está mal visto. 2) Se les presionaba en cuanto a la cantidad de comida que debían ingerir

sin tener en cuenta sus necesidades. 3) La relación con la madre es menos afectuosa, se sienten poco queridas y aceptadas en comparación con las participantes del grupo control. 4) La relación con los padres es percibida distante, ofensiva y agresiva. 5) Los padres se involucran frecuentemente en peleas violentas (física o verbalmente), además de que ejercían la disciplina de manera impositiva, haciendo uso del castigo para hacer valer su autoridad.

Según Ruiz-Martínez (2010) para poder hacer inferencias acerca de la relación entre el funcionamiento familiar y los TCA, las investigaciones se hacen en familias que tienen a un integrante con AN o BN comparando los resultados con familias sin ningún miembro enfermo. Se ha registrado que las familias con TCA tienen un funcionamiento deteriorado. Las familias de una persona con AN se muestran más rígidas y organizadas, mientras que las personas con BN están inmersas en ambientes menos estructurados y con mayores carencias afectivas (Tabla 2).

La mayoría de estos estudios se han centrado en la influencia de la madre en los TCA de los hijos, pocos han abordado el papel del padre en esta patología (Ruiz-Martínez, 2010).

Vázquez y Reidl (2013) hicieron un análisis de varias investigaciones que analizaron la intervención de la madre en los TCA de los hijos y llegó a la conclusión de que la conducta y las actitudes hacia la comida de la madre juegan un rol importante en la manera en que los hijos expresan sus conflictos psicológicos, pero no solo como un modelaje sino también con la restricción o poco control en el consumo de alimentos de los hijos, además de su colaboración en la introyección del modelo estético corporal. Los TCA de la madre están asociados con las CAR de los hijos, empero, no se puede afirmar que una precedió a la otra.

Tabla 2

Funcionamiento familiar de las personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Comparación entre familias con TCA y sin TCA	
Funcionamiento familiar deteriorado	
Menor cohesión, comunicación, adaptación, rigidez y conflicto	
Menos importancia a la dimensión de desarrollo: autonomía, actividades sociales y culturales.	
AN	BN
Altamente sobreprotegidas	
Dificultades en comunicación	Baja cohesión y poco soporte
Evitación y negación de conflictos	Baja expresión emocional
Deficiencias en la solución de problemas	Altos niveles de conflicto
Mayor adaptación	Mal organizadas
Percepción de estabilidad	Menos adaptación

Fuente: Ruiz-Martínez (2010).

Fernández et al., (2015) mencionan, con base en los resultados de su estudio, que las familias con TCA “poseen un funcionamiento caótico, desligado, enmarañado y rígido, en comparación con las familias normativas” (p.160). Estas familias presentaron baja cohesión y flexibilidad, es decir, presentan puntajes altos en las escalas desbalanceadas y bajos en las balanceadas. En cuanto a la percepción de los integrantes de la familia en cuanto al funcionamiento familiar, las pacientes y

sus madres tienen percepciones similares, ambas obtuvieron puntajes bajos en las escalas balanceadas. La percepción de los hermanos también coincide. Por otra parte, el padre percibe un ambiente más funcional que el del resto de los miembros.

De acuerdo con un estudio desarrollado por Cance, Loukas y Talley (2015) existe una correlación positiva entre los TCA, los conflictos familiares y el control psicológico materno. Lyke y Matsen (2013) sugieren que la capacidad de respuesta afectiva de la familia, y en general, el funcionamiento familiar insano, es un importante predictor en el riesgo de desarrollar un TCA en la adolescencia. De igual manera, Holtom-Viesel y Allan (2014) indican que la percepción del funcionamiento familiar de personas con un TCA es peor en relación a familias con miembros sin desórdenes alimenticios. Los resultados de este estudio sugieren también que los pacientes perciben a su familia como más disfuncional en relación con la percepción que uno o ambos de sus padres tiene y los que perciben un funcionamiento más positivo tienen una mejor recuperación.

3.8 Relación entre Funcionamiento Familiar y Estilos de Crianza

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Everri, Mancini y Fruggeri (2014) muestran que las prácticas de crianza (especialmente la vigilancia de los padres) tienen un impacto positivo en el funcionamiento familiar saludable sobre la responsabilidad familiar del adolescente, y amortigua el impacto negativo de un funcionamiento familiar problemático. Además, se encontró que la vigilancia de los padres se asocia con la responsabilidad familiar; estas variables también se correlacionaron positivamente con la cohesión, la flexibilidad y rigidez, mientras que tuvieron una correlación negativa con la separación y el caos.

La supervisión de los padres aumentó el efecto positivo del funcionamiento familiar adecuado en el desarrollo de un sentido de responsabilidad familiar y protección; contrario al efecto negativo de una familia desunida. Además, en este estudio se demuestra que existe relación entre el funcionamiento familiar, la

vigilancia de los padres y el sentido de responsabilidad de los adolescentes hacia su familia (Everri et al., 2014).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación de Mohammadi y Zarafshan (2014), algunos factores ambientales que influyen en el comportamiento y adaptación psicosocial de los hijos son los estilos de crianza y el funcionamiento familiar. Además, se encontró que aspectos del funcionamiento familiar son importantes predictores de problemas de comportamiento y la persistencia de psicopatología en niños.

En la investigación realizada por Henry, Robinson, Neal y Huey (2006) se examinó en qué medida la percepción de los adolescentes sobre la conducta de los padres (apoyo, monitoreo de inducción y punitividad) explica la variación en la percepción que los adolescentes tienen sobre el funcionamiento del sistema familiar (equilibrada, moderadamente equilibrada, de gama media, extrema), y encontraron que existe una relación significativa entre la percepción de los adolescentes sobre las conductas parentales y el funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar se relacionó positivamente con el apoyo de los padres, inducción y vigilancia; mientras que tuvo una correlación negativa con la crianza punitiva de los padres.

En un estudio realizado por Rhee et al. (2015), empleando la “*General Parenting Observational Scale*” (Escala Observacional de Crianza de hijos en General, GPO) y la “*Mealtime Family Interaction Coding System*” (Codificación de Interacción en la hora de la comida de la familia, MICS), se encontró que cinco dimensiones tenían un amplio rango de puntuaciones: apoyo/sensibilidad, calor/afecto, firmeza de la disciplina/estructura, desapego y afecto negativo; de los cuales los comportamientos más observados fueron apoyo/sensibilidad, calidez/afecto y la firmeza de la disciplina/estructura.

Por lo tanto, aquellos padres que muestran un alto apoyo a sus hijos, afecto y calidez también son vistos por tener una buena comunicación, preocupación por sus hijos, muestran empatía y expresan sus emociones de manera apropiada (Rhee et al., 2015).

Los resultados que se obtuvieron en la investigación de Taylor, Larsen-Rife, Conger y Widaman (2012), señalan que los valores familiares de los padres se presentan indirectamente asociados con la crianza de los hijos a través de la relación matrimonial, al igual que las problemáticas interparentales se relacionan de forma negativa con las prácticas de crianza.

Capítulo 4. Planteamiento del Problema

4.1 Justificación

Las CAR son prácticas anormales asociadas con trastornos alimentarios que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la AN y la BN (Stice, 2002 como se citó en Quick & Byrd-Bredbenner, 2013).

Los TCA son un problema de salud pública en constante aumento, a nivel mundial de acuerdo con el FEAST (2012) en América Latina la prevalencia entre adolescentes oscila entre el 3.4 % en mujeres y 1.5% en hombres. En México, de acuerdo con la ENSANUT 2012 se estima que el 1.3% de adolescentes de 10 a 19 años de edad está en riesgo de tener un TCA, siendo más común en el sexo femenino (INSP & SSa, 2012).

Estudios anteriores han comprobado que existe una relación entre el funcionamiento familiar y estilos de crianza de personas que presentan estos trastornos. Encontrando que los estilos de crianza autoritario y permisivo, así como la disfuncionalidad familiar se han asociado a la presencia de TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán, & Marzolo, 2008; Haycraft & Blissett, 2010; Leija, Saucedo, & Ulloa, 2011; Mateos, 2012; Mestre et al., 2007; Ramírez, 2007; Vergara, 2002).

La gran parte de estos estudios han abordado los TCA y no las CAR, siendo indispensable el análisis de estas últimas para la prevención de los TCA. Con base en los resultados de esta investigación se podrá lograr una mejor comprensión de factores que influyen en el desarrollo de los CAR, se podrán diseñar propuestas de intervención psicológica con el fin de disminuir la incidencia de TCA y mejorar la calidad de vida de la población.

4.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre conductas alimentarias de riesgo, la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de una primaria privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y la percepción de sus madres acerca de los estilos de crianza utilizados por ellas, así como del funcionamiento familiar?

4.3 Objetivo General

Determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo, la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo, y la percepción de sus madres acerca de los estilos de crianza utilizados por ellas, así como del funcionamiento familiar

4.4 Objetivos Específicos

Evaluar los factores de riesgo asociados con las Conductas Alimentarias de Riesgo de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Establecer la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y la de sus madres.

Concretar las dimensiones del Funcionamiento Familiar de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Precisar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las Conductas Alimentarias de Riesgo y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres.

Definir la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las Conductas Alimentarias de Riesgo y las dimensiones del Funcionamiento Familiar

de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Puntualizar la relación existente entre la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres, así como las dimensiones del Funcionamiento Familiar.

4.5 Hipótesis

4.5.1 Hipótesis Conceptuales.

Las CAR (dietas restringidas, ingesta excesiva y conductas compensatorias) se asocian con los estilos de crianza autoritarios y permisivos (Haycraft & Blissett, 2010).

Las CAR como dieta restrictiva, atracones y conductas compensatorias están relacionadas con dificultades en la relación conyugal, más control sobre los hijos, más inflexibilidad, menor cohesión, comunicación alterada en la familia y manejo inadecuado de conflictos (Cruzat, et. al, 2008; Leija, et. al, 2011).

La disfunción familiar tal como conflictos matrimoniales, las reglas y roles inadecuados para el buen desarrollo de la comunicación y los problemas de conducta de los hijos están relacionados con prácticas de crianza autoritarias y permisivas (Mestre et al., 2007; Ramírez, 2007; Vergara, 2002).

4.5.2 Hipótesis Estadísticas.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres.

H1: Sí existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y el funcionamiento familiar de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

H1: Sí existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y el funcionamiento familiar de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres.

H1: Sí existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y de sus madres.

Capítulo 5. Método

5.1 Variables

Tabla 3

Definición Conceptual y operacional de las variables de estudio

	Definición Conceptual	Definición Operacional
CAR	Se refiere a prácticas anormales asociadas con los TCA que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la AN y la BN. Las prácticas dietéticas, expectativas socioculturales, percepción de la imagen corporal y características psicológicas pueden afectar el desarrollo de éstas. (Striegel-Moore, 1997; Stice, 2002 como se citó en Quick & Byrd-Bredbenner, 2013).	Se utilizó la <i>Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)</i> por Gómez-Péresmitré y Ávila (1998) validada en población de quinto y sexto de primaria por Platas y Gómez-Peresmitré (2013) que consta de 31 reactivos para hombres y 32 para mujeres, agrupados en 4 factores, los cuales son: 1) sobre ingesta por compensación psicológica, 2) dieta crónica restringida, 3) conducta alimentaria compulsiva y 4) conducta alimentaria normal.

	Definición Conceptual	Definición Operacional
Estilos de Crianza	<p>“Se refiere al conjunto de actitudes y conductas de los padres hacia sus hijos, cuya expresión, comunica y crea un clima emocional determinado.” (Darling & Steinberg, 1993).</p>	<p>Se utilizó la <i>Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN)</i> desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009). Consta de 59 reactivos que evalúa la percepción hacia la madre los cuales están agrupados en 6 factores para la percepción de la madre, estos son: 1) interacción positiva, 2) disciplina punitiva, 3) afecto positivo, 4) intolerancia emocional, 5) control restrictivo y 6) apoyo escolar.</p> <p>Y la <i>Escala de Estilos de Crianza</i> creada y validada por García-Méndez, Rivera-Aragón y Reyes-Lagunes (2014). Consta de 24 reactivos agrupados en 5 factores, los cuales son: 1) castigo, 2) permisivo, 3) emocional negativo, 4) control conductual y 5) cognición negativa.</p>

	Definición Conceptual	Definición Operacional
Funcionamiento Familiar	“Conjunto de patrones de relación que se da entre los integrantes de la familia a lo largo del ciclo de vida, patrones que se desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelve”. (García-Méndez et al., 2006).	Se utilizó la <i>Escala de Funcionamiento Familiar</i> por Palomar (1998). Consta de 56 reactivos agrupadas en 10 factores, los cuales son: 1) Tiempo compartido, 2) Roles-trabajo doméstico, 3) Autonomía-independencia, 4) Organización 5) Autoridad y poder, 6) Violencia física y verbal, 7) Comunicación, 8) Cohesión, 9) Falta de Reglas y apoyo, y 10) Relación de Pareja.

5.2 Tipo de Diseño y Estudio

Se utilizó un diseño no experimental, transversal y correlacional.

5.3 Participantes

Los participantes seleccionados por un muestreo no probabilístico, intencional por cuotas. La muestra quedó conformada por N= 67 preadolescentes y su madre: n= 33 (49%) mujeres y n= 34 (51%) hombres estudiantes de quinto y sexto de primaria de una escuela primaria privada en Pachuca, Hidalgo (ver Figura 1).

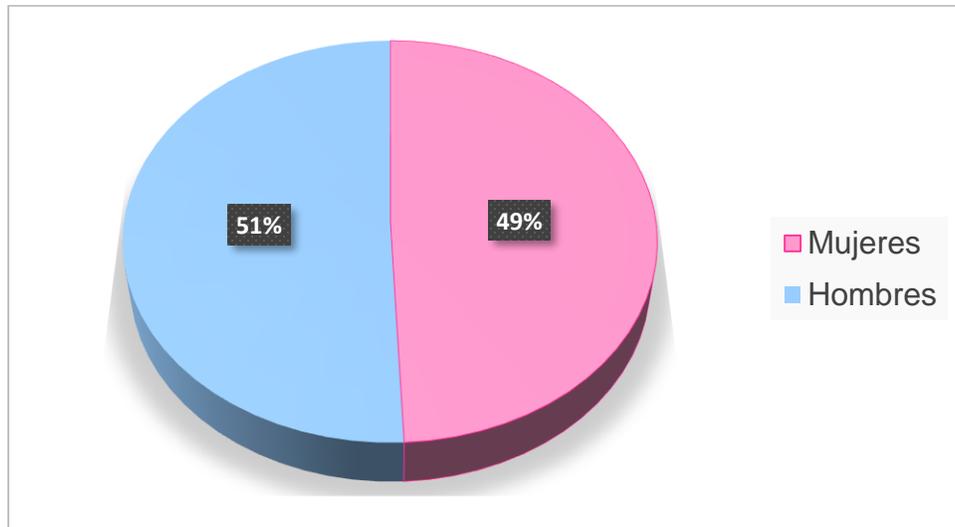


Figura 1. Distribución de la población por sexo

5.4 Criterios de Inclusión

Alumnos de quinto y sexto grado de primaria.

Alumnos de una escuela privada

Alumnos de entre 10 y 12 años de edad.

Madres de familia de alguno de los alumnos.

5.5 Criterios de Exclusión

Que tengan un diagnóstico previo de un TCA u otra enfermedad mental.

Que su familia esté pasando por una crisis familiar.

Que no conteste todos los reactivos.

Que pongan dos respuestas en un reactivo.

Que no participe la madre

5.6 Descripción de la Muestra

La edad promedio de los niños fue de 10.16 años con una desviación estándar de 0.68.

La edad promedio de las madres fue de 37.8 años. n1= 45 (67%) son casadas, n2= 17 (25%) son divorciadas, n3= 5 (8%) respondieron con la opción "Otro" porque están separadas o viven en unión libre (ver Figura 2).

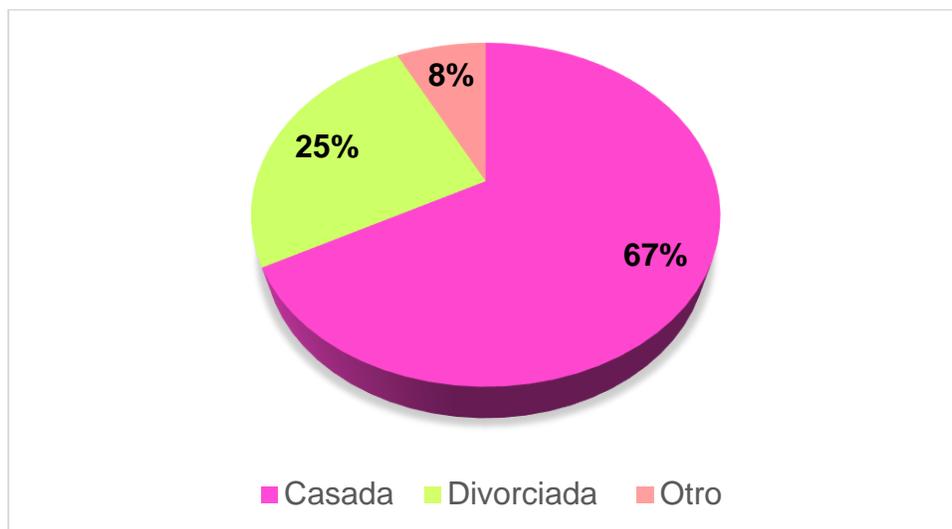


Figura 2. Distribución de la población por estado civil

La mayoría de los preadolescentes vive con su mamá y papá n1=45 (67%), n2= 16 (24%) vive sólo con su mamá, n3= 4 (6%) vive con su mamá, papá y abuelos y n4=2 (3%) vive con su mamá y su abuela (ver Figura 3). En cuanto al número de hijos que tienen las madres, n1= 20 (30%) tienen únicamente 1 hijo, n2= 34 (51%) tienen 2 hijos y n3= 13 (19%) tiene 3 hijos (ver Figura 4).

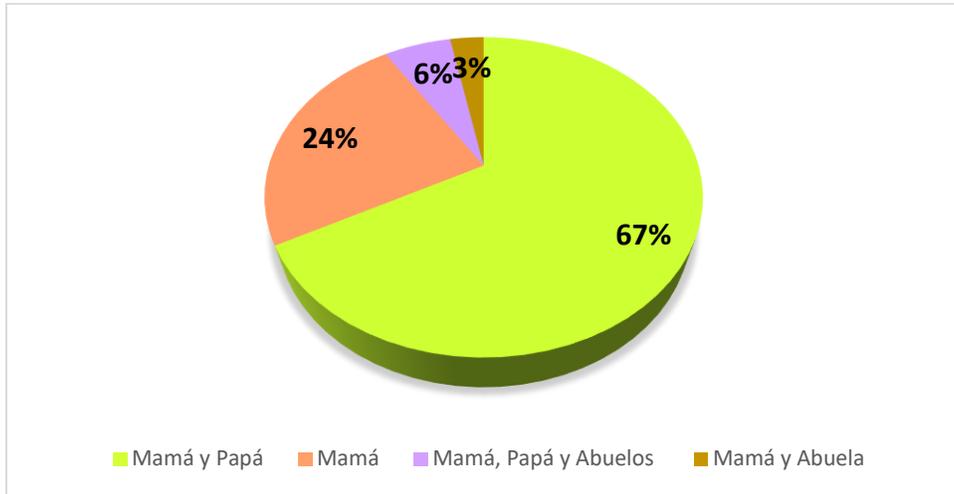


Figura 3. Personas con las que vive el niño (a)

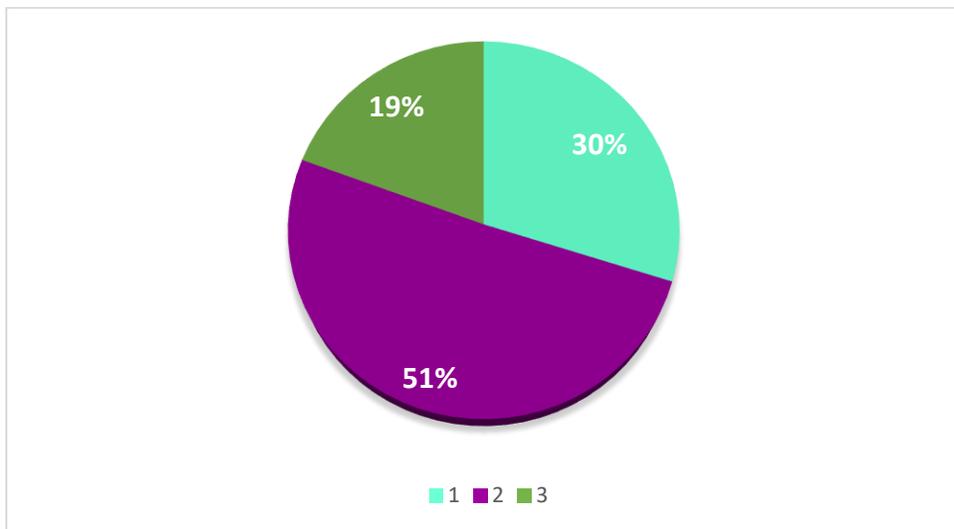


Figura 4. Número de hijos por familia

La persona que comúnmente prepara la comida en la casa de las familias es la mamá $n_1 = 46$ (70%), $n_2 = 4$ (6%) lo hace el papá, $n_3 = 6$ (9%) la abuela, $n_4 = 1$ (1%) una tía, $n_5 = 4$ (6%) la mamá y la abuela y $n_6 = 5$ (8%) respondieron con la opción "Otro" ya que lo hace la empleada doméstica o comparten esta tarea la mamá, el papá o una tía (ver Figura 5).

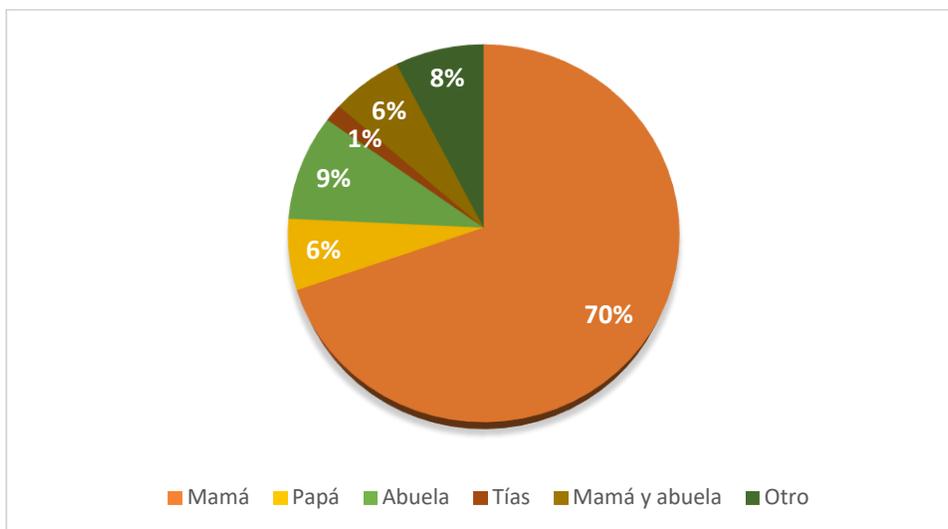


Figura 5. Persona que prepara la comida en casa

5.7 Instrumentos

5.7.1 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación (EFRATA-II).

Para evaluar las CAR se utilizó la *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación (EFRATA-II)* validado y construido por Platas y Gómez-Peresmitré (2013), que agrupa 32 items para niños y 31 para niñas en los siguientes factores: sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria normal. Con un alfa de Cronbach de .90 para niños y .86 para niñas. Su tipo de respuesta es en escala Likert que va del 1 (nunca) a 5 (siempre) (Ver anexo 2).

5.7.2 Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN).

Para evaluar esta variable en los niños se utilizó la *Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN)* desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009). Que ayuda a conocer la percepción de los hijos sobre la crianza de sus madres; consta de 59 reactivos, los cuales están agrupados en 6 seis factores, estos son: interacción positiva, disciplina punitiva, afecto positivo, intolerancia emocional, control restrictivo y apoyo escolar. Con un

alfa de Cronbach 0.92. Su tipo de respuesta es en escala Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre) (Ver anexo 3).

5.7.3 Escala de Estilos de Crianza.

Para evaluar la percepción de las prácticas parentales de las madres se utilizó la *Escala de Estilos de Crianza* creada y validada por García-Méndez, Rivera-Aragón y Reyes-Lagunes (2014) para conocer la percepción de padres y madres sobre la crianza de los hijos; consta de 24 reactivos, agrupados en 5 factores, los cuales son: Castigo, Permisivo, Emocional negativo, Control conductual y Cognición negativa. Con un alfa de Cronbach de 0.852. Su tipo de respuesta es en escala Likert que va del 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) (Ver anexo 4).

5.7.4 Escala de Funcionamiento Familiar.

Para medir esta variable se utilizó la *Escala de Funcionamiento Familiar* creada y validada por Palomar (1998). Para conocer la percepción de un miembro de la familia. Consta de 56 reactivos divididos en 10 factores: Tiempo compartido, Roles-trabajo doméstico, Autonomía-independencia, Organización, Autoridad y poder, Violencia física y verbal, Comunicación, Cohesión, Falta de Reglas y apoyo, y Relación de Pareja. Con una alfa de Cronbach de .94. Su tipo de respuesta es en escala Likert en los primeros 46 reactivos que va de 1 (nunca) a 5 (siempre) y los últimos 10 reactivos presenta cuatro opciones de respuesta: papá, mamá, otra persona del sexo masculino y otra persona del sexo femenino (Ver anexo 5).

5.8 Procedimiento

Se solicitó la autorización de los directivos y de los padres de familia de un colegio particular ubicado en la ciudad de Pachuca, Hidalgo para la aplicación de los instrumentos. A las madres, se les envió el consentimiento informado para que su autorización quedara por escrito, además de la *Escala de Estilos de Crianza* y la *Escala de Funcionamiento Familiar* para que ellas las contestaran. Posteriormente, se visitaron los grupos de quinto y sexto grado, dándoles a

conocer el objetivo de la investigación, se hizo la entrega de los cuestionarios (EFRATA-II y EPPCN) a la muestra seleccionada, se dieron a conocer las instrucciones de cada instrumento y la importancia de contestar cada uno de los ítems. Para finalizar se realizó la captura en el programa estadístico SPSS, donde se realizaron análisis de medidas de tendencia central, análisis de dispersión y análisis de correlación bivariada de Pearson.

Capítulo 6. Resultados

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el paquete de datos estadísticos SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados se describen a continuación conforme a los objetivos planteados en esta investigación.

El primer objetivo planteado fue determinar los factores de riesgo asociados con las CAR en alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo. Para lo cual se utilizó la *EFRATA-II* (Platas & Gómez-Peresmitré, 2013), que evalúa las conductas alimentarias de riesgo, además de la conducta alimentaria normal. Debido a que los factores no tienen punto de corte establecido se describe la frecuencia por diferencia de sexo de los participantes en cada uno de las opciones de respuesta por cada factor.

Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica

El análisis del factor “Sobreingesta por compensación psicológica” que se refiere a la ingestión no controlada de alimentos ocasionada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998 como se citó en Platas, 2014) se encontró que las mujeres señalaron en un 77.9% la respuesta *Nunca*, es decir que no ingieren alimentos descontroladamente para aliviar estados de ánimo desagradables, el 21.4% respondió *A veces*, 2.2% dijo que *Frecuentemente*, 0.9% *Muy Frecuentemente* y 0.6% respondió *Siempre*. Respecto al grupo de hombres el porcentaje de quienes señalaron la respuesta *Nunca* fue de 67.3%, para *A veces* el 20.6%, para la respuesta *Frecuentemente* el porcentaje fue 4.0, 2.6% para *Muy Frecuentemente* y 2.6% para *Siempre* (ver Figura 6).

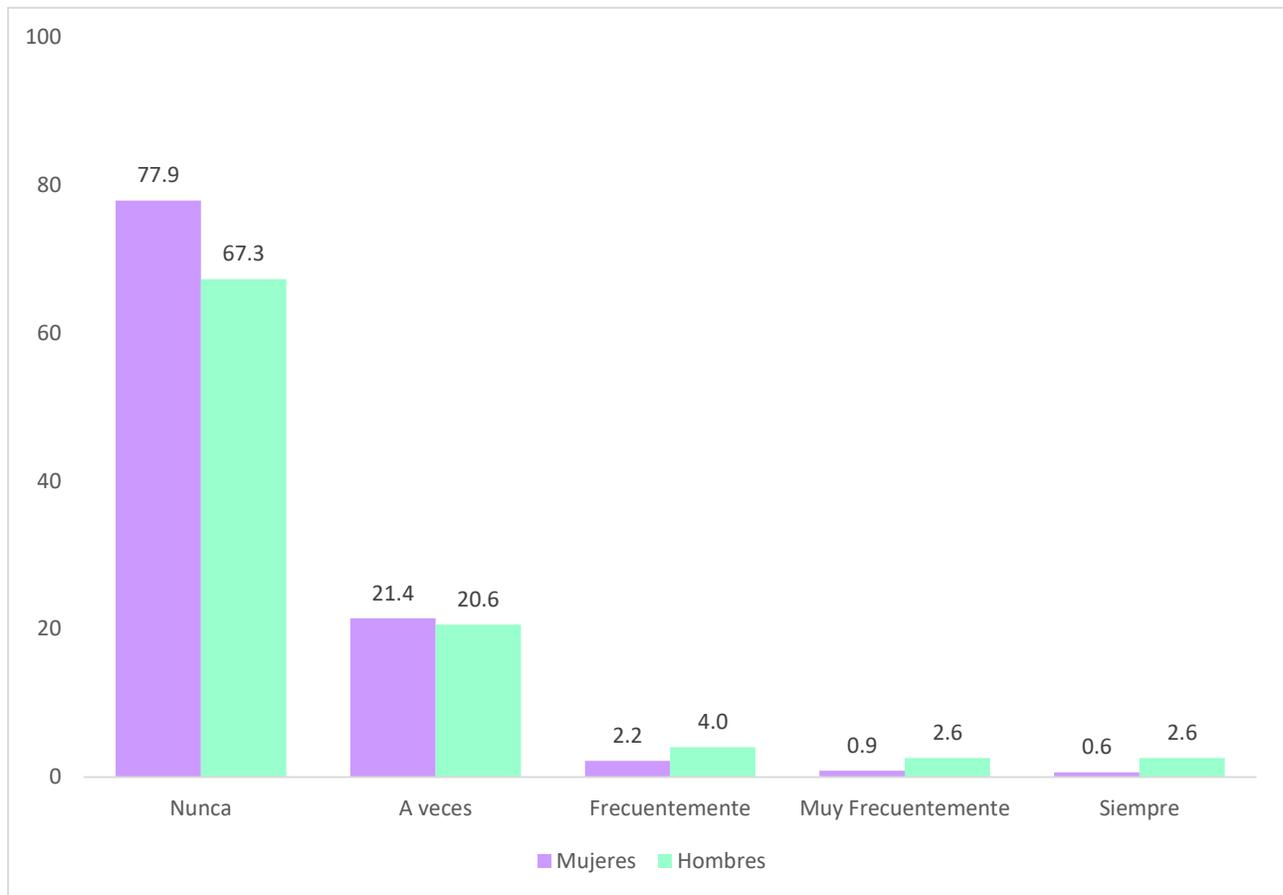


Figura 6. Distribución porcentual por sexo de la subescala Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica

Dieta crónica restringida

Con relación a la conducta alimentaria denominada “Dieta crónica restringida” la cual es definida por Gómez-Peresmitré y Ávila (1998 como se citó en Platas, 2014) como una tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos, eliminación de tiempos de comida a lo largo del día con el objetivo de controlar el peso y la figura corporal, en la Figura 7 se puede observar que del grupo de mujeres el 61.7% señaló la respuesta *Nunca*, el 33.3% *A veces*, 2.7% *Frecuentemente* y lo mismo para la opción *Muy Frecuentemente* y *Siempre*.

En cuanto al grupo de hombres se encontró que el 65.4% indicó la opción *Nunca*, 16.2% en la respuesta *A veces*, 6.6% en *Frecuentemente*, 2.6% en *Muy Frecuentemente* y 6.3% en *Siempre*.

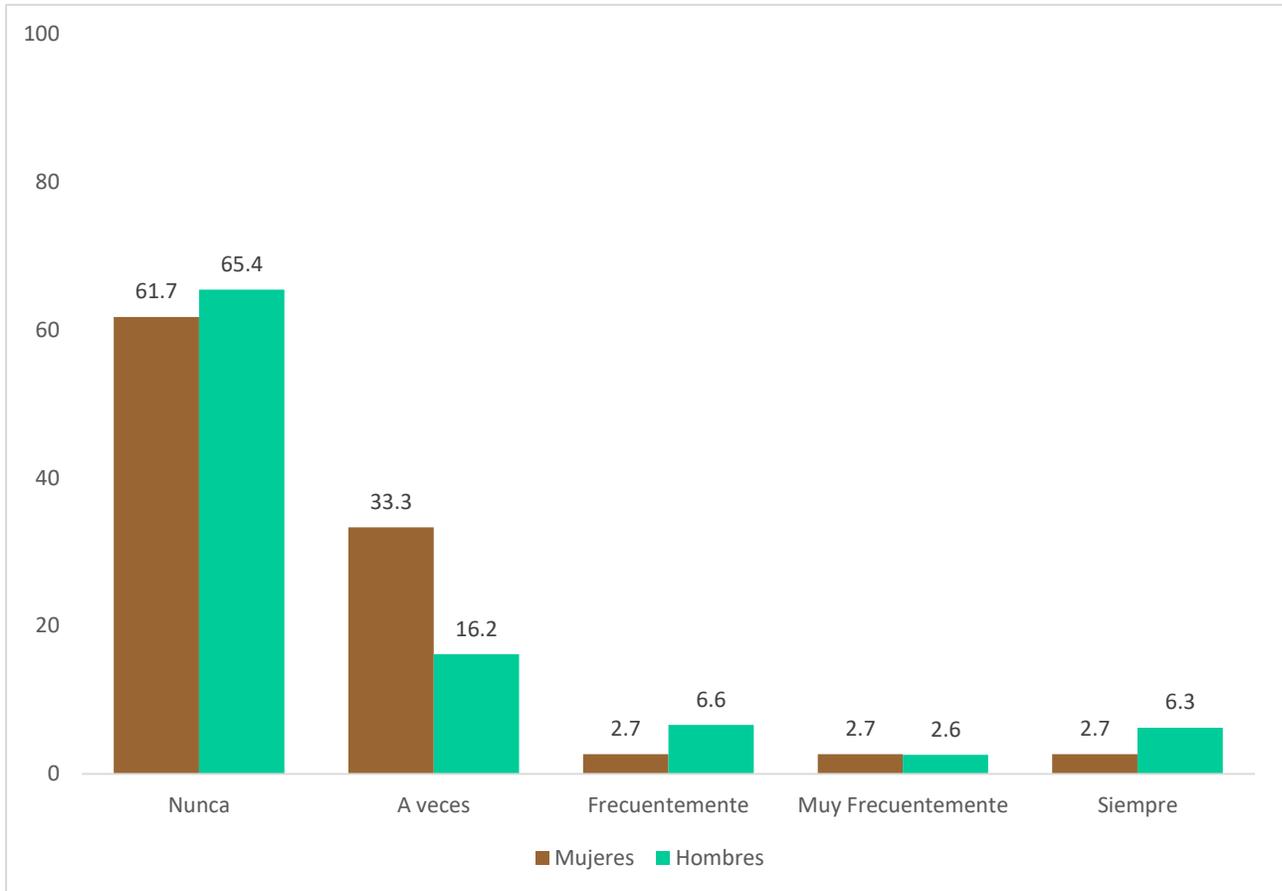


Figura 7. Distribución porcentual por sexo de la subescala Dieta crónica restringida

Conducta alimentaria compulsiva

Definida de manera general como sobrealimentación en periodos cortos de tiempo, sin tener control de las cantidades ingeridas. En el grupo de mujeres se observó que el 81.2% respondió a la opción *Nunca*, 17.0% *A Veces*, 3.6% *Frecuentemente* y 0.6% en las opciones *Muy Frecuentemente* y *Siempre*. Respecto a los hombres, el 66.2% de ellos eligió la respuesta *Nunca*, el 22.1% la

opción *A veces*, el 4.4% *Frecuentemente*, 2.9% la opción *Muy Frecuentemente* y la respuesta *Siempre* 1.5% del porcentaje total (ver Figura 8).

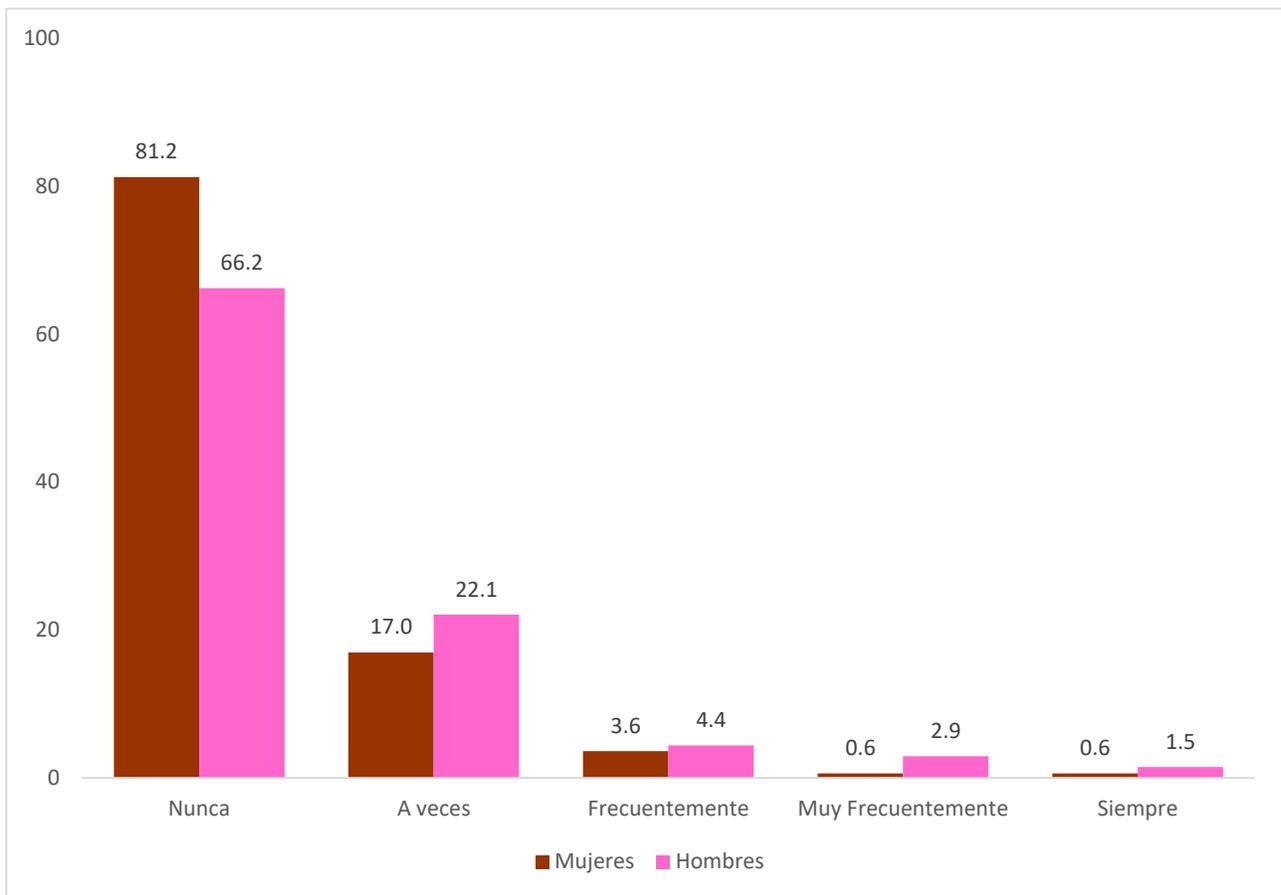


Figura 8. Distribución porcentual por sexo de la subescala Conducta alimentaria compulsiva

Conducta alimentaria normal

Con relación al factor denominado “Conducta alimentaria normal”, el cual se refiere a las conductas alimentarias adecuadas y nutritivas de acuerdo con las necesidades específicas de las diferentes etapas de vida, se encontró que el porcentaje de mujeres que respondió a la opción *Nunca* fue de 62.1%, *A veces* 12.1%, en la respuesta *Frecuentemente* 9.1%, *Muy Frecuentemente* 14.4% y 5.3% en *Siempre*. Respecto a los hombres se observó en este factor que el 51.5%

señaló la respuesta *Nunca*, el 11.8% la opción *A veces*, 12.5% *Frecuentemente*, 14% *Muy frecuentemente* y *Siempre* el 7.4% (ver Figura 9).

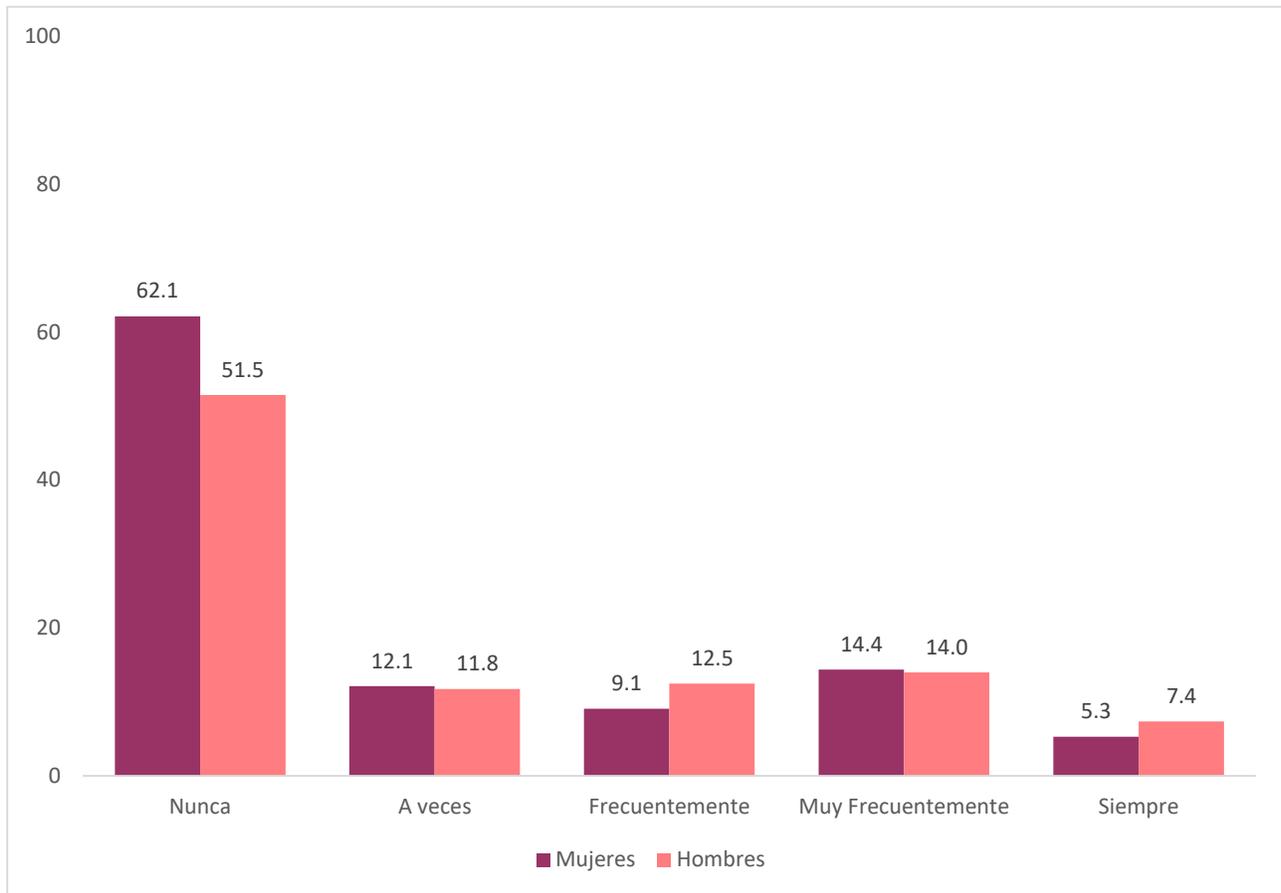


Figura 9. Distribución porcentual por sexo de la subescala Conducta alimentaria normal

El segundo objetivo fue determinar la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y la de sus madres. Para lo cual se utilizó la *EPPCN* desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009) que permite conocer la percepción de los hijos sobre la crianza de las madres y la *Escala de Estilos de Crianza* creada y validada por García-Méndez, Rivera-Aragón y Reyes-Lagunes (2014) con el objetivo de evaluar como los padres perciben que crían a sus hijos.

El análisis descriptivo de la *Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para niños* (EPPCN), indica que la media más alta fue *Afecto positivo* y la más baja *Intolerancia emocional*.

La media más alta se encontró en el factor *Afecto positivo* (M=4.66), el cual de acuerdo a Flores, Cortés y Góngora (2009), es la frecuencia con la que los niños mencionan que sus padres muestran y aceptan manifestaciones de afecto y cariño a sus hijos. El factor *Interacción positiva*, se refiere a la frecuencia con que los niños perciben que sus padres muestran conductas positivas tales como conversar, platicar, salir de paseo, enseñar, etc. (Flores, Cortés, & Góngora, 2009), se puede observar que la muestra puntúa una media (M=4.31).

Con respecto al factor *Apoyo escolar*, que de acuerdo a Flores, Cortés y Góngora (2009) describe la frecuencia percibida con la que las madres apoyan, alientan, vigilan y revisan las actividades escolares diarias (M=4.22).

El factor *Control restrictivo* (M=2.99), hace referencia a la frecuencia con la que los hijos manifiestan que sus padres les establecen determinadas reglas, les exigen que les informen qué hacen, les piden establecer límites en sus actividades, y hacer lo que ellos dicen, así como también les controlan la relación con sus parientes y amigos. El factor *Disciplina punitiva* (M=2.85), evalúa la frecuencia con la que los hijos perciben que sus padres se enojan, obligan, exigen, golpean e imponen castigos a éstos cuando no cumplen con sus obligaciones o desobedecen y el factor *Intolerancia emocional* (M=1.98), mide la frecuencia con la que los niños perciben que a sus padres les impacienta, irrita y enoja cuando sus hijos expresan sus sentimientos, les hablan mucho, hacen ruido, tiene que cuidarlos, etc. (Flores, Cortés, & Góngora, 2009). Cabe señalar que cinco de los seis factores se encuentran por encima de la media teórica (M=2.5), teniendo como excepción *Intolerancia emocional* que se encuentra por debajo de la misma (ver Figura 10).

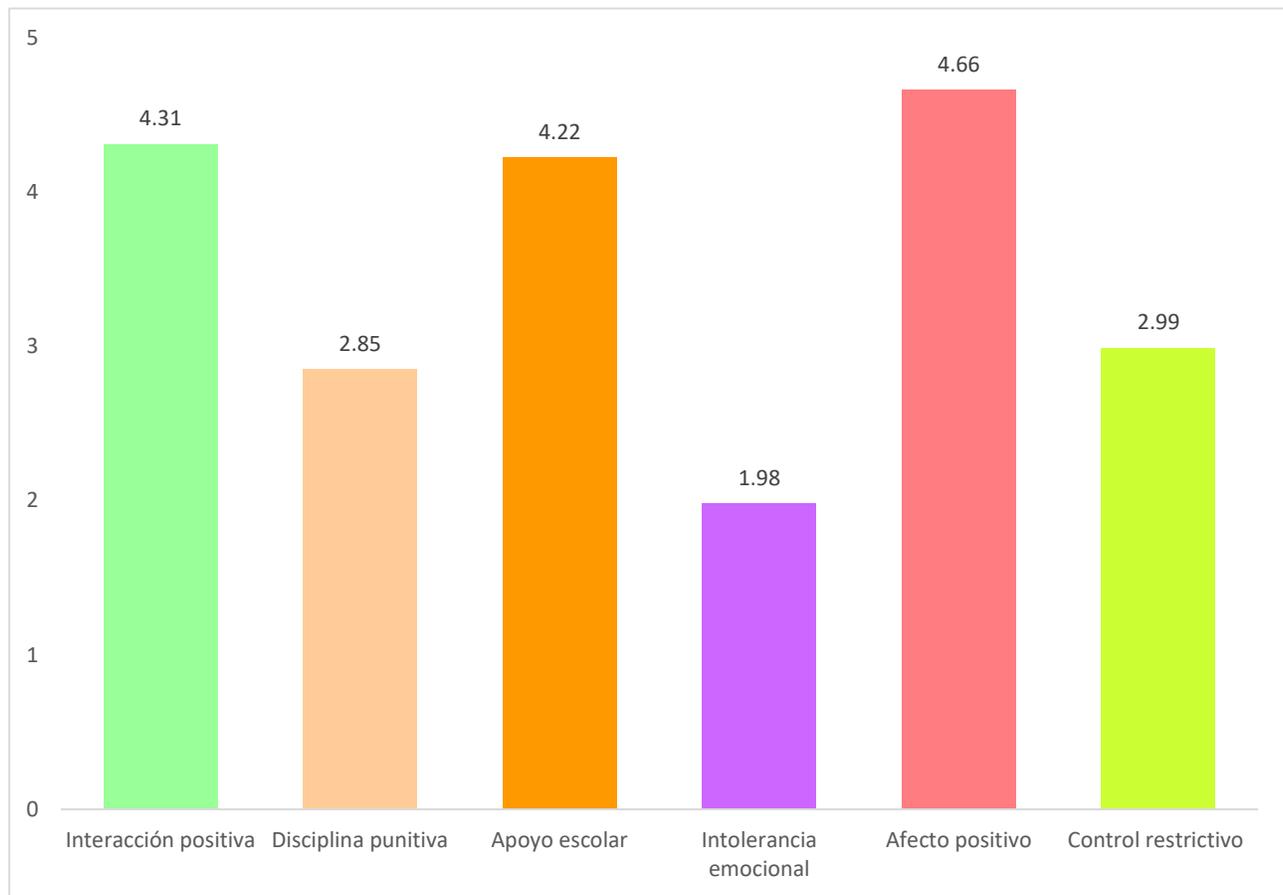


Figura 10. Medias obtenidas de la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza de las Madres

En lo que se refiere a la *Escala de Estilos de Crianza* creada y validada por García-Méndez, Rivera-Aragón y Reyes-Lagunes (2014). Los resultados son los siguientes:

El factor *Emocional negativo* obtuvo una $M= 3.96$, el cual alcanzó la media más alta (ver figura 11). Se refiere al estado de ánimo de los papás y las madres relacionado con su percepción de comportamiento inadecuado en sus hijos, lo que les produce diversos sentimientos como frustración, enojo, desilusión, etc. (García-Méndez, Rivera-Aragón & Reyes-Lagunes, 2014).

Control conductual (M=3.67) es el factor que indica cómo los padres otorgan premios a sus hijos cuando cumplen con lo establecido. El factor *Castigo* (M=3.61) comprende prácticas relacionadas con la disciplina de los hijos, específicamente a si los papás emplean los regaños y castigo físico como estrategia para corregir a sus hijos (García-Méndez, Rivera-Aragón & Reyes-Lagunes, 2014).

Los factores que puntuaron con las medias más bajas fueron, el de *Cognición negativa* (M= 2.64) que hace referencia a la incertidumbre de los padres por la manera de criar a sus hijos, la cual les resulta complicada. Y el *Permisivo* (M=1.67) que mide como los padres tienen poco control sobre el comportamiento de los hijos, permitiéndoles autorregularse con base en sus intereses y necesidades (García-Méndez, Rivera-Aragón & Reyes-Lagunes, 2014).

Todos los factores se encuentran por arriba de la media teórica (M=2.5), a excepción del *Permisivo* (ver Figura 11).

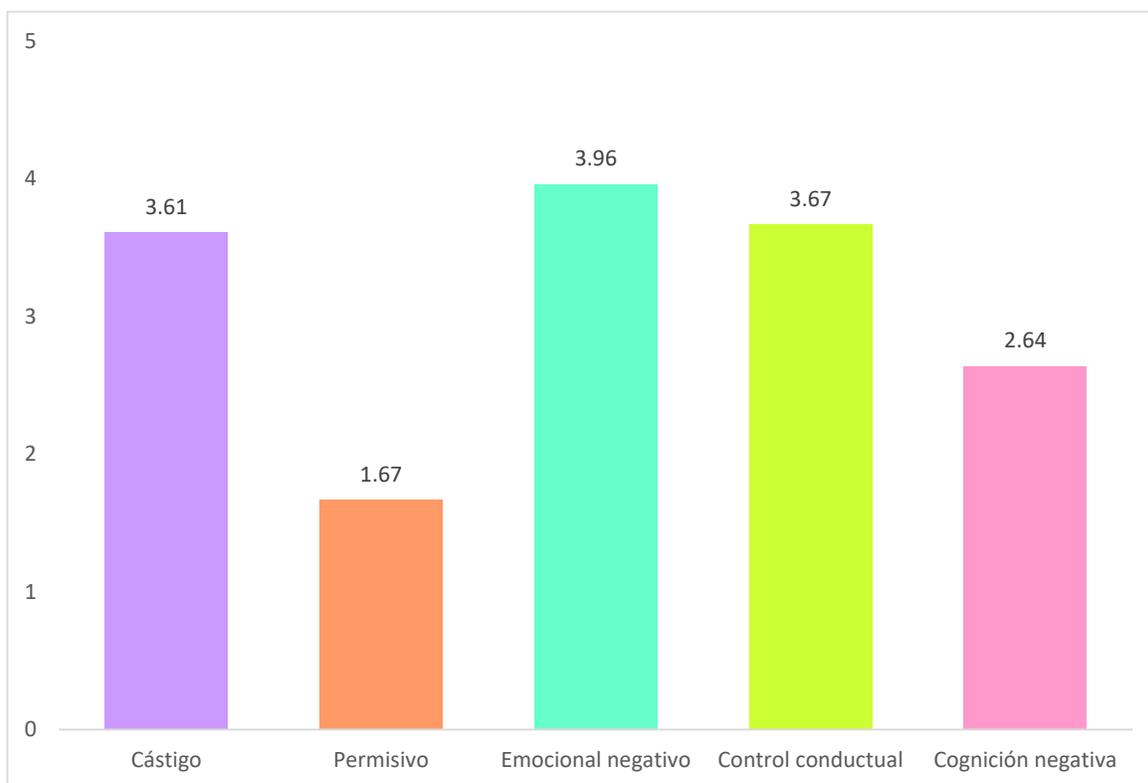


Figura 11. Medias Obtenidas de la Escala de Estilos de Crianza percibidos por la Madre

El tercer objetivo fue determinar las dimensiones del funcionamiento familiar de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo. Para lo cual se empleó la *Escala de Funcionamiento Familiar* creada y validada por Palomar (1998).

Los resultados muestran que los factores de *Cohesión* (M= 4.38), *Autoridad y poder* (4.26) y *Tiempo compartido* (4.23) son los que se presentan más altos (ver Figura 12). El de *Cohesión* mide el grado en que los integrantes de la familia se sienten pertenecientes y unidos al sistema, reflejado en el apoyo y cooperación entre los miembros para realizar cualquier actividad, además de que compartan intereses y tiempo libre. *Autoridad y poder* se refiere a si la familia conoce claramente de quien o quienes ejercen el poder, así como al grado de flexibilidad-rigidez y a las reglas claras (planeación de actividades, manejo del dinero, orden, puntualidad y aplicación de sanciones). El *Tiempo compartido* está relacionado con el tiempo que comparte la familia, es decir, forma parte de la cohesión familiar (Palomar, 1998).

La dimensión *Comunicación* (M=4.8) evalúa la capacidad de la familia para expresar abiertamente sus ideas, discutir los problemas, expresar el afecto y negociar acuerdos. *La Relación de pareja* (M= 3.99) se refiere a la calidad del rol parental, al grado con el que la pareja comparte intereses, existe apoyo mutuo y se siente querido y valorado por el otro, y pueden resolver los problemas entre ellos sin la ayuda de los hijos. El factor de *Autonomía-independencia* (M=3.94) hace alusión a como la familia impulsa a cada uno de sus integrantes a ser independiente, tomar sus propias decisiones y resolver por sí mismo sus problemas sin que se genere desunión y distanciamiento (Palomar, 1998).

El factor de *Roles-trabajo doméstico* (M=3.88) se refiere a los patrones de conducta por los cuales la familia asigna a sus integrantes funciones familiares, examina la claridad de las actividades que deben cumplir, el grado de cumplimiento y la distribución de actividades, también investiga quien realiza determinadas actividades (e.g. quien otorga permisos). El factor *Organización*

(M=3.59) de igual manera, está relacionado con el cumplimiento de las reglas (Palomar, 1998).

Los dos factores que se encuentran por debajo de la media teórica son: *Falta de reglas y apoyo* (M=2.03) que valora aspectos disfuncionales de la familia y *Violencia física y verbal* (M=1.81) que comprende cuestiones negativas de la comunicación afectiva, roles y relación de pareja (ver figura 12).

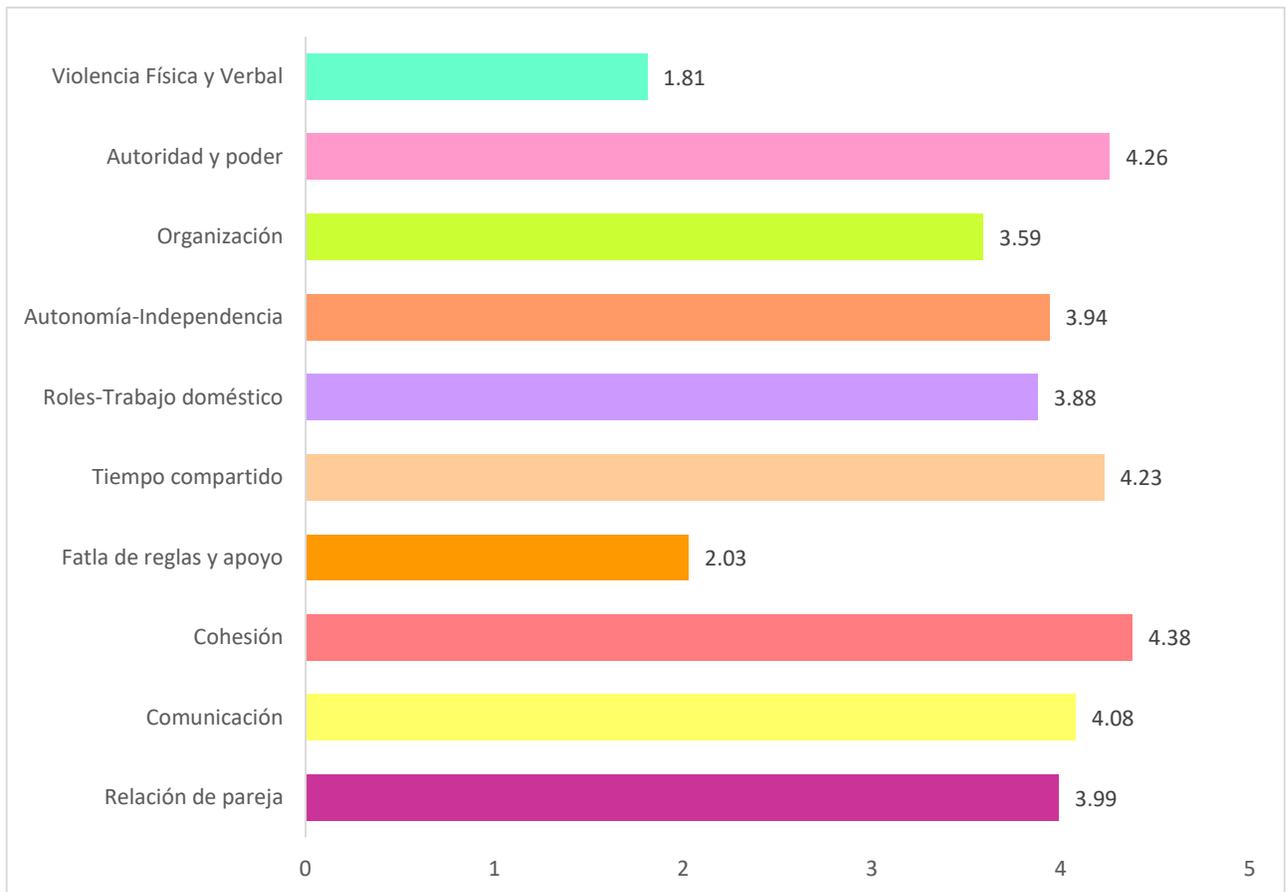


Figura 12. Medias obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar

El cuarto objetivo fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las CAR y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y la de sus madres.

El análisis se llevó a cabo por medio del Coeficiente Correlación de Pearson. A continuación, las Tablas 3 y 4 contienen los resultados obtenidos de la *EFRATA-II* versión mujeres, de la *EPPCN* y de la *Escala de Estilos de Crianza* (percepción de la madre). Las Tablas 5 y 6 muestran las mismas correlaciones pero con la versión del *EFRATA-II* para hombres.

Respecto a las niñas, la *EFRATA-II* y la *EPPCN* mostraron correlaciones negativas estadísticamente significativas en los siguientes factores:

Interacción positiva y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=-.372$), *Interacción positiva* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r=-.385$). *Apoyo escolar* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=-.407$), *Apoyo escolar* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r=-.404$). *Afecto positivo* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=-.360$), *Afecto positivo* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r=-.372$). Lo que significa que entre mayor sea la interacción positiva, el apoyo escolar y el afecto positivo (estilo autoritativo) habrá menor presencia de sobreingesta por compensación psicológica y conducta alimentaria compulsiva. Sin embargo, también se vieron correlacionados los factores *Interacción positiva* y *Conducta alimentaria normal* ($r=-.409$), es decir, entre más exista interacción positiva, menos conducta alimentaria normal se presentará (ver Tabla 4).

Tabla 4

Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN)

		CAR		
Estilos de Crianza	Sobreingesta por Dieta crónica restringida	Conducta alimentaria compulsiva	Conducta alimentaria normal	
Interacción positiva	-.372*	-.385*	-.409*	
Apoyo escolar	-.407*	-.404*		
Afecto positivo	-.360*	-.372*		

* $p < .05$

En cuanto a la *EFRATA-II* (mujeres) y la *Escala de Estilos de Crianza* que fue contestada por la madre, se muestran las siguientes correlaciones negativas estadísticamente significativas:

Control Conductual y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r = -.347$), *Control Conductual* y *Conducta alimentaria normal* ($r = -.360$). Lo que indica que entre mayor sea el control conductual, menor será la presencia de sobre ingesta por compensación psicológica y conducta alimentaria normal (ver Tabla 5).

Tabla 5

Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Estilos de Crianza (percepción de la madre)

	CAR			
Estilos de Crianza	Sobreingesta por compensación psicológica	Dieta crónica restringida	Conducta alimentaria compulsiva	Conducta alimentaria normal
Control conductual	-.347*			-.360*

* $p < .05$

En lo que se refiere a los niños, la *EFRATA-II* y la *EPPCN* mostraron correlaciones positivas estadísticamente significativas en los siguientes factores:

Disciplina punitiva y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=.366$), *Disciplina punitiva* y *Dieta crónica restringida* ($r=.484$). Entonces, entre más se emplee la disciplina punitiva (característica del estilo autoritario), mayor será la presencia de la sobre ingesta por compensación psicológica y la dieta crónica restrictiva (ver Tabla 6).

Intolerancia emocional y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=.510$), *Intolerancia emocional* y *Dieta crónica restringida* ($r=.415$), *Intolerancia emocional* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r=.549$). Lo que quiere decir que entre más esté presente la intolerancia emocional, hay mayores riesgos de que exista la sobre ingesta por compensación psicológica, la dieta crónica restrictiva y la conducta alimentaria compulsiva en los preadolescentes (ver Tabla 6).

Asimismo, se encontró una correlación negativa entre los factores de *Afecto positivo* y *Conducta alimentaria normal* ($r= -.442$), es decir, entre mayor sea el afecto positivo, menos se presentará la conducta alimentaria normal (ver Tabla 6).

Tabla 6

Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Hombres) y la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN)

	CAR				
Estilos de Crianza	Sobreingesta por Dieta crónica	compensación psicológica	restringida	Conducta alimentaria compulsiva	Conducta alimentaria normal
Disciplina punitiva	.366*		.484**		
Intolerancia emocional	.510**		.415*	.549**	
Afecto positivo					-.442*

* $p < .05$ ** $p < .01$

En cuanto a los factores de la *EFRATA-II* (hombres) y los factores de la *Escala de Estilos de Crianza* que fue contestada por la madre no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre ellos.

El quinto objetivo específico fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las CAR y las dimensiones del Funcionamiento Familiar de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

El análisis se llevó a cabo por medio del Coeficiente de Pearson. A continuación, la Tabla 7 contienen los resultados obtenidos de la *EFRATA-II* versión mujeres y la *Escala de Funcionamiento Familiar*. La Tabla 8 muestra la misma correlación pero con la versión del EFRATA-II para hombres.

En lo que se refiere a las mujeres, la mayoría de las correlaciones estadísticamente significativas fueron negativas. En seguida se presentan los factores.

La *Sobreingesta por compensación psicológica* fue relacionada con: *Cohesión* ($r=-.358$), *Tiempo compartido* ($r=-.355$), *Organización* ($r=-.672$), *Autoridad y poder* ($r=-.520$), *Falta de reglas* ($r=.446$). Lo cual representa que a menor autoridad-poder, cohesión, tiempo compartido, organización y más falta de reglas, es mayor el riesgo de presentar sobre ingesta por compensación psicológica (ver Tabla 7).

No obstante, entre menor sea la *Autoridad y poder*, mayor será la presencia de la *Conducta alimentaria normal* ($r=-.407$) (ver Tabla 7).

Tabla 7

Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Mujeres) y la Escala de Funcionamiento Familiar

		CAR		
Funcionamiento Familiar	Sobreingesta por compensación psicológica	Dieta crónica restringida	Conducta alimentaria compulsiva	Conducta alimentaria normal
Cohesión	-.358*			
Falta de reglas	.446*			
Tiempo compartido	-.355*			
Organización	-.672**			
Autoridad y poder	-.520**			-.407*

* $p<.05$ ** $p<.01$

En el caso de los hombres, se presentaron algunas relaciones estadísticamente significativas, éstas son:

Cohesión y Dieta crónica restringida ($r=.367$), *Tiempo compartido y Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=-.363$), *Autoridad y poder y Sobreingesta por compensación psicológica* ($r=-.385$), es decir, entre mayor sea el tiempo compartido y la autoridad-poder, menor la presencia de sobreingesta por compensación psicológica, además de que a mayor cohesión, mayor el riesgo de usar dieta crónica restringida (ver Tabla 8).

Tabla 8

Relación entre los factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación EFRATA-II (Hombres) y la Escala de Funcionamiento Familiar.

		CAR		
Funcionamiento Familiar	Sobreingesta por compensación psicológica	Dieta crónica restringida	Conducta alimentaria compulsiva	Conducta alimentaria normal
Cohesión		.367*		
Tiempo compartido	-.363*			
Autoridad y poder	-.385*			

* $p<.05$

El sexto objetivo fue determinar la relación existente entre la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo y la de sus madres, así como las dimensiones del funcionamiento familiar.

La Tabla 9 exhibe los resultados obtenidos de la *Escala de Estilos de Crianza* y la *Escala de Funcionamiento Familiar*. La Tabla 10 despliega la correlación entre la *EPPCN* y la *Escala de Funcionamiento Familiar*.

En cuanto al estilo de crianza percibido por las madres y el funcionamiento familiar se encontraron las siguientes correlaciones estadísticamente significativas (ver Tabla 9):

El factor *Castigo* (considerado parte del estilo autoritario) fue relacionado con los factores: *Comunicación* ($r=-.518$), *Cohesión* ($r=-.409$), *Tiempo compartido* ($r=-.254$), *Roles-trabajo doméstico* ($r=-.337$), *Autonomía-Independencia* ($r=-.245$), *Violencia física y verbal* ($r=.406$), *Falta de reglas* ($r=.416$). Lo que significa que entre mayor comunicación, cohesión, tiempo compartido, autonomía-independencia, roles mejor establecidos, menor violencia y falta de reglas, menor será el uso del castigo.

El *Permisivo* se correlacionó negativamente con *Relación de pareja* ($r=-.405$), *Cohesión* ($r=-.418$), *Tiempo compartido* ($r=-.386$), *Organización* ($r=-.328$), *Autoridad y poder* ($r=-.286$). Es decir, entre mejor se relacione la pareja, exista mayor cohesión, tiempo compartido y autoridad, es menos probable que aparezca el estilo permisivo.

El *Emocional negativo* encontró relaciones significativas con *Cohesión* ($r=-.316$), *Tiempo compartido* ($r=-.312$), *Violencia física y verbal* ($r=.340$), *Falta de reglas* ($r=.350$). Representa que emociones como frustración, enojo, molestia, etc. aumentarán si disminuye la cohesión y el tiempo compartido y si se incrementa la violencia y la falta de reglas.

El *Control conductual* se asoció con el *Tiempo Compartido* ($r=.261$) y los *Roles-Trabajo doméstico* ($r=.317$). Es decir, entre mayor sea el tiempo compartido y mejor estén establecidos los roles y tareas en la familia, menos será empleado el control conductual.

La *Cognición negativa* tuvo correlaciones con *Comunicación* ($r=-.318$), *Cohesión* ($r=-.367$) y *Falta de reglas* ($r=.443$). Esto expresa que entre mayor sea la

comunicación, la cohesión y la falta de reglas sea menor, es menos probable que se presente la cognición negativa.

Tabla 9

Relación entre los Factores de la Escala de Estilos de Crianza (percibidos por la madre) y la Escala de Funcionamiento Familiar

Funcionamiento Familiar	Estilos de Crianza (madre)				
	Castigo	Permisivo	Emocional Negativo	Control conductual	Condición negativa
Relación de pareja		-.405**			
Comunicación	-.518**				-.318**
Cohesión	-.409**	-.418**	-.316*		-.367**
Falta de reglas	.416**		.350**		.443**
Tiempo compartido	-.254*	-.386**	-.312*	.261*	
Roles-Trabajo doméstico	-.337*			.317**	
Autonomía- Independencia	-.245*				
Organización		-.328**			
Autoridad y poder		-.286*			
Violencia física y verbal	.406**		.340**		

* $p < .05$ ** $p < .01$

En el caso del estilo de crianza percibido por los niños y el funcionamiento familiar se encontró una correlación positiva entre *Interacción positiva* y *Cohesión* ($r = .253$).

Esto significa que a mayor interacción positiva, mayor cohesión se presentará en el sistema familiar (ver Tabla 10).

Tabla 10

Relación entre los Factores de la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños (EPPCN) y la Escala de Funcionamiento Familiar

	Estilos de crianza (niños)					
Funcionamiento familiar	Interacción positiva	Disciplina Punitiva	Apoyo escolar	Intolerancia emocional	Afecto positivo	Control restrictivo
Cohesión	.253*					

* $p < .05$

En general, los resultados mostraron datos importantes en lo referente a las CAR, ya que se observan más factores de riesgo en los hombres que en las mujeres, además que en lo referente a la conducta alimentaria normal la mayoría optó por la respuesta nunca. En cuanto a la percepción de los niños acerca de las prácticas maternas de crianza, los niños asocian a sus madres con aspectos positivos como afecto positivo, interacción positiva y apoyo escolar (estilo autoritativo), mientras que las madres se perciben autoritarias, puntuando más alto en factores como emocional negativo, castigo y control conductual. Para el funcionamiento familiar, las dimensiones más altas fueron cohesión, autoridad y poder y tiempo compartido. Asimismo, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre todas las variables a excepción de las CAR en los hombres y los estilos de crianza percibidos por las madres.

Es preciso analizar esta información comparándola con los resultados de estudios antecedentes, por lo que en el siguiente apartado se discutirán estas conclusiones.

Capítulo 7. Discusión y Conclusiones

Se cumplió el objetivo de esta tesis, el cual fue determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos de quinto y sexto de una primaria privada de Pachuca de Soto, Hidalgo, y de sus madres los estilos de crianza y el funcionamiento familiar.

Como se recordará esta investigación fue realizada en N=67 preadolescentes y sus madres. Se aplicó a los preadolescentes la *Escala de Factores de Riesgo Asociados con los Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)* y la *Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para niños (EPPCN)* y a las madres la *Escala de Estilos de Crianza* y la *Escala de Funcionamiento Familiar*. A continuación se discutirán los resultados obtenidos.

Respecto al primer objetivo específico que consistió en determinar los factores asociados con las CAR, se empleó la *EFRATA-II* que cuenta con cuatro factores: sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria normal. De manera general, se observó que los hombres son más propensos a tener CAR que las mujeres, lo cual concuerda con Guzmán (2012), quien indica que la preocupación por el peso y la comida se presenta con mayor frecuencia en hombres. Sin embargo, son ellos quienes más llevan a cabo conductas relacionadas al cuidado de su salud. No obstante, la ENSANUT 2012 señala que 1.3% de adolescentes que se encuentran entre 10 y 19 años de edad está en riesgo de tener un TCA, siendo más común en mujeres (INSP & SSa, 2012); en la investigación realizada por Castillo (2005) se encontró que la prevalencia de CAR es mayor en las mujeres que en los hombres (9.6% y 4.3% respectivamente).

En cuanto al primer factor *sobreingesta por compensación psicológica* se encontró que es más frecuente en hombres que en mujeres, pero a su vez, el mayor porcentaje de las mujeres reportó que nunca la han llevado a cabo (77.9%). Al comparar dichos resultados con los de Pavana (2012), se observa que hay un aumento, de un 20.2% (11.1% mujeres y 9.1% hombres) a 42% (21.4% mujeres y 20.6% hombres) indican que A veces realizan la conducta, de 3.6% (1.4%

hombres y 2.2% mujeres) a 6.2% (2.2% mujeres y 4% hombres) *Frecuentemente* lleva a cabo la conducta y de 1.1% (0.3% hombres y 0.83% mujeres) a 3.5% lo realizan *Muy Frecuentemente*. Este incremento, en parte, podría ser resultado del tamaño de la muestra y del nivel educativo de los participantes, considerando que el estudio de Pavana (2012) incluyó 361 estudiantes de escuela secundaria mientras que la muestra del presente trabajo fue de 67 preadolescentes de una escuela primaria.

En el factor *Dieta crónica restringida* se obtuvo que del grupo de mujeres el 61.7% señaló la respuesta *Nunca*, el 33.3% *A veces*, 2.7% *Frecuentemente* y lo mismo para las opciones *Muy Frecuentemente* y *Siempre*. En cuanto al grupo de hombres se encontró que el 65.4% indicó la opción *Nunca*, 16.2% en la respuesta *A veces*, 6.6% en *Frecuentemente*, 2.6% en *Muy Frecuentemente* y 6.3% en *Siempre*. La investigación realizada por García (2007) reportó que esta conducta es más frecuente en mujeres, donde el 88.2% de ellas respondió que *Nunca* realiza esta conducta, el 8.0% respondió *A veces*, 3.8% *Frecuentemente*. El 95% de los hombres respondió que *Nunca* realiza la conducta, el 5% indicó que *A veces*, y los porcentajes fueron de 0% en las opciones *Frecuentemente*, *Muy Frecuentemente* y *Siempre*.

Los resultados del factor *Conducta alimentaria compulsiva* mostraron que el 1.5% de los hombres siempre realiza esta conducta, mientras que el 0.6% de las mujeres la lleva a cabo, lo cual difiere con los resultados arrojados en la investigación de Guzmán (2012) donde la conducta alimentaria compulsiva se encontró más presente en las mujeres que en los hombres.

En lo que respecta al factor *Conducta alimentaria normal* se encontró que el 62.1% de las mujeres señaló la opción *Nunca*, 12.1% *A veces*, 9.1% *Frecuentemente*, 14.4% *Muy Frecuentemente* y el 5.3% respondió *Siempre*. Para los hombres el 51.5% contestó la opción *Nunca*, 11.8% *A veces*, 12.5% *Frecuentemente*, 14% *Muy Frecuentemente* y el 7.4% indicó la respuesta *Siempre*. En comparación con los datos obtenidos por García (2007), en la respuesta *Nunca*, tanto en las mujeres como en los hombres, el porcentaje fue de

0. El 8.0% de las mujeres seleccionó la respuesta *A veces*, 30.4% *Frecuentemente*, 49.4% *Muy Frecuentemente* y el 12.2% indicó como respuesta *Siempre*. En el grupo de los hombres el 5.0% seleccionó la opción *A veces*, 26.1% *Frecuentemente*, 47.1% *Muy Frecuentemente* y el 21.8% indicó la opción *Siempre*. En ambas investigaciones se visualiza que los hombres son quienes más tienden a tener una conducta alimentaria normal, aunque la diferencia con las mujeres es mínima; además, la muestra de la presente tesis puede estar más en riesgo de padecer una CAR dado que en la opción *Nunca* el porcentaje obtenido fue mayor al 50% de los casos registrados; estos datos pueden ser a causa de la edad de los participantes, ya que en la investigación de García el rango de edad fue de 16 a 32 años.

Cabe destacar, que los resultados de esta investigación son consistentes con los datos obtenidos por Meneses, Guzmán y Platas (2015) donde se observa que los hombres presentan un nivel más alto de sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria normal.

El segundo objetivo específico fue determinar la percepción de prácticas maternas de crianza de los alumnos y la de sus madres. Para la cual se aplicó la *EPPCN* y la *Escala de Estilos de Crianza*, de lo cual resultó lo siguiente:

Los niños perciben que sus madres se muestran afectivas (afecto positivo), tienen una interacción positiva y los ayudan en sus tareas escolares (apoyo escolar). Esto coincide con los datos de Flores, Cortés y Góngora (2009), ya que los factores que mostraron mayor puntaje fueron los mismos. Quezada (2015) también concuerda con esto, pues obtuvo que 82 familias nucleares con hijos únicos, padres y madres establecen estrategias educativas basadas en las dimensiones de afecto, comunicación y control, además existe una tendencia a ejercer el estilo democrático, el cual se basa en dar valor a la calidez, al afecto y al diálogo, con un control de normas, reglas claras y firmes. En el caso de las madres, perciben que su estado de ánimo respecto al comportamiento inadecuado de sus hijos produce enojo, frustración, entre otros (emocional negativo); además

ejercen el control conductual (otorgan premios) y castigo como mediadoras en la crianza de sus hijos. Semejante a lo reportado por Salazar y la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas ([ACHNU], 2006) quienes señalan que los padres y madres perciben que su estilo de crianza se relaciona con los estilos permisivos o autoritarios, debido a la baja capacidad de manejar los conflictos con los hijos.

El tercer objetivo específico fue determinar las dimensiones del funcionamiento familiar de los alumnos. Para tal efecto se utilizó la *Escala de Funcionamiento Familiar*.

Los datos arrojados mostraron mayor puntaje en los factores: cohesión, autoridad y poder, tiempo compartido y comunicación, es decir, las madres dedican tiempo para estar con sus hijos, existe la capacidad para expresar ideas, hay sentimiento de pertenencia familiar y además los niños cuentan con reglas establecidas, tal como lo mencionan García-Méndez et. al. (2006), en el funcionamiento familiar intervienen aspectos positivos y negativos, en el cual interactúan diversos elementos que facilitan las relaciones familiares, tales como: la comunicación, la expresión de sentimientos, los principios, la convivencia, la integración familiar, los límites y reglas. De igual manera, Solís-Cámara y Díaz (2007) encontraron que las madres obtuvieron puntuaciones altas en expectativas y en comunicación, al considerar que para una crianza adecuada es relevante la comunicación familiar.

El cuarto objetivo fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las CAR y la percepción de prácticas maternas de crianza de alumnos y la de sus madres. Los resultados establecen que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre estas dos variables, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

El estudio demostró que en las mujeres el estilo autoritativo (interacción positiva, apoyo escolar y afecto positivo) puede disminuir la presencia de sobreingesta por compensación psicológica y conducta alimentaria compulsiva; pero también a mayor interacción positiva y control conductual disminuye la conducta alimentaria normal y la sobreingesta por compensación psicológica, ya

que como se ha demostrado en diversos estudios (Berge, Wall, Loth, & Neumark-Sztainer, 2010; Gable & Lutz, 2000 como se citó en Parrao, Andrade, & Betancourt, 2013; Jessor, Turbin, & Costa, 2010; Patrick & Nicklas, 2005; Turbin et al., 2006) un control apropiado por parte de los padres se vincula con una mejor alimentación de los jóvenes; de acuerdo con Blissett et al. (2010) no existe relación entre el estilo autoritativo y las CAR. Al respecto, el estudio llevado a cabo por Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Viladrich y Halley-Castillo (2013) menciona que las niñas con un TCA tienen una mala relación con sus madres, caracterizada por vínculos afectivos inseguros y evitativos.

Por lo que se refiere a los niños, la disciplina punitiva (estilo autoritario) y la intolerancia emocional aumentan el riesgo que se presenten conductas relacionadas con la sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Mientras que el afecto positivo reduce que se lleven a cabo conductas alimentarias normales. Este hallazgo coincide con lo reportado por Haycraft y Blissett (2010) quienes encontraron que niveles más altos de sintomatología de trastornos alimentarios se asociaron con los estilos de crianza autoritarios y permisivos. Similar a lo encontrado por Tachi (1999) donde se aprecia que las familias de personas con bulimia son rígidas (autoritaria, reglas impuestas, roles estrictos) o caóticas (disciplina inconsistente, roles, autoridad disminuida).

Por lo anterior, se evidencia una relación entre las CAR y los estilos de crianza, dado que conductas positivas por parte de las madres funcionan como factores protectores de las CAR; no obstante, una mayor interacción positiva disminuye el ejercicio de conductas relacionadas con el cuidado de la salud; mientras que si existe un estilo de crianza autoritario e intolerancia emocional por parte de las madres aumenta el riesgo de llevar a cabo CAR.

Ahora bien, en cuanto a los factores de la *EFRATA-II* (hombres) y los factores de la *Escala de Estilos de Crianza* que fue contestada por la madre no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre ellos. Esto puede deberse a la visión distinta de los niños y las madres respecto al estilo de crianza,

ya que las madres se perciben como emocionalmente negativas ante la conducta de sus hijos, también consideran que usan el control conductual y castigo; en cambio los niños perciben que sus madres se muestran afectivas con ellos y no emplean el castigo o la disciplina punitiva. Tal como lo mencionan Rhodes y Kroger (1992), los TCA se asocian en mayor medida con el control sin afecto maternal, el cual se caracteriza por sobreprotección, inhibición de la individualidad y la falta de calidez emocional. Es decir, pautas de crianza inadecuadas pueden actuar como factor de riesgo para el desarrollo de los TCA (Espina, Ochoa de Alda, & Ortego, 2007).

El quinto objetivo específico fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las CAR y las dimensiones del Funcionamiento Familiar de los alumnos. Los resultados establecen que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre estas dos variables, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

En las mujeres se encontró que la falta de cohesión y organización dentro de su ambiente familiar puede ser un factor de riesgo para que lleven a cabo conductas de sobreingesta por compensación psicológica; mientras que a menor autoridad y poder (relativamente) es más probable que su conducta alimentaria sea normal, es decir, que realicen conductas relacionadas con el cuidado de su salud. De la misma manera, Marmo (2014) señala que las familias que manifiestan una alta cohesión familiar (apoyo y cercanía emocional) presentan un menor riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Por otra parte, en los hombres se observa que, si hay mayor tiempo compartido, autoridad y poder dentro de la familia, el riesgo de sobreingesta por compensación psicológica disminuye. A su vez una mayor cohesión favorece el ejercicio de dieta crónica restrictiva, lo cual es significativo, dado que en la investigación propuesta por González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas (2002) se obtiene que un mayor índice de cohesión en el sistema familiar puede favorecer a que se manifieste un cuadro anoréxico.

Cabe señalar, que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el factor Relación de pareja y las CAR, siendo diferente a lo reportado por Linares (2002) al mencionar que los TCA son causados por la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales.

El sexto objetivo específico fue determinar la relación existente entre la percepción de prácticas maternas de crianza de los alumnos y de sus madres, así como las dimensiones del funcionamiento familiar. Los resultados establecen que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre estas dos variables, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

En cuanto a la percepción de los niños acerca de los estilos de crianza maternos y del funcionamiento familiar, se puede apreciar que la interacción positiva favorece que la familia se encuentre cohesionada. Semejante a lo reportado por Isaza y Henao (2011) quienes encontraron que las familias con dinámicas y organizaciones cohesionadas mantienen una buena comunicación e interacción constante, además de un crecimiento personal de sus hijos e hijas.

Sobre la relación entre estilos de crianza (madres) y funcionamiento familiar, se visualiza que las madres perciben que aspectos positivos dentro del entorno familiar, tales como una adecuada comunicación, cohesión autonomía, independencia, tiempo compartido y roles establecidos disminuyen la probabilidad de que empleen el castigo y violencia como mediadoras en la crianza de sus hijos; por lo tanto, si existe poca o ninguna cohesión en la familia y no realizan actividades juntos existe mayor probabilidad de que las madres muestren emociones de frustración, enojo, molestia, tristeza, entre otras si califican al comportamiento de sus hijos como inadecuado, esto conlleva a que empleen la violencia y que no existan reglas establecidas dentro de la dinámica familiar. Musitu y Soledad-Lila (1993 como se citó en Ramírez, 2005) mencionan que los padres que emplean la comprensión y apoyo en la crianza de los hijos cuentan con niveles altos de comunicación, mientras que, las familias con una baja comunicación tienden a usar la coerción y el castigo con mayor frecuencia.

Otro aspecto relevante es que mientras mejor sea la relación de pareja, exista mayor cohesión, tiempo y autoridad disminuye el ejercicio de la crianza permisiva, lo cual coincide con lo propuesto por Ossa et al. (2014), ya que mencionan que a medida que se valora el estilo permisivo se genera menor satisfacción en el clima familiar, es decir, existe una percepción negativa a nivel afectivo acerca de los bienes y servicios que posee y utiliza la familia en su vida cotidiana, así como en el clima emocional que experimenta.

Cabe mencionar, que también se encontró que el control conductual se emplea en menor medida dentro de estas familias y aumenta el tiempo compartido entre los integrantes, además de hallarse mejor definidos los roles de cada uno de los miembros. El exceso de control conductual está ligado con el estilo de crianza autoritario, el cual, de acuerdo con Vielma (2002) está relacionado con disfuncionalidad familiar, es decir, menor tiempo compartido y roles familiares difusos.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación se puede concluir que el grupo más vulnerable ante las CAR son los hombres, sin perder de vista a las mujeres que aunque el porcentaje de incidencia fue menor también son propensas a padecer estas conductas, además que varias investigaciones han afirmado que el índice de los TCA ha sido mayor en ellas, por lo anterior, se sugiere se realicen estudios que permitan explicar estas conductas, sin dejar de lado la importancia que cobran tanto el estilo de crianza como el funcionamiento familiar, dado que estas pueden fungir como factores protectores de las CAR, ya que un mejor ambiente familiar y un adecuado estilo de crianza puede disminuir o evitar que surjan estas conductas. Por lo tanto, es de vital importancia que exista una mejor comunicación y cohesión familiar para evitar o reducir el uso de violencia y las reglas se establezcan de manera idónea, asimismo, la relación de pareja es relevante puesto que si esta se encuentra dañada, favorece el ejercicio del estilo de crianza permisivo dentro de las familias. A partir de los datos obtenidos, es importante enfatizar en que la comunicación y cohesión familiar pueden retomarse como formas de prevención y/o tratamiento para las CAR.

También, se sugiere se realice la misma investigación en una escuela pública para observar el comportamiento de la díada madre-hijo, y si se presenta de igual forma o de manera diferente en cuanto a las variables estudiadas.

Asimismo, se propone que futuras investigaciones involucren la participación de ambos padres y no solamente a las madres de familia, esto con la finalidad de observar el funcionamiento y la crianza familiar de una manera holística; y se considere al sexo de los participantes.

Es sumamente importante el involucramiento de la familia en la prevención como en el tratamiento de las CAR, brindando estrategias que permitan mejorar las relaciones interpersonales, la comunicación, la cohesión, entre otras.

Además, se expone la necesidad de fomentar políticas de información y sensibilización a los profesores, alumnos y padres de familia acerca de los problemas de los TCA, que enfatizen en la promoción y prevención de CAR considerando a las madres y a la familia como redes de apoyo.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio indican la conveniencia de realizar más investigaciones orientadas a la prevención y/o disminución de las CAR, que consideren la participación tanto de las madres como padres de familia, dado que se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los estilos de crianza, funcionamiento familiar y las CAR.

Por otro lado, dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho de que la muestra no es representativa de la población preadolescente, por tanto, los datos encontrados no pueden ser generalizados, por ello se requieren nuevas investigaciones que repliquen las mismas variables, que consideren un mayor número de participantes representativos de la población estudiada.

Referencias

- Abidin, R., & Brunner, J. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 31-40.
- Academy for Eating Disorders. (2012). *Eating disorders: critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders* (2a. ed.). Recuperado de <http://www.aedweb.org/web/downloads/Guide-English.pdf>
- Aguirre, E. (2003). Cuestionario de Prácticas de Crianza (CPC-P) de autodiligenciamiento, versión para padres. En E. Aguirre (2013). *Relación entre prácticas de crianza, temperamento y comportamiento pro social de niños de 5° y 6° grado de la educación básica, pertenecientes a seis estratos socioeconómico de Bogotá, D.C.* (Tesis de doctorado). Universidad de Manizales- CINDE, Manizales, Bogotá.
- Albee, G. W., & Gullota, T. P. (1986). Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary Prevention, 6*, 207-218.
- Álvarez-Rayón, G. L. (2006). *Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Álvarez-Rayón, G. L., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders, 9* (4), 243-248.
- American Dietetic Association (2006). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. En M. B. Altamirano, B. Vizmanos, & C. Unikel-Santoncini (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana*

de *Salud Pública*. 30 (5), 401-407. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a01.pdf>

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2015). *Eating disorders*. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>

Arranz, E., Oliva, A., Olabarrerieta, F., & Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 33 (4), 503-513.

Recuperado de http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=http://www.researchgate.net/profile/Lucia_Antolin-Suarez/publication/233694215_Analisis_comparativo_de_las_nuevas_estructuras_familiares_como_contextos_potenciadores_del_desarrollo_psicologico_infantil/Comparative_analysis_of_new_family_structures_as_enhancing_contexts_of_children%27s_psychological_development/links/0deec51e422bc20078000000.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm1AC5H8rlgSxCczXnQ8LqiY-QEHKA&nossl=1&oi=scholar&ei=cDXvVIGOBNDooASxwYLYBg&sqi=2&ved=0CBoQgAMoADAA

Suarez/publication/233694215_Analisis_comparativo_de_las_nuevas_estructuras_familiares_como_contextos_potenciadores_del_desarrollo_psicologico_infantil/Comparative_analysis_of_new_family_structures_as_enhancing_contexts_of_children%27s_psychological_development/links/0deec51e422bc20078000000.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm1AC5H8rlgSxCczXnQ8LqiY-QEHKA&nossl=1&oi=scholar&ei=cDXvVIGOBNDooASxwYLYBg&sqi=2&ved=0CBoQgAMoADAA

Atri. (2006). Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. En C. González, & S. González (2008). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6 (15), 2-7.

- Ballester, R., & Guirado, M. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15(4), 556-5562. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715408>
- Bandura, A. (1989). A social cognitive theory of action. En D. E. Papalia, R. Feldman, & G. Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª. ed.). México: McGraw Hill
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. En D. E. Papalia, S. Wendkos, & R. Feldman (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. (9ª. ed.). México: McGraw Hill
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. En V. Mestre, P. Samper, A. M. Tur, & I. Díez (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (4), 691-703. Recuperado de <https://docs.google.com/file/d/0BwdfewX9cYLjb0NOYk9weXINaWc/edit?pli=1>
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. En D. E. Papalia, R. Feldman, & G. Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª. ed.). México: McGraw Hill
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. En D. E. Papalia, R. Feldman, & G. Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª. ed.). México: McGraw Hill
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. En L. P. Navarrete & C. Ossa (2013). Estilos parentales y calidad de vida familiar en adolescentes con conductas disruptivas. *Ciencias Psicológicas*, 7 (1), 47-56. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n1/v7n1a05.pdf>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55 (1), 83-96. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/1129836?seq=1#page_scan_tab_contents

- Bennett, L. (1988). The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health. *Food and Nutrition Bulletin*, 10 (3), 16-26.
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (1), 205–217. doi: 10.1007/s10865-012-9478-1.
- Berge, J. M. Wall, M., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46 (4), 331-338. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.004
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 893-907.
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2010). The role of parenting in the relationship between childhood eating problems and broader behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 37 (5), 642-648. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01229.x
- Block, J. H. (1981). The Child Rearing Practices Report (CRPR): a set of items for the description of parental socialization attitudes and values. En M. Pichardo, F. Justicia, & M. Fernández (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 37-48. Recuperado de http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS13-3.pdf
- Bowen, M. (1991). De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el Sistema familiar. En I. Luna, S. Portela, & C. Rojas (2003). *Exploración y reflexiones acerca de los procesos emocionales relacionales de la propia familia de origen, vinculadas a la formación del terapeuta, desde la teoría de*

los sistemas naturales de Murray Bowen: un estudio de casos mediante la utilización de diagramas familiares o genogramas. (Tesis de licenciatura). Universidad de Chile, Chile.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531. Recuperado de <http://cac.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201977.pdf>

Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). The dieting maestrom. Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychology*, 49, 781-791.

Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. En A. Hernández (2006). *Factores de riesgo en la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D.F.

Calvo, R., Puente, R., & Vilariño, P. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria: Cómo actuar desde la familia.* Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGUIA12-TRASTORNOS+CONDUCTA+ALIMENTARIA-WEB.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220685084531&ssbinary=true>

Cance, J. D., Loukas, A., & Talley, A. E. (2015). The differential associations of internalizing symptoms and family and school relationships with disordered eating attitudes among early adolescents. *Journal of Social & Personal Relationships*, 32 (1), 41-56. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=94e300b8-ff98-4747-9f20-27499b4ab678%40sessionmgr4004&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=100515361&db=a9h>

- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding. The contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology, 64* (6), 703-716. doi: 10.1002/jclp.20482
- Castillo, A. D (2005). *Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/pdtestdf/0341013/Index.html>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Chávez, I. M. (2011). *Tendencias 2007-2010 de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman D., & Rodin, G. M. (2012). Depression, disturbed eating behavior, and metabolic control in teenage girls with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes, 14* (5), 372-376. doi: 10.1111/pedi.12016
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., Ryddal, A., & Rodin, G. M. (2004). Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: A case-controlled study. *Diabetes Care, 27* (7), 1654-1659. doi: 10.2337/diacare.27.7.1654
- Cooper, J., Tylor, J., Cooper, Z., & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485-494.

- Cooper, M., & Burrows, A. (2001). Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 143-149.
- Córdova, J. A., Barrigüete, J. A., Radilla, C. C., Bourges, H., Arakelian, A., Aldunate, L., Cervantes, G., Valencia, C., & Sánchez, J. M. (2010). *Prevención y detección de trastornos de la conducta alimentaria desde el contexto escolar*. Recuperado de http://sep.gob.mx/work/appsite/basica/tca_5_pasos.pdf
- Cornia, G., Jolly, R., & Stewart, F. (1987). *Ajuste con rostro humano: protección de los grupos vulnerables y promoción del crecimiento*. España: Siglo XXI Editores. Recuperado de http://www.izt.uam.mx/economiatyp/numeros/numeros/primera_epoca/14/articulos_pdf/14_9_Ajuste_rostro%20humano.pdf
- Costa-Ball, D., González-Tornaría, M., Masjuan, N., Trápaga, M., del Arca, D., Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar –FACES IV-: Proceso de adaptación en Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3 (1), 43-56. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v3n1/v3n1a05.pdf>
- Crisp, A. H. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: A study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 67-78.
- Cruz, R. M., Ávila, M. L., Cortés, M. C., Vázquez, R., & Mancilla-Díaz, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18 (2), 189-198. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/661/1160>
- Cruzat, A. (2007). Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y las organizaciones. *Medwave*, 7 (10), doi 10.5867/medwave.2007.10.934.

- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*, 17 (1), 81-90. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100008
- Culbert, K. M., Burt, S. A., McGee, M., Iacono, W. C., & Klump, K. L. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4), 788-796. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782672/>
- Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 608-613.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496. Recuperado de <http://www.oberlin.edu/faculty/ndarling/lab/psychbull.pdf>
- De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, (5), 439-456. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379927>
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., & Rossi, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology*, 36, 239-246.
- De Sousa, L., Marcele, F., & Caputo, M. E. (2013). Risk behaviors for eating disorder: factors associated in adolescent students. *Trends Psychiatry Psychother*, 35 (4), 279-286. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n4/2237-6089-trends-35-04-00279.pdf>
- Dixon, R. S., Gill, J. M., & Adair, V. A. (2003). Exploring paternal influences on the dieting behaviors of adolescent girls. *Eating Disorders*, 11 (1), 39-50. doi: 10.1080/10640260390167474.

- Douglas Mental Health University Institute. (2013). *Eating Disorders: causes and symptoms*. Recuperado de <http://www.douglas.qc.ca/info/eating-disorders-causes-symptoms>
- Eguiluz, L. L. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=qY2ngOIP88gC&printsec=frontcover&dq=Din%C3%A1mica+de+la+Familia.+Un+Enfoque+Psicol%C3%B3gico+Sist%C3%A9mico.&hl=es&sa=X&ei=QLLuVJvhCsqQyAS694L4AQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Din%C3%A1mica%20de%20la%20Familia.%20Un%20Enfoque%20Psicol%C3%B3gico%20Sist%C3%A9mico.&f=false>
- Eraso, J., Bravo, Y., & Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popoyán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría*, 41 (3), 23-40. Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatrica/vp-413/creencias_actitudes_practicas/
- Escoto Ponce de León, M. C., & Camacho-Ruiz, E. J. (2008). Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 99-106.
- Espina, A., Ochoa de Alda, I., & Ortego, M. A. (2007). *Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Gikuspoa*. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/9-adolescentes%20salud%20y%20pautas%20de%20crianza.pdf>
- Everri, M., Mancini, T., & Fruggeri, L. (2014). Family Functioning, Parental Monitoring and Adolescent Familiar Responsibility in Middle and Late Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (8), 3058-3066
Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=29&sid=f916986b-79f5-456b-b482->

ec5dcc9acb8c%40sessionmgr4001&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=109308361&db=a9h

Fairlie, A., & Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. *Revista de Investigación en Psicología*, 1 (2), 41-74.

Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders. (2012). *Eating disorders in international schools*. Recuperado de <http://feasted.org/Resources/ArticlesforFEAST/EatingDisordersinInternationalSchools.aspx>

Fernandes, R., Carmo, M., & Jiménez, S. A. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019248009>

Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200005

Figuroa, J. A. (2014). *Conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal e influencia de los medios sobre el modelo estético corporal, en eso escolares de una primaria publica de Pachuca de Soto, Hidalgo* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

Fine, M., & Fincham, F. (2013). *Handbook of family theories: a content-based approach*. New York: Routledge.

Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32, 405- 419.

Flores, M. M., Cortés, M. L., & Góngora E. A. (2009). Desarrollo y validación de la escala de percepción de prácticas parentales de crianza para niños en una

muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2 (28), 45-66. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R28/r283.pdf

Forman-Hoffman, V. L., & Cunningham, C. L. (2008). Geographical clustering of eating disordered behaviors in U.S. high school students. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 209-214. Doi: 10.1002/eat.20491

Franco, K., Álvarez-Rayón, G. L., & Ramírez, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 148-164. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200009

Gable, S., & Lutz, S. (2000). Household, parent and child contribution to childhood obesity. En M. Parrao, P. Andrade, & D. Betancourt, D. (2013). Los padres como modelos y controles de la conducta de alimentación de los jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16 (1), 79-93. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/802/80230114005/>

García, A. (2007). *Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca, Hidalgo* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. C. y Arcila-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45 (3), 206-210. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2003/numero%203/v45n3_validezinterna.pdf

- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., & Reyes-Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 133-141. doi: 10.14718/ACP.2014.17.2.14
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2 (22), 91-110. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R22/R225.pdf
- Garner, D. M. (1991). Eating disorder inventory-2. Professional manual. En T. J. Saucedo-Molina, & R. M. E. Guzmán (2010). Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar factores de riesgo, asociados a trastornos alimentarios en púberes: resultados preliminares. *Medición en psicología del individuo a la interacción* (pp. 41-76). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors development of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656. Recuperado de <http://www.eat-26.com/Docs/Garner-Sociocultural-Factors-1980.pdf>
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Olmsted, M. P. (1983). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. En R. C. León (2010). *Modelos de Prevención de Trastorno de la Conducta Alimentaria: Técnicas Asertivas/Habilidades Sociales y Psicoeducativas* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polvy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34.
- Garrote, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de secundaria de Granada* (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2341/1/18032217.pdf>

- Gasca, G. F. (2015). *La relación entre la satisfacción marital, el funcionamiento familiar y el manejo de conflicto en el vínculo de pareja* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Gaxiola, J., Frías, M., Cuamba, N., Franco, J., & Olivas, L. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (1), 115-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211108>
- Gerard, A. (1994). Parent-Child Relationship Inventory: Manual. En L. Roa, & V. Del Barrio (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 329-341. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533307>
- Gómez-Peresmitré, G., León, R. C., Platas, R. S., Lechuga, M., Cruz, D., & Hernández, A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación: Formatos de prevención selectiva en trastornos de conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 4 (1), 23-30. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a3.pdf>
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario, y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal: ¿qué es más importante: “sentirse atractivo” o “ser atractivo”? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G., & Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. En R. S. Platas (2014). *Modelos de factores protectores y de riesgo para los problemas del peso corporal en escolares de primaria* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Gómez-Peresmitré, G., & Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6 (2), 10-12

- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. I. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11 (1), 91-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26411107.pdf>
- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179 (3), 236-242. doi: 10.1192/bjp.179.3.236
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualización of current points of view. *Developmental Psychology*, 30, 4-19.
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J., & Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211.
- Guerrero, N., & Márquez, M. V. (2011). *Prácticas de crianza en madres de preadolescentes y adolescentes obesos y su relación con conductas alimentarias de riesgo en escuelas públicas de Pachuca de Soto* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., & Ferrer, M. (2006). Esquizotipia en familias de pacientes con esquizofrenia en una muestra latinoamericana. *Psicothema*, 18 (3), 433-438. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3234.pdf>
- Guzmán, R. M. E. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Haak, P. H. (1985). Algunas reflexiones sobre el movimiento de la terapia familiar. En C. Peñalva (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. *Salud Mental*, 24 (2), 32-42.

- Haycraft E., & Blissett, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54 (1), 221-224. doi: 10.1016/j.appet.2009.11.009
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Stormer, S. (1995). Development and validation of The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 81-89.
- Henry, C. S., Robinson, L. C., Neal, R. A., & Huey, E. L. (2006). Adolescent perceptions of overall family system functioning and parental behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 319-329. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f916986b-79f5-456b-b482-ec5dcc9acb8c%40sessionmgr4001&vid=31&hid=4201>
- Hernández-Escalante, V. M., & Laviada-Molina, H. A. (2014). Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Biomédica*, 25 (1), 17-21. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio141c.pdf>
- Herrera, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13 (6), 591-595. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000600013&script=sci_arttext
- Hoffman, M. L. (1990). Empathy and justice motivation. En V. Mestre, A. M. Tur, P. Samper, M. J. Nácher, & M. T. Cortés (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 211-225. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342007000200001&script=sci_arttext&tlng=es
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34 (1), 29-43. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=25&sid=94e300b8-ff98-4747-9f20->

27499b4ab678%40sessionmgr4004&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=94029032&db=a9h

Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez-Garibay, E. M., & Celis, A. J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9 (1). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/ensayos/alteraciones.htm>

Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) Resultados por entidad federativa Hidalgo*. México: INSP-SSa

Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición resultados nacionales (ENSANUT 2012)*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Isaza, L., & Henao, G. C. (2011). Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 14 (1), 19-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79822602003.pdf>

Izzedin B. R., & Pachajoa L. A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza...ayer y hoy. *Liberabit*, 15 (2) ,109-115. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a05v15n2.pdf>

Jackson, D. (1965). The study of the family. En F. Nápoles-Rodríguez, A. Cevallos-González, E. Sánchez-Talamantes, J. L. González-Rico, E. Romero-Velarde, & E. M. Vázquez-Garibay (2005). Grado de correlación en la percepción de la dinámica familiar entre ambos padres de preescolares que acuden a Guarderías del DIF Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62, 177-188. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053d.pdf>

Jáuregui, I., Romero, J., Bolaños, P., Montes, C., Díaz, R., Montaña, M. T., Morales, M. T., León, P., Martín, L. A., Justo, I., & Vargas, N. (2009).

Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (5), 568-573. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n5/original7.pdf>

Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010) Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20 (3), 1-19. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00656.x

Johnson, C., Crosby, R., Engel, S., Mitchell, J., Powers, P., Wittrock, D., ... Wonderlich, S. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors*, 5 (2), 147-156. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.01.004

Keca, J., & Cook-Cottone, C. (2005). *Eating disorders: Prevention is worth every ounce*. Recuperado de <http://www.nasponline.org/resources/principals/Eating%20Disorders%20WEB.pdf>

Keel, P.K., Heatherton, T. F., Hamden, J. L., & Hornig, C. D. (1997). Mothers, fathers, and daughters: Dieting and disordered eating. En J. M. Berge, M. Wall, N. Larson, M. E. Eisenberg, K. A. Loth, & D. Neumark-Sztainer (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (1), 205–217. doi: 10.1007/s10865-012-9478-1.

Klump, K. L., Perkins, A. B., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 64 (12), 1409-1415. Recuperado de <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482517>

Lattimore, P. J., & Butterworth, M. (1999). A test of the structural model of initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 46

- (3). 295-299. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399998001056>
- Lavee, Y., McCubbin, H., & Patterson, J. (1985). The double ABCX model of family stress and adaptation. An empirical test by analysis of structural equations and latent variables. *Journal of Marriage and the family*, 42 (4), 811- 825.
- Leija, M., Saucedo, J. M., & Ulloa, R. E. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, 34 (3), 203-210. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220785001>
- León, R. C., Gómez-Peresmitré, G., & Platas, R. S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud mental*, 31 (6), 447-452. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212099004>
- Levenson, J. L. (2011). *Textbook of psychosomatic medicine: Psychiatric care of the medically ill*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=AVdmjEr9CGMC&pg=PA507&dq=Disturbed+eating+behaviors&hl=es&sa=X&ei=cBTmVJrnHI2gyATruoHoCA&ved=0CEkQ6AEwBQ#v=onepage&q=Disturbed%20eating%20behaviors&f=false>
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1990). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: the example of early adolescence. En R. C. León (2010). *Modelos de Prevención de Trastorno de la Conducta Alimentaria: Técnicas Asertivas/Habilidades Sociales y Psicoeducativas*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1998). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken & G. Noordenbos, (Eds). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 50-52). España: Granica.

- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Lock, J. (2004). Family approaches for anorexia nervosa and bulimia nervosa. En I. Jáuregui, P. Bolaños, & O. Garrido (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18 (8), 728-735. doi 10.1111/j.1365-2850.2011. 01723.x
- López, O. (1998). Las nuevas tipologías familiares y sus implicaciones en el espacio familiar y social. En M. V. Builes, & M. Bedoya (2008). *La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (3), 344-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n3/v37n3a05.pdf>
- López, R. M. (2000). Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo. En I. Martínez (2014). *Estilo de crianza materno percibido por madre e hijo y la construcción de identidad de género en familias monoparentales* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México, D.F.
- Lora-Cortez, C. I., & Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=81&IDARTICULO=13973&IDPUBLICACION=1443>
- Loth, K. A, MacLehose, R. F, Fulkerson, J. A, Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Are food-restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent Disordered Eating Behaviors? *International Journal of Eating Disorders*, 47 (3), 310-314. doi: 10.1002/eat.22189
- Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana Salud Pública*, 31 (4), 332-337.

- Lyford-Pyke, A. (1997). Ternura y firmeza con los hijos. En L. P. Navarrete (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula* (Tesis de maestría). Universidad del Bio Bio. Chillan, Chile.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14 (4), 497-499. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=94e300b8-ff98-4747-9f20-27499b4ab678%40sessionmgr4004&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=91726783&db=a9h>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En D. E. Papalia, R. Feldman, & G. Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. (12^a. ed.). México: McGraw Hill
- Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine*, 6 (3), 49. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435625/>
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22 (2), 165- 178. Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Juliet a_Marmo.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Juliet_a_Marmo.pdf)
- Márquez-Caraveo, M. E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar, J., Pérez-Barrón, V., & Reyes-Sandoval, M. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I ¿Mis memorias de crianza? como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 30 (2),

58-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230208>

Martínez, M., & García, M. C. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 169-178. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323982009>

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 317-338.

Mateos, M. (2012). *La familia y los trastornos de la conducta alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo* (Tesis de doctorado). Universidad de Burgos, España.

McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. En J. A. Vera, P. Barrientos, M. F. Hurtado, L. Coyotzi (2010). Análisis Psicométrico del Modelo Doble ABCX en padres y madres con hijos con discapacidad intelectual. *Revista Psicología e Saúde*, 2 (2), 12-20. Recuperado de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2010/167.pdf>

Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Mediagraphic Artemisa*, 65, 579-592. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>

Mendoza-Solís, L. A., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H. F., & Pérez-Hernández, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (1), 27-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780104>

Meneses, M., Guzmán, R. M. E., & Platas, R. S. (2015). Programa de autoeficacia en actividad física y asertividad para prevenir conductas alimentarias de

riesgo en escolares hidalguenses de primaria pública y privada. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud*, 4 (7).

Merino, M. J. (1996). Vinculación parento-filial y desarrollo de la psicopatología en la edad adulta. En J. P. Méndez, V. Vázquez-Velázquez, & E. García-García (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Mediagraphic Artemisa*, 65, 579-592. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>

Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assesment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f30ef992-c023-4e26-bb7c-cf4c1d35a4b7%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4109>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado05/prevencion.html

Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar. En C. Peñalva (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. *Salud Mental*, 24 (2), 32-42.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. España: PAIDÓS

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomaticfamilies: anorexia nervosa in context. En A. I. Cunha, A. P. Relvas, & I. Soares (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 229-240. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-319.pdf

Mohammadi, M., & Zarafshan, H. (2014). Family function, parenting style and broader autism phenotype as predicting factors of psychological adjustment

in typically developing siblings of children with autism spectrum disorders. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9 (2). 55-63. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b206a0f-6e80-4f33-927a-7a53f355e257%40sessionmgr114&vid=24&hid=107>

Moore, S. W. (2011). *Griffith's instructions for patients*. Recuperado de <http://www.expertconsultbook.com/expertconsult/ob/book.do?method=display&type=bookPage&decorator=none&eid=4-u1.0-B978-1-4377-0909-4..50013-0--cesec5000685&isbn=978-1-4377-0909-4#lpState=open&lpTab=contentsTab&content=4-u1.0-B978-1-4377-0909-4..50013-0--cesec91%3Bfrom%3Dtoc%3Btype%3DbookPage%3Bisbn%3D978-1-4377-0909-4&search=none>

Moos, R., & Moos, B. (2002). A social Climate Scale: Family Environment Scale. En K. Charalampous, C. Kokkinos, & G. Panayiotou (2013). The family environment scale: Resolving psychometric problems through an examination of a Greek translation. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 3 (2), 81-99. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Constantinos_Kokkinos/publication/236156050_The_Family_Environment_Scale_Resolving_Psychometric_Problems_through_an_examination_of_a_Greek_translation/links/004635167d32fa96b0000000.pdf

Morrison, J. (2008). *DSM-IV: Guía para el diagnóstico clínico*. México: El Manual Moderno.

Mujtaba, T., & Furnham, A. (2001). A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 24-35.

Musitu, G., & Soledad-Lila, M. (1993). Estilos de socialización e intensidad de la comunicación en las relaciones padres-hijos. En M. A. Ramírez (2005). *Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza*. *Estudios*

pedagógicos, 31 (2), 167-177. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci_arttext

Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body image attitudes. What difference does it gender make? *Journal of Applied Psychology*, 27, 1438- 1452.

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (2015). *Eating disorders statistics*. Recuperado de <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

National Centre for Eating Disorders. (2012). *The effects of under-eating*. Recuperado de <http://eating-disorders.org.uk/information/the-effects-of-under-eating/>

National Eating Disorders Association. (2015). *Factors that may contribute to eating disorders*. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/factors-may-contribute-eating-disorders>

National Eating Disorders Association. (2015). *Get the facts on eating disorders*. Recuperado de 2015, de <http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>

Navarrete, L. P. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula* (Tesis de maestría). Universidad del Bio. Chillan, Chile.

Nuño-Gutiérrez, B.L., Celis-de la Rosa, A., & Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61, 286-293. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2009/nn094e.pdf>

Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. En M. B. Altamirano, B. Vizmanos, & C. Unikel-Santoncini (2011). Continuo de

- conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 30 (5), 401-407. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a01.pdf>
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. En R. C. León (2010). *Modelos de Prevención de Trastorno de la Conducta Alimentaria: Técnicas Asertivas/Habilidades Sociales y Psicoeducativas*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Ochoa, L., Dufoo, S., & De León, C. S. (2008). Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, 12 (1), 46-54. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf>
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=P7iMuHOWoF4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. En M. Fernández, N. Masjuan, D. Costa-Ball, & C. Cracco (2015). *Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo*. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200005
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model. Validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3 (1), 64-80.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18 (1), 3-28.

- Organización Mundial de la Salud. (1998). La atención primaria de la salud: más necesaria que nunca. En V. Julio, M. Vacarezza, C. Álvarez, & A. Sosa (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Sección 16: Diureticos*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/20.html#Js5422s.20>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Ortega, R. (1994). Influencia de los estilos de crianza maternos en el autoconcepto del niño. En I. Martínez (2014). *Estilo de crianza materno percibido por madre e hijo y la construcción de identidad de género en familias monoparentales* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México, D.F.
- Ossa, C., Navarrete, L. P., & Jiménez, A. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación y Desarrollo*, 22 (1), 19-37. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewFile/5144/4048>
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida* (Disertación doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Papalia, D. E., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12^a. ed.). México: McGraw Hill
- Patrick, H., & Nicklas, T. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24 (2), 83-92. Recuperado de [http://cgcoc.org/file/Patrick%20\(2005\).pdf](http://cgcoc.org/file/Patrick%20(2005).pdf)

- Pavana, M. (2012). *Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de secundaria y prácticas de crianza y alimentación de sus madres, en Pachuca de Soto Hidalgo* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.
- Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. *Salud Mental, 24* (2), 32-42.
- Pender, N. J., & Farchaus, K. (2002). Social support, the self-system and adolescent health and health behaviors. En L. L. Hayman, M. M. Mahon & J. R. Turner (Eds.), *Health and Behavior in Childhood and Adolescence*. (pp. 37-69). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., & Raich, R. M. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire and norms for rural and urban adolescent males and females in México. *PLoS ONE, 8* (12). doi: 10.1371/journal.pone.0083245
- Pinto, F., Livia, J., Zegarra, V., Ortíz, M., Camacho, O., & Isidoro, J. (2004). Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. En G. F. Gasca (2015). *La relación entre la satisfacción marital, el funcionamiento familiar y el manejo de conflicto en el vínculo de pareja* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Pisetsky, E. M., Chao, Y. M., Dierker, L. C., May, A. M., & Striegel-Moore, R. H. (2008). Disordered eating and substance in high-school students: Results from the youth risk behavior Surveillance system. *International Journal of Eating Disorders, 41* (5), 464-470. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=bd818790-4b9b-4298-9300-fff43caefc61%40sessionmgr113&hid=110>
- Platas, R. S., & Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud, 23* (2),

251-259. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Romana%20Silvia%20Platas%20Acevedo.pdf>

Portela, M. L., Da Costa Ribeiro, H., Mora, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008

Price, S., Price, C. H., & McKenry, P. (2010). Families and change. Coping with stressful events and transitions. En J. A. Vera, P. Barrientos, M. F. Hurtado, L. Coyotzi (2010). Análisis Psicométrico del Modelo Doble ABCX en padres y madres con hijos con discapacidad intelectual. *Revista Psicología e Saúde*, 2 (2), 12-20. Recuperado de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2010/167.pdf>

Pyle, R. L., Mitchell, J. E. & Eckert, E. D. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. En E. Stice (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848. Recuperado de [http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Stice%20\(2002\).pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/$FILE/Stice%20(2002).pdf)

Quezada, J. C. (2015). *Estilos de crianza en familias nucleares con hijos únicos*. (Tesis de maestría). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22286/1/tesis.pdf>

Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 11 (1), 53-63. doi: 10.1111/jhn.12060associated psychographic

Ramírez, L. E., & Rangel, A. I. (2011). *Funcionamiento familiar y calidad de vida en la hipertensión arterial relación con el síntoma familiar* (Tesis de licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, Morelia, Michoacán.

- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos*, 31 (2), 167-177. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci_arttext
- Ramírez, M. A. (2007). Los padres y los hijos: variables de riesgo. *Educación y Educadores*, 10 (1), 27-37. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v10n1/v10n1a03.pdf>
- Raya, A. F., Herreruzo, J., & Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza y su relación con la hiperactividad. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 20 (4), 691-696. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720428>
- Rhee, K., Dickstein, S., Jellalian, E., Boutelle, K., Seifer, R., & Wing, R. (2015). Development of the general Parenting Observational Scale to assess parenting during family meals. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1-15. doi: 10.1186/s1266-015-0207-3
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- Robinson, C. C., Mandelco, B., Frost, O. S., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices. *Development of a new measure. Psychological Reports*, 77, 819-830.
- Rodrigo, M. J., & Palacios, J. (1998). Familia y desarrollo humano. En M. A. Ramírez (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos*, 31 (2), 167-177. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci_arttext
- Rolland, J. (2000). Familia, enfermedad y discapacidad. En M. V. Builes, & M. Bedoya (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud

mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (3), 344-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n3/v37n3a05.pdf>

Ruiz-Martínez, A. O. (2010). *Factores de riesgo y protección en familias de personas con trastorno de la conducta alimentaria* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-445. Recuperado de <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.javeriana.edu.co%2Findex.php%2FrevPsycho%2Farticle%2Fdownload%2F804%2F463&ei=o0fvVNGcD4OvogS6rYGwCg&usq=AFQjCNEO0zk1fkkb5viQFbkMvJCQZCXT8A&sig2=EpgSVAiC-JT2hncgxY5adg&bvm=bv.86956481,d.cGU>

Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., Viladrich, C., & Halley-Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S200715231371992X/1-s2.0-S200715231371992X-main.pdf?_tid=1cd01380-f6ec-11e5-bdac-00000aacb361&acdnat=1459393146_d1d0a701431b4ddc9bc4abf815001806

Salazar, S., & Asociación Chilena Pro Naciones Unidas. (2006). *Estilos de crianza y cuidado infantil en Santiago de Chile*. Recuperado de <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/3026.pdf>

Sampei, M. A., Sigulem, D. M., Novo, N. F., Juliano, Y., & Colugnati, F. A. (2009). Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of Sao Paulo, Brazil. *Jornal de Pediatria*, 85 (2),

122-128.

Recuperado

de

http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n2/en_v85n2a07.pdf

Samper, P., Cortés, M. T., Mestre, V., Nácher, M. J., & Tur, A. M. (2006). Adaptación del child's report of parent behavior inventory a población española. *Psicothema*, 18 (2), 263-271. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3208>

Satir, V. (1986). Psicoterapia familiar conjunta. En En F. Nápoles-Rodríguez, A. Cevallos-González, E. Sánchez-Talamantes, J. L. González-Rico, E. Romero-Velarde, & E. M. Vásquez-Garibay (2005). Grado de correlación en la percepción de la dinámica familiar entre ambos padres de preescolares que acuden a Guarderías del DIF Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62, 177-188. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053d.pdf>

Saucedo-Molina, T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres, y sus madres* (Tesis de doctorado inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D.F.

Saucedo-Molina, T. J., & Guzmán, R. M. E. (2010). Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar factores de riesgo, asociados a trastornos alimentarios en púberes: resultados preliminares. *Medición en psicología del individuo a la interacción* (pp. 41-76). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Saucedo-Molina, T. J., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33 (1), 11-19. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000100002&script=sci_arttext

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Bethelot, G., Simon, S., Toussaint, J.F. (2011). Psychological

balance in high level athletes: Gender-based difference and sport-specific patterns. *PLoS One*, 6, 1-9. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0019007>

Schaumberg, K., Anderson, L. M., Reilly, E., & Anderson, D. A. (2014). Patterns of compensatory behaviors and disordered eating in college students. *Journal of American College Health*, 62. Doi: 10.1080/07448481.2014.930468

Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. En S. L. Zaitsoff, D. C. Fehon & C. M. Grilo (2009). Social competence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 219-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33712028002.pdf>

Selvini-Palazzoli, M. (1974). Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. En A. I. Cunha, A. P. Relvas, & I. Soares (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 229-240. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-319.pdf

Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the Intrapsychic to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer

Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 11 (4), 533-551. doi 10.1177/1359105306065015

Silva-Gutiérrez, C. (2006). *Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Silva-Gutiérrez, C., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de psicología*, 23

(2), 173-183. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649003>

Solano, M. (2006), Prevención primaria en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 4 (1). 336-347. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/prevencion_primaria_en_trastornos_de_conducta_alimentaria1.pdf

Solís-Cámara, P., & Díaz, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de Psicología*, 23 (2), 177-184. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/01-23_2.pdf

Soto, D. (2014). *Intervención psicoeducativa para prevenir factores psicosociales asociados a actitudes y conductas alimentarias no saludables en escolares de Pachuca* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

Steinberg, L., Lamborn, S., & Dornbusch, S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 30, 1266- 1281

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848. Recuperado de [http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Stice%20\(2002\).pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/$FILE/Stice%20(2002).pdf)

Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. En V.M. Quick & C. Byrd-Bredbenner (2013). Disturbed eating behaviours and characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 11 (1), 53-63. doi: 10.1111/jhn.12060associated psychographic

Stice, E. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological*

Bulletin, 132 (5), 667-691. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1876697>

Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15 (3), 340-363. doi 10.1521/jscp.1996.15.3.340

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *The American Dietetic Association*, 103 (2), 40-51.

Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 98-109.

Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: a developmental perspective. En C. Díaz De León (2013). *Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal de delgadez e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios de la Ciudad de México* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México: México, D.F.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. En E. Stice (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848. Recuperado de [http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Stice%20\(2002\).pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/$FILE/Stice%20(2002).pdf)

Strong, K. G., & Huon, G. F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3-4): 315-26. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9587876>

Super, C. M., & Harkness, S. (1986). The Developmental Niche. En W.J. Lonner & R. S. Malpass (Eds.), *Psychology and Culture*. (95-99). United States:

- Pearson. Recuperado de <http://eyewitness.utep.edu/3331/Lonner&Malpass1994%20Chap%2013.pdf>
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Yellowlees, A., Park, K., & Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 18 (1), 22-32. doi: 10.1002/erv.967
- Tabera, M. V., & Rodríguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=6wqUrgRJUUC&pg=PA5&dq=Intervenci%C3%B3n+con+Familias+y+Atenci%C3%B3n+a+menores&hl=es&sa=X&ei=pbbuVOSKF421yASFuYDoBQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Intervenci%C3%B3n%20con%20Familias%20y%20Atenci%C3%B3n%20a%20menores&f=false>
- Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: A study of the familiar factors influencing the onset and course of eating disorders. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 101 (5), 427-445. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10434760>
- Taylor, Z., Larsen-Rife, D., Conger, R., & Widaman, K. (2012). Familism, Interparental Conflict, and Parenting in Mexican-Origin Families: A Cultural-Contextual Framework. *Journal of Marriage and Family*, 74 (2), 312-327. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=bd2b6cac-593b-4f8c-b7fc-39b7ed989a94%40sessionmgr111&vid=0&hid=101&bdata=JnNpdGU9ZWhtvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=73490198&db=a9h>
- Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius P., & Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish young male twins

- study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 564-569. Recuperado de <http://ajcn.nutrition.org/content/81/3/564.full.pdf+html>
- Tiggerman, M., & Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children eating behaviour. *Appetite*, 39, 1-7.
- Toro, J. M., Salmero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. En D. Garrote (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de secundaria de Granada* (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2341/1/18032217.pdf>
- Turbin, M., Jessor, R., Costa, F., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: does social context matter? *Health Psychology*, 26 (4), 445-454. doi: 10.1037/0278-6133.25.4.445
- Unikel-Santoncini, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis de doctorado inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D.F.
- Unikel-Santoncini, C., & Caballero-Romo, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46 (6), 509-515. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>

- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (1), 15-27. Recuperado de <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2006/Cond.%20alimentarias%20de%20riesgo%20en%20pob.%20est.%202006.pdf>
- University of Queensland. (2015). *Eating disorders*. Recuperado de <http://www.uq.edu.au/student-services/counselling/eating-disorders>
- Upadhyah, A., Misra, R., Parchwani, D., & Maheria, P. (2014). Prevalence and risk factors for eating disorders in Indian adolescent females. *National Journal of Physiology, Pharmacy & Pharmacology*, 4 (2), 153-157. doi:10.5455/njppp.2014.4.041220131
- Uribe, M. T., Muñoz, C., & Restrepo, J. (2004). Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22 (2), 50-61.
- Uruk, A.C., & Demir, A. (2003). The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescents. *Journal of Psychology*, 137, 179-194.
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S., & Checure, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición*, 27 (3), 282-292. doi: 10.4067/S0717-75182010000300003
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22. Recuperado de <http://spereira.cl/Imagenes/familia.pdf>
- Valladares, A. (2008). La familia: una mirada desde la psicología. *Medisur*, 6 (1), 4-13.
- Vásquez, C. I. (2005). Las nuevas tipologías familiares y los malestares interrelacionales que se suscitan en ellas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (14). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194220381002.pdf>

- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4), 5136-5142. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Vázquez, V., & Reidl, L. M. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: Una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23 (1), 15-24. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/511/848>
- Vega, M. (2006). Estilos de crianza y sus efectos. Taller para padres. En C. Ossa, L. P. Navarrete, & A. Jiménez (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación y Desarrollo*, 22 (1), 19-37. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewFile/5144/4048>
- Vega, R. I., & Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22 (2), 225-234. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Roc%EDo%20lvonne%20de%20la%20Vega%20Morales.pdf>
- Vera, J. A., Montiel, M. M., Serrano, E., & Velasco, F. J. (1997). Objetivos de la crianza, desarrollo, estimulación y sistemas de enseñanza. *Psicología y salud*, 10, 27-35. Recuperado de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/1997/35.pdf>
- Vera, J. A., Peña, M., & Domínguez, S. (2001). Crianza, desarrollo y aprendizaje. *Tópicos de la Comunicación*. Recuperado de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2002/89.pdf>

- Vera, J. A., Velasco, A. F., & Morales, N. D. (2000). Estudio comparativo de familias urbanas y rurales: desarrollo y estimulación del niño. En N. Guerrero, & M. V. Márquez (2011). *Prácticas de crianza en madres de preadolescentes y adolescentes obesos y su relación con conductas alimentarias de riesgo en escuelas públicas de Pachuca de Soto* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.
- Vergara, C. B. (2002). *Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as* (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Colima, México.
- Vielma, J. (2002). Estilos de crianza en familias Andinas Venezolanas: Un estudio preliminar. *FERMENTUM*, 12 (33), 46-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70511244004>
- Weber, J. (2011). Individual and family stress and crises. En D. Estrada (2014). *Funcionamiento familiar y resiliencia: correlatos y diferencias*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 302-312.
- Wilksch, S.M., & Wade, T.D. (2009). An investigation of temperament endophenotype candidates for early emergence of the core cognitive component of eating disorders. *Psychological Medicine*, 39, 811-821. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/23219351_An_investigation_of_temperament_endophenotype_candidates_for_early_emergence_of_the_core_cognitive_component_of_eating_disorders
- Zaitsoff, S. L., Fehon, D. C., & Grilo, C. M. (2009). Social competence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 219-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33712028002.pdf>

Zeitlin, M., Ghassemi, H., & Mansour, M. (1990). Positive deviance in child nutrition. With emphasis on psychosocial and behavioral aspects and implications for development. *Molecular Nutrition & Food Research*, 35 (10), 1077- 1078. doi: 10.1002/food.19910351022.

Zicavo, N., Palma, C. & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 219-234. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v1>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

  <p>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo</p>	<p>Has sido elegido/a entre 25 mil estudiantes del Estado de Hidalgo para participar en un estudio, en el que pretendemos saber cómo están los niños y niñas de nuestro estado en cuanto a la manera en que se alimentan y cómo la relación que tienen con sus papás y hermanos les ayuda a llevar una vida más sana.</p>	<p>Yo _____ voluntariamente, autorizo a las alumnas de noveno semestre de la licenciatura en psicología para que mi hijo/a _____</p> <p>_____ conteste la encuesta acerca de sus hábitos alimenticios y funcionamiento familiar, comprometiéndome a recomendarle conteste con toda sinceridad.</p> <p>Asimismo, me comprometo a que en caso de que se solicite mi participación para contestar una encuesta relacionada con el estudio, lo haré siguiendo las indicaciones que se me especifiquen.</p> <p>Manifiesto que tengo conocimiento de que estos datos forman parte de una investigación que tiene como propósito conocer los factores relacionados con la conducta alimentaria en niños de 10 a 12 años de edad.</p> <p>Quedo en el entendido de que la participación en el estudio es completamente voluntaria y la información que se genere es confidencial, respetando la integridad física y moral de mi hijo/a.</p> <p>Responsables de estudio: Nelly Cruz Ramírez, Ma. Luisa Escamilla Gutiérrez, Rosa C. Ramírez Reséndiz, Brenda K. Ramos Hernández y Paola Torres Trejo.</p> <p>Nombre y firma de autorización del padre de familia.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
 <p>© 2011 Panacea</p>		
<p>Proyecto de investigación: Conductas Alimentarias de Riesgo, Funcionamiento Familiar y Estilos de Crianza</p>	<p>Informes</p> <p>María Luisa Escamilla Gutiérrez Alumna de 9º semestre de la licenciatura en psicología Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Psicología Camino a Tilcuautila S/N San Agustín Tlaxiaca. Teléfono: 7711983083 marilu.escamilla16@gmail.com</p>	
<p>¡¡Tu participación es súper importante!!</p>		

Anexo 2. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)

Versión Mujeres

En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

(1) Nunca	(2) A veces	(3) Frecuentemente	(4) Muy frecuentemente	(5) Siempre					
1. Soy de las que se atiborran de comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
2. Siento que tengo más hambre cuando me enojo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
3. Cuando estoy triste me da por comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
4. Siento que podría comer sin parar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
5. Pienso constantemente en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
6. Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
7. Cuando estoy aburrida me da por comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
8. No como aunque tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
9. Como sin control.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
10. Creo que el que es gordo(a) seguirá siendo así.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
11. Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
12. Siento que la comida me tranquiliza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
13. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
14. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
15. Me avergüenza comer tanto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
16. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
17. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
18. Me la paso "muriéndome de hambre".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
19. Me gusta sentir el estómago vacío.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
20. Me siento culpable cuando como.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
21. Ingiero comidas o bebidas libres de azúcares.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
22. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
23. Paso por periodos en los que como mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
24. Siento que no puedo parar de comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
25. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
26. Me sorprendo pensando en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
27. Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
28. Como lo que es bueno para mi salud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
29. Procuero mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
30. Procuero comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
31. Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				

Versión Hombres

En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

(1) Nunca	(2) A veces	(3) Frecuentemente	(4) Muy frecuentemente		(5) Siempre		
1. Siento que tengo más hambre cuando me enojo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
2. Pienso constantemente en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
3. Cuando estoy aburrido me da por comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
4. Siento que la comida me tranquiliza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
5. Siento que podría comer sin parar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
6. Soy de los que se atiborran de comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
7. Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
8. Me sorprendo pensando en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
9. Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
10. Creo que comer es como el comercial de "No puedes comer solo una".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
11. No como aunque tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
12. Creo que el que es gordo(a) seguirá siendo así.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
13. Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
14. Como sin control.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
15. Siento que no puedo parar de comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
16. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
17. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
18. Me siento culpable cuando como.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
19. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
20. Me avergüenza comer tanto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
21. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
22. Me la paso "muriéndome de hambre".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
23. Me gusta sentir le estómago vacío.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
24. Siempre que estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
25. Paso por periodos en los que como mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
26. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
27. Siento que como más que la mayoría de mis amigos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
28. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
29. Procuo mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
30. Como lo que es bueno para mi salud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
31. Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
32. Procuo comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		

Anexo 3. Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza en Niños (EPPCN)

En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una **X** en qué medida la afirmación “es cierta para ti” con respecto a las actividades que realiza tu **MAMÁ**, siendo las respuestas extremas “nunca es cierta” y “siempre es cierta”.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

¿Qué tanto es cierto?	1	2	3	4	5
1. Me dice que me quiere					
2. Se interesa por platicar conmigo					
3. Se impacienta al jugar conmigo					
4. Platica conmigo de lo que hago en el día					
5. Me explica cómo debo hacer la tarea					
6. Me motiva para que cumpla con mis tareas escolares					
7. Me castiga cuando no digo a donde voy					
8. Se impacienta al verme llorar sin motivo					
9. Se desespera cuando le hablo mucho					
10. Se enoja cuando expreso abiertamente mis sentimientos					
11. Me supervisa cuando hago la tarea					
12. Se impacienta cuando le digo mis problemas					
13. Se acerca a mí para conversar mis problemas					
14. Me enseña que es mi obligación contarle mis problemas					

15. Le gusta salir conmigo de paseo					
16. Me exige que visite a los parientes					
17. Me revisa mis tareas terminadas					
18. Muestra agrado cuando la abrazo					
19. Me exige que le platique lo que hago					
20. Habla de cualquier tema conmigo					
21. Me castiga cuando no quiero hacer la tarea					
22. Me dice lo que voy a hacer en casa					
23. Me abraza					
24. Me felicita cuando tengo buenas calificaciones					
25. Fija los horarios de mis actividades					
26. Me consuela cuando estoy triste					
27. Estudia conmigo en los exámenes					
28. Se esfuerza por dejar tiempo para compartir conmigo					
29. Me pega en la boca cuando la insulto					
30. Decide qué amigos debo de tener					
31. Me escucha cuando tengo un problema					
32. Me apoya para que cumpla mis tareas escolares					
33. Está al tanto de los temas que veo en la escuela					
34. Me sugiere que le cuente sobre mis cosas					
35. Me pega si me porto grosero con la gente					
36. Me pide que haga lo que ella dice					
37. Le gusta conversar conmigo					
38. Me castiga cuando no cumplo con mis obligaciones					
39. Le gusta que confíe en ella para conversar					
40. Deja que la bese					
41. Se molesta si la interrumpo cuando platica con alguien					

42. Deja que la abrace					
43. Me pega cuando no quiero hacer la tarea					
44. Se molesta cuando no hago mi tarea					
45. Se molesta al tener que cuidarme					
46. Se desespera cuando hago ruido en la casa					
47. Me pega porque dice que es una forma de disciplinarme					
48. Se interesa por conversar conmigo					
49. Me alienta a terminar la tarea					
50. Establece los horarios de entradas					
51. Se interesa por momentos de convivencia familiar					
52. Se molesta porque soy travieso o traviesa					
53. Muestra agrado cuando le digo que la quiero					
54. Me resuelve los problemas que tengo					
55. Me regaña cuando no la obedezco					
56. Se impacienta cuando le quito tiempo					
57. Me besa					
58. Me exige que ayude en la casa					
59. Me da jalones de oreja cuando me porto mal					

Anexo 4. Escala de Estilos de Crianza

A continuación se presentan una serie de enunciados acerca de la relación con los hijos. Lea cada enunciado con atención y por favor marque con una **X** el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos. Tenga en cuenta que las respuestas extremas son "Totalmente en desacuerdo" y "Totalmente de acuerdo".

Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1. Consiento a mis hijos cuando hacen lo correcto.	1	2	3	4	5	6
2. Permito que mis hijos interrumpen la plática de los demás.	1	2	3	4	5	6
3. Es complicado educar a mis hijos.	1	2	3	4	5	6
4. Me enojo cuando mis hijos me desobedecen.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil educar a mis hijos.	1	2	3	4	5	6
6. Castigo a mis hijos cuando me desobedecen.	1	2	3	4	5	6
7. Le doy regalos a mis hijos cuando hacen las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
8. Me entristece que mis hijos se porten mal.	1	2	3	4	5	6
9. Me molesta que mis hijos no hagan lo que les pido.	1	2	3	4	5	6
10. Para que mis hijos dejen de hacer berrinches, cedo a sus peticiones.	1	2	3	4	5	6
11. Dejo que mis hijos se acuesten a la hora que ellos quieren.	1	2	3	4	5	6
12. Si mi hijo tiene bajas calificaciones, lo castigo.	1	2	3	4	5	6
13. Les grito a mis hijos por su desobediencia.	1	2	3	4	5	6
14. Cuando mis hijos me obedecen juego con ellos.	1	2	3	4	5	6
15. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen.	1	2	3	4	5	6
16. Me frustra que mis hijos sean maleducados.	1	2	3	4	5	6
17. Salimos a pasear cuando mis hijos obedecen.	1	2	3	4	5	6
18. Se me dificulta que mis hijos sigan las reglas establecidas.	1	2	3	4	5	6
19. Cuando mis hijos me desobedecen, les pego.	1	2	3	4	5	6
20. Dejo que mis hijos hagan su tarea cuando ellos quieran.	1	2	3	4	5	6
21. Me desilusiona el mal comportamiento de mis hijos.	1	2	3	4	5	6
22. Permito que mis hijos hagan lo que quieran.	1	2	3	4	5	6
23. Castigo a mis hijos por no seguir las reglas establecidas.	1	2	3	4	5	6
24. A menudo olvido hacer cumplir las reglas que les pongo a mis hijos.	1	2	3	4	5	6

Anexo 5. Escala de Funcionamiento Familiar

Por favor contesta la pregunta, indicando con una X en qué medida la afirmación “es cierta” para ti, siendo las respuestas extremas “nunca” y “siempre”

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

¿Qué tan cierto es?	1	2	3	4	5
1. Comparto actividades e intereses con mi pareja					
2. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia					
3. Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo					
4. Disfruto mucho de las actividades que hago con mi familia					
5. Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente					
6. Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender cómo me siento					
7. Me siento valorado por mi pareja					
8. En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea					
9. En casa se respetan las decisiones que cada quien toma					
10. Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
11. Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas					
12. Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos					
13. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros					
14. En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea es mejor					
15. Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuáles son las consecuencias					
16. En mi familia está claro quien manda					
17. Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás					
18. Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente los resolvemos de manera rápida					
19. En mi familia hacemos actividades juntos					
20. En mi familia se anima a que seamos independientes					

21. Como pareja, somos cariñosos					
22. En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste					
23. En mi familia compartimos muchos intereses					
24. En nuestra familia todos tenemos responsabilidades					
25. Las normas familiares están bien claras					
26. La peleas con mi pareja llegan a la violencia física					
27. Si algo sale mal en casa, nos desquitamos con la misma persona					
28. Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes					
29. En mi familia somos ordenados					
30. Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos					
31. En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno					
32. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa					
33. Cuando un miembro de la familia tiene éxito los demás nos sentimos contentos					
34. En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo					
35. Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa					
36. En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas					
37. Las reglas familiares no se discuten, se cumplen					
38. En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado					
39. En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales					
40. En mi familia cada uno puede decir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa					
41. Ser puntual es importante para nosotros					
42. En casa podemos decir nuestras opiniones libremente					
43. En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita					
44. Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre					
45. Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia					

46. Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia					
--	--	--	--	--	--

¿Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realiza las siguientes actividades?	Papá	Mamá	Persona de sexo femenino	Persona de sexo masculino
47. Tomar las decisiones más importantes				
48. La comida				
49. Sostener económicamente a la familia				
50. Responder a algún miembro de la familia cuando comete alguna falta				
51. Revisar las tareas de los hijos				
52. Hablar con alguno de la familia cuando no llegue a la hora convenida				
53. Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (ej. un foco fundido, una silla rota, etc.)				
54. Enseñar hábitos higiénicos como: lavarse los dientes, las manos, bañarse o ir al baño a los pequeños, etc.				
55. Cuando alguien sale de la casa tiene que avisarle a:				
56. Qué miembro de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta				