



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

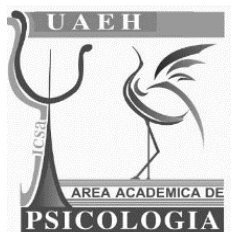
**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y
ESTILOS DE CRIANZA EN PREADOLESCENTES
DE PACHUCA, HIDALGO**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

**C. RAMÍREZ NELLY
RAMÍREZ RESÉNDIZ ROSA GUADALUPE**

DIRECTORA:

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA



Pachuca de Soto, Hidalgo, 2016



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

03 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 **NELLY CRUZ RAMÍREZ Y ROSA GUADALUPE RAMÍREZ RESÉNDIZ**, bajo la **modalidad de Tesis colectiva** cuyo título es: **“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y ESTILOS DE CRIANZA EN PREADOLESCENTES 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	
Dra. Angélica Romero Palencia	Segundo Vocal	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Tercer Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Secretario	
Mtra. Verónica Rodríguez Contreras	Suplente	
Mtra. Marianomeli Velázquez García	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

Agradecimientos

A nuestra alma Mater, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por los conocimientos, ética y profesionalismo en el campo de la psicología infundidos a través del Instituto de Ciencias de la Salud.

A la Directora de esta tesis, Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, por la asesoría en la realización de este trabajo. Gracias por su tiempo y por compartirnos sus conocimientos.

A los miembros del jurado, Dr. Arturo del Castillo Arreola, Dra. Angélica Romero Palencia, Dra. Flor de María Erari Gil Bernal, Dr. David Jiménez Rodríguez, Mtra. María Nomelí Velázquez García y Mtra. Verónica Rodríguez Contreras, por el tiempo dedicado al presente trabajo. Gracias por contribuir en nuestra formación profesional.

A la psicóloga Ofelia Gómez Rivas, autoridades del Colegio, padres de familia, alumnas y alumnos por permitirnos realizar este proyecto de investigación en su honorable institución.

Dedicatorias

A mi familia por su dedicación y esfuerzo, quienes me brindan su constante apoyo, fomentando en mí, responsabilidad y entereza.

A Lourdes, Felipe y Fátima las personas más importantes de mi vida, por sus palabras de aliento e impulso que me permitían dar mi mayor esfuerzo y entrega, así como su apoyo en momentos en que parecía mi ánimo.

A catedráticos y docentes que fomentaron el amor y pasión por mi profesión, infundiendo valores, actitudes, aptitudes y conocimientos relacionados con la labor del psicólogo y sus extensas posibilidades y escenarios de intervención.

A mis amigos y amigas, grandes seres humanos con quienes aprendí y de los que aprendí muchas cosas, disfrutando buenos y malos momentos, dentro y fuera del ámbito universitario, permitiéndome formar una visión amplia de conocimientos humanos, emocionales e intelectuales.

A Marilú, Nelly y Brenda, gran equipo de trabajo y amigas, quienes colaborando en conjunto por un bien común y utilizando lo mejor de cada una, para la realización de este proyecto, logramos edificar y consolidar con perseverancia, integridad, apoyo y responsabilidad un trabajo de investigación.

A mi compañera y amiga Nelly, por compartir conmigo el proceso y consolidación de un elemento importante en nuestro desarrollo profesional.

A mí, por mi fortaleza, dedicación, entereza y perseverancia en la parte que me concierne dentro de la construcción y unificación del presente proyecto, así como la dedicación y responsabilidad concebida durante mi licenciatura para la adquisición de conocimientos, valores y habilidades de un psicólogo.

Dedico esta tesis a todas estas personas que fueron parte importante dentro de mi desarrollo personal y profesional, quienes me permitieron aprender gran diversidad de conocimientos y comprender las diferentes perspectivas de la vida; por brindarme su apoyo, confianza, paciencia y tiempo.

Con respeto, cariño y admiración, Rosa Guadalupe

A quienes me han acompañado en el camino de la vida.

A mi padre y a mi madre, Francisco y Angela, por su amor y apoyo incondicional en el logro de mis metas.

A mi segundo padre, Marcelo, por brindarme un hogar adicional. Por las palabras de aliento y, por compartir conmigo las bendiciones del Cielo.

A mis hermanas y hermanos, Johana, Lizbeth, Samuel, Jonathan, Abraham, Ismerai y Leidy, por su amor, compañía, risas y locuras compartidas. La vida no puedo haberme prestado mejores hermanas(os).

A Ariel, por su amistad, por el apoyo emocional, escucha y comprensión.

A Lety, Maggy, Betty, Arely, Suly, Karla, Lalo, Rodrigo, Jaime, Rey, Uri y Miguel, por su amistad a pesar de la distancia. Al Dr. M.A.E.L. por ser fuente de inspiración.

A los "maigos", Geli, Uri y JM, por brindarme su amistad desde el inicio de la carrera universitaria, por todos los momentos que pasamos juntos.

A mis amigas y compañeras de trabajo, Marilú, Bren y Rosa Guadalupe, por su dedicación, compromiso y responsabilidad desde el inicio de este trabajo de investigación. Mejor equipo de trabajo no pude haber tenido.

A Rosa Guadalupe, por el tiempo y dedicación compartidos en el logro de esta meta.

A Alexia, por su amistad, por los momentos agradables desde que nos conocimos.

A H.J.G., por los buenos y malos momentos compartidos, por las lecciones de vida.

A quienes contribuyeron en mi formación académica, quienes compartieron conocimientos, que hoy día me han permitido llegar al lugar en el que estoy.

Con cariño, Nelly.

Índice

Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	XI
Capítulo 1. Conductas Alimentarias de Riesgo	13
Definición	13
Relación con los trastornos de la conducta alimentaria	13
Tipos	15
Atracones o episodios de ingestión excesiva	15
Seguimiento de dietas restringidas	15
Ayunos	15
Vómito autoinducido	16
Abuso de laxantes	16
Ejercicio excesivo	16
Epidemiología	16
Mundial	16
Nacional	17
Estatal	19
Síntomas	20
Factores de riesgo	21
Biológicos	21
Psicológicos	23
Sociales	24
Consecuencias	25
Biológicas	25
Psicosociales	26
Modelos	28
Modelo de las transiciones evolutivas	28
Modelo multicausal	28
Modelo de continuidad	30
Modelo de la discontinuidad	30

Modelo del desarrollo	30
Modelo del camino doble	31
Modelo estructural	31
Modelo de Strong y Huon	31
Modelo conceptual de Story, Neumarck-Sztainer y French	31
Modelo descriptivo-predictivo de Unikel-Santocini	32
Modelo predictivo de dieta restringida	32
Programas preventivos de TCA	33
Instrumentos de evaluación	37
Capítulo 2. Estilos de Crianza	42
Definición de estilos de crianza	42
Tipos de estilos de crianza	43
Teorías	45
Teoría de los estilos de crianza de Diana Baumrind	45
Teoría de los estilos de crianza de Eleanor Maccoby y John Martin	45
Teoría de los estilos de crianza de Lyford-Pyke	46
Modelos	46
Modelo de crianza de Abidin y Brunner	46
Modelo de determinantes de la crianza de Belsky	46
Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner	47
Modelo nicho de desarrollo de Super y Harkness	47
Modelo transaccional	47
Modelo de crianza de Webster-Stratton	47
Modelo de crecimiento y desarrollo de Zeitlin, Ghassemi y Mansour	48
Modelo de correlación de Vera, Velasco y Morales	48
Modelo de Vera, Peña y Domínguez	48
Propuestas	49
Propuesta de Lynn Bennet	49
Propuesta de Cornia, Jolly y Steward	49
Perspectivas	49
Perspectiva de Vera, Montiel, Serrano y Velasco	49
Instrumentos de evaluación	50

Relación entre Estilos de Crianza y Conductas Alimentarias de Riesgo	52
Capítulo 3. Planteamiento del Problema	55
Justificación	55
Pregunta de Investigación	56
Objetivo General	56
Objetivos Específicos	56
Hipótesis	57
Capítulo 4. Método	58
Definición de variables	58
Tipo de diseño y estudio	59
Muestra	59
Criterios de inclusión	61
Criterios de exclusión	61
Instrumentos utilizados en las variables evaluadas	61
Conductas alimentarias de riesgo	61
Estilos de crianza	61
Procedimiento	62
Capítulo 5. Resultados	63
Capítulo 6. Discusión y Conclusiones	71
Referencias	77
Anexos	98
<i>Anexo 1. Consentimiento Informado</i>	99
<i>Anexo 2. Encuesta de Datos Sociodemográficos</i>	100
<i>Anexo 3. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (mujeres)</i>	101
<i>Anexo 4. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (hombres)</i>	102
<i>Anexo 5. Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños</i>	103

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Factores componentes del modelo multicausal</i>	29
Tabla 2. <i>Definición conceptual y operacional de las variables de estudio</i>	58
Tabla 3. <i>Relación entre las conductas alimentarias de riesgo y los estilos de crianza en niñas y niños</i>	70

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la población por sexo.	59
<i>Figura 2.</i> Distribución de la población por grado escolar.	60
<i>Figura 3.</i> Distribución por edades.	60
<i>Figura 4.</i> Distribución porcentual de la variable Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica por diferencia de sexo	64
<i>Figura 5.</i> Distribución porcentual de la variable Dieta crónica restringida por diferencia de sexo	65
<i>Figura 6.</i> Distribución porcentual de la variable Conducta alimentaria compulsiva por diferencia de sexo.	66
<i>Figura 7.</i> Distribución porcentual de la variable Conducta alimentaria normal por diferencia de sexo	67
<i>Figura 8.</i> Medias obtenidas para la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza de la Madre: Diferencia por sexo	69

Resumen

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son prácticas anormales relacionadas con la adquisición de conductas que perjudican la salud, de no prevenirse pueden llevar a un trastorno de la conducta alimentaria (TCA); el estudio de la alteración de la conducta alimentaria y su correlación con otras variables permite conocer los factores que funcionan como agentes protectores o agentes de riesgo, esta información es fundamental para el desarrollo de programas preventivos de las CAR.

En el presente estudio se estableció como objetivo determinar la relación existente entre conductas alimentarias de riesgo y estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada de Pachuca de Soto, Hidalgo. Es un estudio transversal, no probabilístico, en una muestra $N=109$ de preadolescentes en un rango de edad de 9 a 12 años ($\bar{x}= 10.25$ años, $DE= 0.67$). Se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) y la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN). Se encontraron porcentajes relevantes en la muestra de niños respecto a las niñas que practican las CAR. Se encontraron relaciones significativas entre estilos de crianza autoritarios y CAR; así como, en afecto e interacción positiva con menor presencia de conducta alimentaria normal en niños.

Se discute sobre la relevancia de generar programas preventivos de CAR con la inclusión de las variables estudiadas.

Palabras clave: Conductas Alimentarias de Riesgo, Estilos de Crianza, Preadolescentes.

Abstract

The Risky Eating Behaviors (REB) are practices with abnormal behaviors associated with unhealthy eating habits that harm the health, if they are not prevented they can lead to an eating disorder; studies of the disturbance eating behavior and its correlation with others variables allows us to know the factors that act as protective agents or risk agents, this information is essential to design preventive programs for the risky eating behaviors.

In this research the objective is established to determine the existing relationship between the risky eating behaviors and parenting styles perceived by students of fifth and sixth grade from a private elementary school in Pachuca de Soto, Hidalgo. It is a cross-sectional study with non – random sample. In the sample N= 109 early-adolescents aged from 9 to 12 years (\bar{x} = 10.25 years, SD= 0.67). The data was collected through two instruments: Risky Factors Associated to Eating Disturbances Scale (RFAFDS-II) and Children Rearing Practices Perception Scale. The results showed important percentages in the sample of boys over girls practicing the risky eating behaviors. The studies found meaningful association among authoritarian parenting styles and the practice of risk behaviors for an eating disorder; there is also a significant correlation among the positive affection and positive interaction with less normal behaviors eating with the boys.

It is discussed about the importance of creating preventive programs for risky eating behaviors with the variables included in this study.

Key words: Risky Eating Behaviors, Parenting Styles, Early Adolescents.

Introducción

En el ámbito de la salud pública, uno de los problemas preocupantes por su prevalencia, son las complicaciones provocadas por la mala alimentación y/o las alteraciones de ésta, tales como el sobrepeso y obesidad, pero también los trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, problemas que han ido en incremento los últimos años y que no solo afecta, a quienes la padecen, en el aspecto físico, sino también en el mental. La sociedad actual, principalmente la occidental, ejerce cada vez más presión en las mujeres para lucir figuras delgadas y esbeltas, y en los hombres para obtener cuerpos musculosos, convirtiendo esto en el ideal a conseguir. Los reportes epidemiológicos hacen ver que los trastornos de la alimentación son una preocupación a nivel mundial, y que son los adolescentes los más afectados.

Los TCA se vinculan con las CAR, ya que los primeros son un conjunto de trastornos psiquiátricos entrelazados a una conducta alimentaria gravemente perturbada, así como una gama de rasgos psicológicos y síntomas (Colton, Olmsted, Daneman, Rydall, & Rodin, 2004). Las conductas alimentarias se ven influenciadas por factores de diversa naturaleza (biológicas, genéticas, psicológicas, sociales, culturales, familiares, escolares, medios de comunicación, percepción de la imagen corporal, etc.), que al interactuar entre sí pueden ocasionar la alteración de la conducta alimentaria desencadenando una patología (Toro & Vilardell, 1987).

Entre alguno de los muchos factores relacionados con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, el aprendizaje de comportamientos y conductas de los cuidadores (principalmente los progenitores) respecto a la alimentación, son un elemento principal puesto que los hijos adoptan las prácticas aprendidas de su entorno (Black & Creed-Kanashiro, 2012). Un ambiente social y familiar donde se enaltecen y privilegian los prototipos de delgadez representa un serio problema para los niños y niñas que se desarrollan en ese ámbito (Meléndez, Cañez, & Frías, 2010).

Por lo tanto, en la relación padres/madres-hijos(as), los conocimientos, actitudes y creencias que los padres tienen frente a la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social, el tipo de disciplina, el tono de la relación, el nivel de

comunicación y las formas que adopta la expresión de afecto, influyen en gran parte la identidad del hijo (Eraso, Bravo, & Delgado, 2006; Rodrigo & Palacios, 1998 como se citó en Ramírez, 2005).

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre las CAR y los estilos de crianza percibidos en preadolescentes de una escuela privada. Este estudio permite conocer el panorama de las CAR en esta etapa del desarrollo puesto que en el estado son muy pocas las investigaciones realizadas en el rango de edad estudiado en el presente trabajo.

El contenido del presente documento se desarrolla de la siguiente manera: el capítulo 1, aborda el problema de salud (las CAR), su definición, relación con los TCA, tipos de CAR, la epidemiología, síntomas, factores de riesgo, consecuencias, teorías explicativas del origen de las CAR, tratamientos e instrumentos de evaluación. En el capítulo 2, se revisa la variable de estilos de crianza, su definición, tipos de estilos de crianza, teorías, instrumentos de evaluación y, por último, la relación de los estilos de crianza con las CAR. El capítulo 3, incluye el planteamiento del problema, justificación, pregunta de investigación, objetivo general y específico e hipótesis. El capítulo 4, incluye la definición de variables, tipo de diseño y estudio, muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos utilizados para medir las variables del estudio y el procedimiento. Los resultados se describen en el capítulo 5, en el capítulo 6 se desarrolla la discusión y conclusiones, así como las sugerencias y limitaciones de la investigación y, finalmente se incluyen las referencias y anexo.

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 comprender la relación existente entre éstos y las CAR. Asimismo, se mencionan sus tipos, síntomas, teorías, tratamiento, factores de riesgo, consecuencias biopsicosociales y su epidemiología mundial, nacional y estatal.

Definición

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 (Saucedo-Molina, 2003 como se citó en Lora-Cortez & Saucedo-Molina, 2006), por lo tanto las CAR se refieren a la alteración de estas conductas, que incluyen: ayunos prolongados, seguimiento de dietas rigurosas, ingestión excesiva, abuso de laxantes y la realización desmesurada de ejercicio con la finalidad de mejorar su figura o perder peso (Saucedo-Molina & Unikel-Santocini, 2010).

Las CAR son conductas anormales asociadas con trastornos alimentarios que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Las conductas dietéticas, expectativas socioculturales, percepción de la imagen corporal y características psicológicas pueden influir en el desarrollo de éstas (Stice, 2002 como se citó en Quick & Byrd-Bredbenner, 2013; Striegel-Moore, 1997).

Las conductas de riesgo de los trastornos alimentarios son conductas nocivas para la salud que se desarrollan como un intento para perder o controlar el peso corporal (Jonhson et al., 2004 como se citó en De Sousa, Marcele, & Caputo, 2013; 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 (Schaal et al., 2011).

Relación con los trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA son definidos como alteraciones importantes de la conducta alimentaria, las principales son Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN), y Trastorno de atracones (TA), los dos primeros se caracterizan por la alteración de la autopercepción y la

constitución corporal, el ultimo, por la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere (American Psychiatric Association [APA], 2013).

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 inicio se pueden presentar conductas como la selección y restricción en la ingesta de alimentos, vómitos, uso-abuso de laxantes o diuréticos, hacer ayunos; en un principio 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).

A continuación se describen las características de AN, BN y TA: La AN se define por la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, pérdida de peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo y curso de desarrollo, miedo intenso a aumentar de peso o a engordar y distorsión de la imagen corporal; se divide en dos tipos: restrictivo y con atracones/purgas. La BN presenta episodios recurrentes de atracones (ingesta de cantidades excesivas de alimentos en un periodo de tiempo y sensación de falta de control sobre lo que se ingiere), conductas compensatorias para evitar el aumento de peso y alteración de la autoevaluación de la imagen corporal. En el TA se presentan episodios de sobreingesta como en la BN, sin embargo, no existen conductas compensatorias, pero sí, un malestar intenso respecto a los atracones (APA, 2013).

Los TCA se vinculan con las CAR ya que los primeros 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, Rydall, & Rodin, 2004).

Tipos

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-Santocini (2010) las CAR tienen como objetivo principal el bajar de peso y mejorar la silueta corporal. A continuación se describen los diferentes tipos de CAR:

Atracones o episodios de ingestión excesiva

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

Seguimiento de dietas restringidas

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

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 Pisetsky, Chao, Dierker, May y Striegel-Moore (2008) el ayuno fue la conducta alimentaria más común en una preparatoria de los Estados Unidos.

Vómito autoinducido

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

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

Ejercicio excesivo

El ejercicio con fines compensatorios es la principal conducta que se presenta en adolescentes (Hernández-Escalante & Laviada-Molina, 2014; Schaumberg et al., 2014).

Epidemiología

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 anorexia nerviosa 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.

De acuerdo a Medscape General Medicine (2004 en National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2009), la tasa de prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres de países de occidente oscila entre 0.1% a 5.7%, y la tasa de prevalencia de bulimia nerviosa 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 bulimia nerviosa 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 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 trastorno de la alimentación clínicamente significativo alguna vez en su vida (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón o un desorden de la alimentación del tipo no especificado). Smolak (2011 como se citó en National Eating Disorders Association, 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.

Nacional

En México, se estima que el 1.3% de adolescentes de 10 a 19 años de edad está en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, siendo más común en las mujeres. La principal conducta de riesgo en mujeres 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% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

De acuerdo con diversos autores (Unikel-Santocini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista, & Medina-Mora, 2006; Nuño-Gutiérrez et al., 2009; Unikel-Santocini & Saucedo-Molina, 2010 como se citó en Chávez, 2011) quienes 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 realizaba 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 & Ávila, 1998 como se citó en Guerrero & Márquez, 2011).

De acuerdo a Hernández-Escalante y Laviada-Molina (2014) en un estudio llevado a cabo 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 a la frecuencia de ejercicio excesivo como conducta compensatoria el porcentaje fue de 15.3%.

Unikel-Santocini et al. (2006) mencionan que 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. Es en la etapa de la adolescencia cuando, las y los adolescentes, se muestran más insatisfechos con su imagen, las mujeres buscan figuras más delgadas y los hombres un cuerpo musculoso.

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 (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.

Estatal

Respecto al Estado de Hidalgo, Saucedo-Molina y Unikel-Santocini (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 como se citó en Ríos, 2010) 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.

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 solo 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 evalúa a los participantes con riesgo y sin riesgo en las actitudes alimentarias reporta haber encontrado que del total de hombres solo el 25.33% está en riesgo y respecto a las mujeres solo 16.27% del total de ellas está en riesgo.

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

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 cardiacas, arritmias, falta de aliento y edemas

Según la Teoría del Continuo, propuesta por Nylander (1971 como se citó en Altamirano, Vizmanos, & Unikel-Santocini, 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 (Academy for Eating Disorders [AED], 2012).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es definido por la OMS (2016) como una circunstancia o situación que coloca al individuo en probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

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.

Según Wilksch y Wade (2009) han sido identificados diferentes genes que podrían explicar la influencia de estos en los TCA a través de la interacción de las variables ambientales con los cambios en los componentes genéticos. 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 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, Alexandra, McGue, & Iacono, 2007 como se citó en Portela, Da Costa Ribeiro, Mora, & Raich, 2012)

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 como se citó en Unikel-Santocini & Caballero, 2010).

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).

Psicológicos

Los factores psicológicos y rasgos de personalidad son importantes en el desarrollo de un TCA. Algunas factores 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 (APA, 2011; National Eating Disorders Association [NEDA], 2015).

Unikel-Santocini y Caballero (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 anorexia, 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 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).

Sociales

Cooper y Burrows (2001 como se citó en Silva-Gutiérrez & Sánchez-Sosa, 2006) 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; de igual manera aquellos aspectos relacionados con el peso, la figura y la comida se puede transmitir de padres a hijos, siendo 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 como se citó en Unikel-Santocini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista, Medina-Mora, 2006).

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; 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 como se citó en Unikel-Santocini et al., 2006) explican 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 con Unikel-Santocini 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, Gómez-Peresmitré y Platas (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 el autocontrol.

Consecuencias

Biológicas

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

Unikel-Santocini y Caballero (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 solo algunas de las consecuencias de los trastornos alimentarios.

Psicosociales

En diversos estudios (Douglas Mental Health University Institute, 2013; Jane, 2009 como se citó en 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

- Pánico a subir de peso
- Sentimientos de desesperanza e impotencia
- Aislamiento y retraimiento
- Pérdida del apetito sexual
- Dificultad para concentrarse
- Sentimiento de estar gordo
- Irritabilidad, problemas de sueño
- Preocupación por los alimentos y/o deterioro en habilidades intelectuales

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2004) señala 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 se encuentran baja autoestima y principales problemas psiquiátricos, incluyendo la depresión y el suicidio (Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2008; Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan, & Eisenberg, 2006; Stice Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000).

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; Shroff & Thompson, 2006). También se ha encontrado la presencia de aislamiento y ansiedad social en adultos y adolescentes con TCA (Bulik, Beidel, Duchmann, Weltzin, & Kaye, 1991; Schutz & Paxton, 2007; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993; Zonnevylle-Bender, Van Goozen, Cohen-Kettenis, Van Elburg, & Van Engeland, 2004 como se citó en Zaitsoff et al., 2009).

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 a los TCA. A continuación, se describen algunos de ellos:

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).

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), el modelo plantea que los TCA son resultado de una serie de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Ver Tabla 1), que interactúan entre sí de un modo específico para desencadenar una enfermedad.

Tabla 1.

Factores componentes del modelo multicausal

Factores Predisponentes	Factores Precipitantes	Factores Perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Edad 13-20 años • Sexo femenino • Trastorno afectivo • Introversión/inestabilidad • Sobrepeso en la pubertad y adolescencia • Nivel social medio/alto • Familiares con trastorno afectivo • Familiares con adicciones • Familiares con trastornos de la ingesta • Obesidad materna • Valores estéticos dominantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales • Separaciones y pérdidas • Rupturas conyugales del padre • Contactos sexuales • Incremento rápido de peso • Críticas sobre el cuerpo • Enfermedad adelgazante • Traumatismo desfigurador • Incremento en la actividad física • Acontecimientos vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la inanición • Interacción familiar • Aislamiento social • Cogniciones anoréxicas • Actividad física excesiva • Yatrogenia

Fuente: Toro y Vilardell (1987).

Modelo de continuidad

Este modelo coloca los principales síntomas de la anorexia nerviosa 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, 2006; Garner, Olmsted, & Garfinkel, 1983; Nylander, 1971 como se citó en León, 2010).

De acuerdo a este modelo, el continuo inicia con la dieta no patológica, le sigue un trastorno subclínico y finaliza con un trastorno alimenticio. 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).

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 anorexia es diferente de aquella que solo 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 anorexia, 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 etiológico de los TCA en personas predispuestas (Brush, 1973; Crip, 1965; Selvini-Pazzoli, 1978 como se citó en Hernández, 2006).

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.

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, auto concepto 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, et al., 1994, 1996 como se citó en Levine & Smolak, 1998).

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.

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 la iniciar dietas, el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal son variables predictores del inicio de dietas.

Modelo conceptual de Story, Neumarck-Sztainer y French

Los autores del modelo, Story, Neumarck-Sztainer y French (2002), plantean 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:

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

Modelo descriptivo-predictivo de Unikel-Santocini

El modelo fue desarrollado en una muestra de mujeres mexicanas por Unikel-Santocini (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.

Modelo predictivo de dieta restringida

Desarrollado por Saucedo (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 (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.

Programas preventivos de TCA

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 tiene como objetivo 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 como se citó en Soldado, 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, Shaw y Marti (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 el de León (2010) el cual 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.

El estudio de 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 trastornos alimentarios 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.

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

Anteriormente solo se usaba la entrevista clínica, siendo su principal objetivo el diagnóstico de la anorexia, 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 mencionan 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 (2001), sin embargo, los datos no pueden ser generalizables, ya que la muestra es reducida.

Eating Attitude Test (EAT) cuyo 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 anorexia nerviosa, 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 anorexia 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 trastornos alimentarios; 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 solo 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-Bredbenner, 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-Santocini, 2010).

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) desarrollado por Toro, Salamero 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 Fairburn (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-Santocini, 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-Santocini 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 trastornos alimentarios 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).

En los párrafos anteriores se ha podido apreciar que la presencia de las CAR es atribuida a una serie de múltiples variables. Uno de estos factores es la relación con los padres, específicamente lo concerniente a las practicas parentales, que se ha demostrado es crucial en el desarrollo de los hijos. Por lo anterior en el siguiente capítulo se presenta una revisión a mayor profundidad sobre los estilos de crianza con el objetivo de conocer lo relativo a esta significativa variable y su influencia en la conducta alimentaria.

Capítulo 2. Estilos de Crianza

En el presente capítulo se abordan algunas definiciones de estilos de crianza y su clasificación, además de las teorías, modelos y propuestas existentes, los instrumentos que permiten medir la variable, así como la relación entre estilos de crianza y conductas alimentarias de riesgo.

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

Definición de estilos de crianza

De acuerdo a Marquéz-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, Goodenow, &

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.

Tipos de estilos de crianza

Las aportaciones de la autora Diana Baumrind permitió clasificar los tipos de estilos de crianza, mencionado por los siguientes autores: Mestre, Samper, Tur y Díez (2001), Papalia, Wendkos y Feldman (2005), Navarrete y Ossa (2013), Papalia, Feldman y Martorell (2012); otros de los autores que contribuyeron en esta clasificación son Maccoby y Martin (1983 como se citó en Papalia et al., 2012) y Vega (2006 como se citó en Ossa, Navarrete, & Jiménez, 2014).

Baumrind (1976 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 et al., 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 et al., 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.

Maccoby 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.

A continuación, se describen las teorías, modelos, propuestas y perspectivas de los estilos de crianza:

Teorías

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 de 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

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 (Baumrind, 1991; Parke & Buriel, 1998; Thompson, 1998 como se citó en Papalia et al., 2012).

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).

Modelos

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.

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.

Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1977 como se citó en Martínez & García, 2012) 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.

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.

Modelo transaccional

Este modelo 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 (Sameroff, 1983; Sameroff, 1987; Sameroff & Chandler, 1975 como se citó en Martínez & García, 2012; Sameroff & MacKenzie, 2003).

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.

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 como se citó en Guzmán, 2012).

Modelo de correlación de Vera, Velasco y Morales

El modelo de correlación propuesto por Vera, Velasco y Morales (2000) 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.

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).

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 (1999 como se citó en Guzmán, 2012) 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.

Propuestas

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.

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.

Perspectivas

Perspectiva 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, 1998 como se citó en Vera, Peña, & Domínguez, 2001).

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 Olivas (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 (1995 como se citó en González & Landero, 2012), 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, Gerald, 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-Dávila, 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* 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) desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009). Consta de 59 reactivos que evalúa la percepción de los hijos sobre la crianza de la madre, los cuales están agrupados en 6 factores, estos son: 1) interacción positiva, 2) disciplina punitiva, 3) afecto positivo, 4) intolerancia emocional, 5) control restrictivo y 6) apoyo escolar. Con un alfa de Cronbach .92 y tipo de respuesta en escala Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre).

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, et al., 2008; De

Panfilis, Rabbaglio, & Rossi, 2003; Lock, 2004; Rhodes & Kroger, 1992; Steinberg, Lamborn, & Dornbusch, 1994; Swanson, et al., 2010 como se citó en Jáuregui, Bolaños, & Garrido, 2011).

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. Este mismo estudio menciona que se ha identificado la importancia de la participación del padre en la prevención y tratamiento de CAR (Dixon, Gill, & Adair, 2003; Eme, Hynes, & Danielak, 1995; Field, Camargo, Barr Taylor, Berkley, Roberts, & Colitz, 2001; Field, Javaras, & Aneja, 2008; Flouri, 2010; Keel, Heatherton, Harden, & 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. (2011) 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 bulimia y la ineficacia, con respecto a los pacientes que perciben cualquier otro estilo de crianza.

La información expuesta en los capítulos anteriores, ha permitido ampliar el panorama de conocimientos respecto a las CAR, estilos de crianza, asimismo, la relación de esta última variable en el desarrollo de alteraciones alimentarias. Como se ha podido observar, los reportes epidemiológicos, tanto nacionales como estatales, indican la presencia de CAR en distintos rangos de edad en porcentajes relevantes. Sin embargo, en nuestro estado existen pocos estudios realizados en preadolescentes, por lo que la presente investigación pretende indagar el comportamiento de estas variables en esta etapa del desarrollo. En el siguiente capítulo se habla de la relevancia del presente estudio, asimismo, se especifica y delimita nuestro objeto de investigación.

Capítulo 3. Planteamiento del Problema

Justificación

Las CAR son conductas anormales asociadas con trastornos alimentarios que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (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 Families Empowered And Supporting Treatment of Eating Disorders (FEAST, 2012) en América Latina la prevalencia entre adolescentes oscila entre el 3.4 % en mujeres y 1.5% en hombres. En México se estima que el 1.3% de adolescentes de 10 a 19 años de edad está en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, siendo más común en el sexo femenino (ENSANUT, 2012).

En estudios anteriores se ha demostrado que existe estrecha relación entre las prácticas de crianza parental y los TCA, las características percibidas por pacientes con dicho trastorno son la sobreprotección materna, cuidado parental bajo, una mezcla de descuido y control de los padres, mínima atención materna, alto control materno asociado con estilos de afrontamiento negativos que se encuentran englobados en los estilos de crianza autoritario y negligente. Estudios 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 (Canetti, et al., 2008; De Panfilis, Rabbaglio, & Rossi, 2003; Lock, 2004; Steinberg, Lamborn, & Dornbusch, 1994; Swanson, et al., 2010; Rhodes & Kroger, 1992 en Jáuregui, Bolaños, & Garrido, 2011).

Otra investigación realizada por Jáuregui et al. (2011) indica que pacientes con TCA quienes perciben una crianza del tipo negligente por parte de sus madres, mostraron puntuaciones más altas en sub-escalas que tiene que ver con la preocupación por la delgadez y la insatisfacción corporal, a comparación de quienes perciben un estilo de crianza de control de afecto y estilos de restricción afectuosos.

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. Por otra parte, en el estado de Hidalgo son relativamente escasos los estudios de las CAR y su relación de con los estilos de crianza, por lo que, con base en los resultados de esta investigación se pretende tener una mejor comprensión de cómo influye este factor en el desarrollo de las CAR, de tal manera que con dicha información se tengan más fundamentos que permitan diseñar propuestas de intervención psicológica eficaces con el fin de disminuir la incidencia de TCA y mejorar la calidad de vida de la población.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación existente entre conductas alimentarias de riesgo y estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo?

Objetivo General

Determinar la relación existente entre conductas alimentarias de riesgo y estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Objetivos Específicos

Determinar 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.

Determinar el tipo de estilo de crianza percibido por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las conductas alimentarias de riesgo y el tipo de estilo de crianza percibido por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Hipótesis

Hipótesis Conceptuales

Las conductas alimentarias de riesgo (dieta restringida, ingesta excesiva y conductas compensatorias) se asocian con los estilos de crianza autoritario y permisivo (Collins, Duncanson, & Burrows, 2014; Haycraft, 2009 como se citó en Mateos, 2012).

Hipótesis Estadísticas

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y los estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

H1: Si existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y los estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Capítulo 4. Método

Definición de variables

Tabla 2.

Definición conceptual y operacional de las variables de estudio

	Definición Conceptual	Definición Operacional
Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)	Se refiere a conductas anormales asociadas con trastornos alimentarios que de forma individual no justifican un diagnóstico psiquiátrico como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Las conductas 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 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) por Gómez-Peresmitré y Ávila (1998) validada en población de quinto y sexto de primaria por Platas y Gómez-Peresmitré (2013), 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. Con un Alpha de Cronbach de 0.86 para niñas y 0.90 para niños.
Estilos de Crianza	“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 como se citó en Flores, Cortés y Góngora, 2009, p. 49)	Se utilizó la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN) desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009). Consta de 59 reactivos que evalúa la percepción de los hijos sobre la crianza de la madre, los cuales están agrupados en 6 factores, estos son: 1) interacción positiva, 2) disciplina punitiva, 3) afecto positivo, 4) intolerancia emocional, 5) control restrictivo y 6) apoyo escolar. Con un Alpha de Cronbach de 0.92.

Tipo de diseño y estudio

Se utilizó un diseño no experimental, transversal y correlacional (Ato, López, & Benavente, 2013).

Muestra

La muestra no probalística, intencional, por cuotas quedó conformada por $N=109$ preadolescentes: $n_1= 55$ hombres (50.5%) y $n_2= 54$ mujeres (49.5%), (ver Figura 1), $n=62$ de quinto grado (43.1%) y $n= 47$ de sexto grado (56.9%) de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo (ver Figura 2).

El rango de edad osciló entre los 9 y 12 años (ver Figura 3). La edad promedio de los participantes fue de 10.25 años, con una desviación estándar de 0.67.

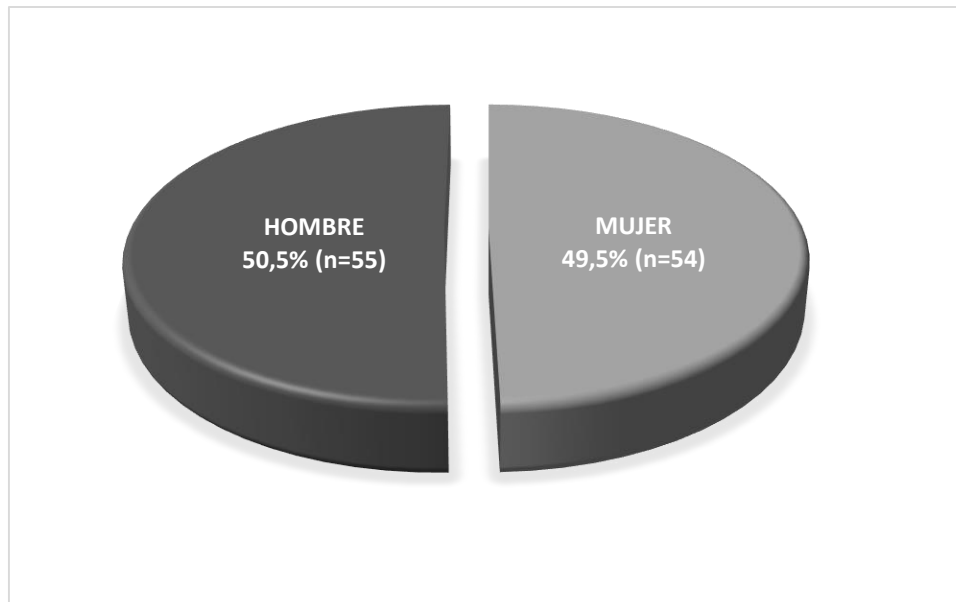


Figura 1. Distribución de la población por sexo.

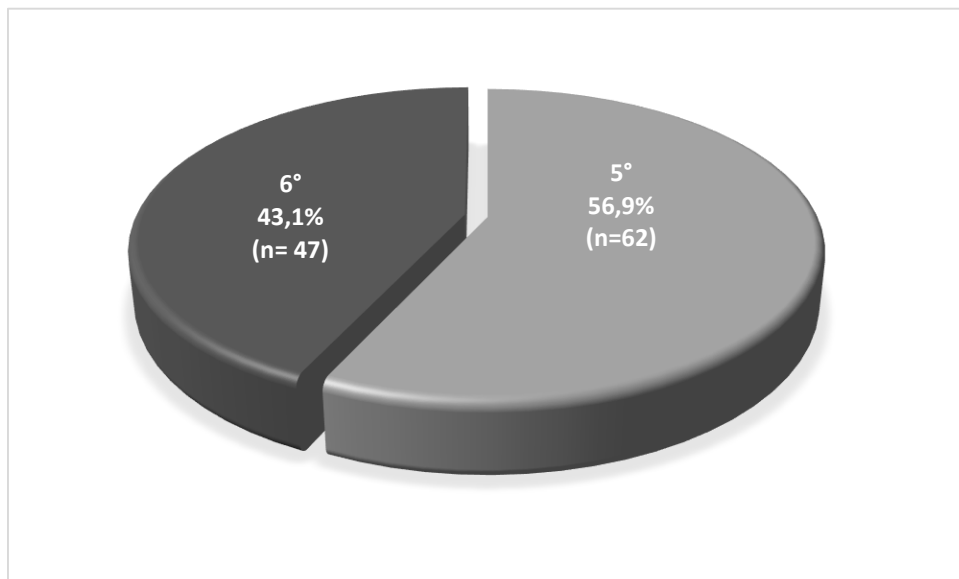


Figura 2. Distribución de la población por grado escolar.

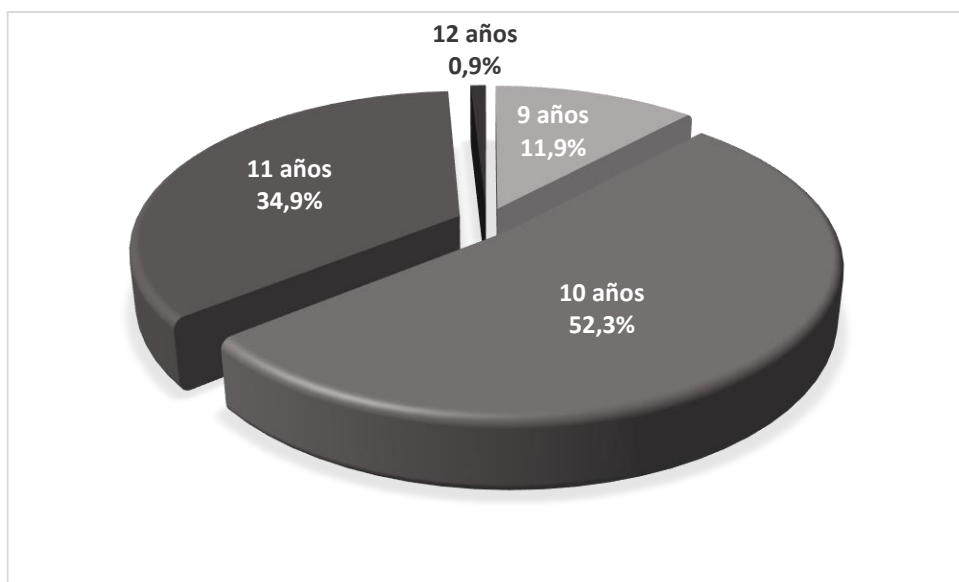


Figura 3. Distribución por edades.

Criterios de inclusión

Para formar parte de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

1. Alumnos de quinto y sexto grado de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.
2. Rango de edad de entre 9 y 12 años.
3. Autorización el padre/madre o tutor para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

No formaron parte de la muestra preadolescentes que:

1. Tuvieran un diagnóstico previo de un trastorno de la conducta alimentaria u otra enfermedad mental.
2. Que no contestaron todos los reactivos.
3. Que colocaron dos respuestas en un reactivo.

Instrumentos utilizados en las variables evaluadas

Conductas alimentarias de riesgo

Se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) (ver Anexo 3 y Anexo 4), validado y construido por Platas y Gómez-Peresmitré (2013), que agrupa 32 ítems para niños y 31 para niñas en los siguientes factores: sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida, conducta alimentaria restringida, conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria normal. Con un alfa de Cronbach de 0.90 para niños y 0.86 para niñas.

Su tipo de respuesta es en escala Likert que va del 1 (nunca) a 5 (siempre).

Estilos de crianza

Se utilizó la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN) (ver Anexo 5), desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009), que permite conocer la percepción de los hijos sobre la crianza de las madres; consta de 59 reactivos, los cuales están agrupados en 6 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).

Procedimiento

Se solicitó la autorización de los directivos y del padre/madre o tutor de los alumnos de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo, para la aplicación de los instrumentos. Se envió a los padres el consentimiento informado (ver Anexo 1) para que su autorización quedara por escrito. Posteriormente, se acudió a los grupos de quinto y sexto grado, dándoles a conocer el objetivo de la investigación. El instrumento se contestó de manera individual en los salones, durante las horas de clase. La aplicación tuvo una duración aproximada de 45 min. Las instrucciones de cada instrumento y la importancia de contestar cada uno de los ítems se explicó al inicio de los mismos.

Finalmente se realizó la captura en el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows, donde se realizaron análisis de medidas de tendencia central, análisis de dispersión y análisis de correlación bivariada de Pearson.

Capítulo 5. Resultados

El análisis de datos se llevó a cabo a través 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 conductas alimentarias de riesgo, 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 73.1% la respuesta *Nunca*, es decir que no ingieren alimentos descontroladamente para aliviar estados de ánimo desagradables, el 23% respondió *A veces*, 2.2% dijo que *Frecuentemente*, 1.1% *Muy Frecuentemente* y 0.5% respondió *Siempre*. Respecto al grupo de hombres el porcentaje de quienes señalaron la respuesta *Nunca* fue de 70.2%, para *A veces* el 20.2%, para la respuesta *Frecuentemente* el porcentaje fue 4.7, 2.4% para *Muy Frecuentemente* y 2.5% para *Siempre* (ver Figura 4).

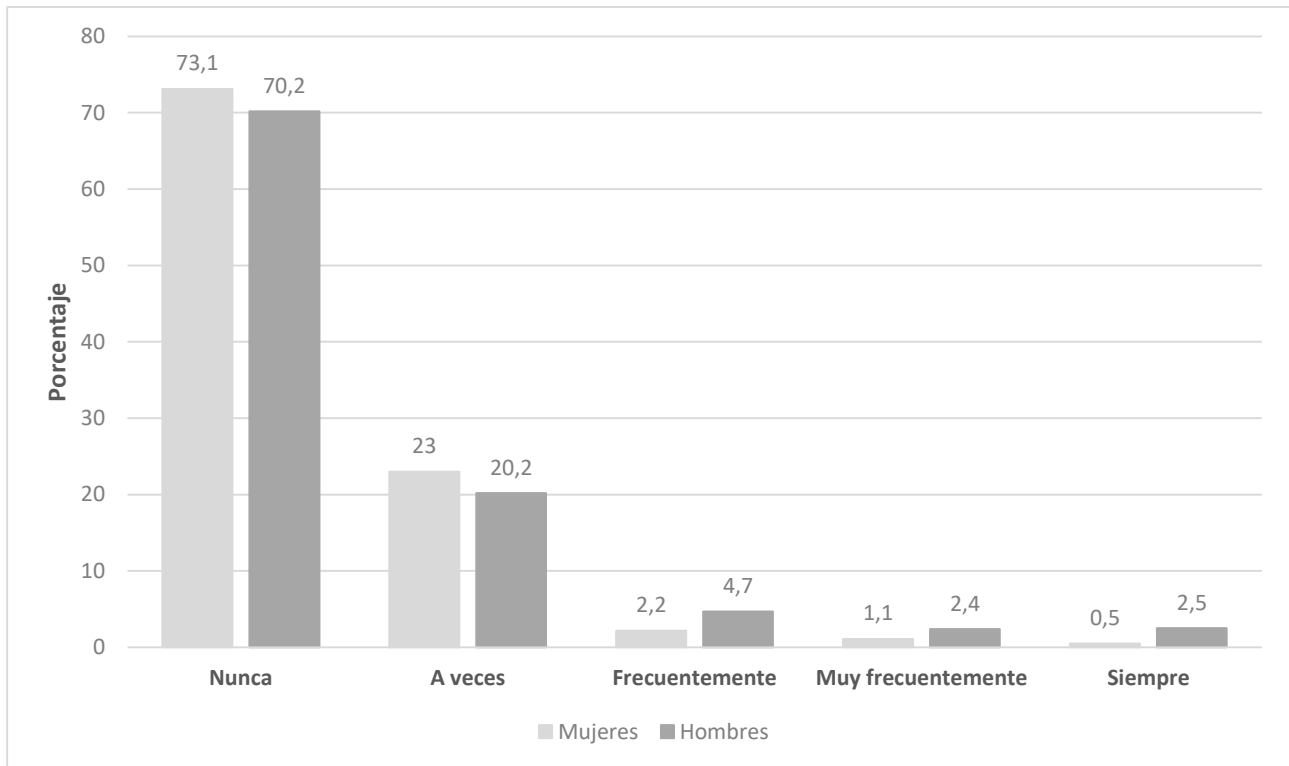


Figura 4. Distribución porcentual de la variable Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica por diferencia de sexo

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 5 se puede observar que del grupo de mujeres el 63.2% señaló la respuesta *Nunca*, el 29.2% *A veces*, 3.5% *Frecuentemente*, 2.1% *Muy Frecuentemente* y lo mismo para la opción *Siempre*.

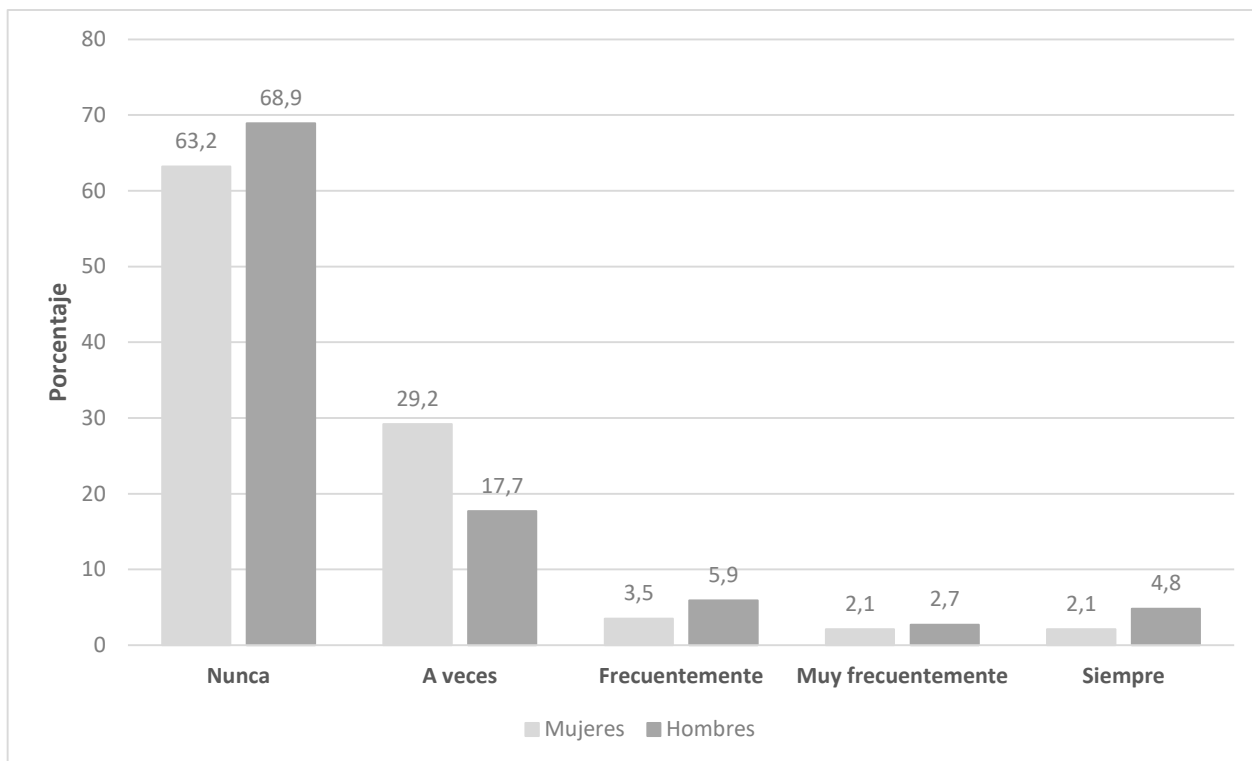


Figura 5. Distribución porcentual de la variable Dieta crónica restringida por diferencia de sexo

En cuanto al grupo de hombres se encontró que el 68.9% indicó la opción *Nunca*, 17.7% en la respuesta *A veces*, 5.9% en *Frecuentemente*, 2.7% en *Muy Frecuentemente* y 4.8% en *Siempre* (ver Figura 5).

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 78.9% respondió a la opción *Nunca*, 17.4% *A Veces*, 2.2% *Frecuentemente* y 0.7% en las opciones *Muy Frecuentemente* y *Siempre*. Respecto a los hombres, el 70.5% de ellos eligió la respuesta *Nunca*, el 21.4% la opción *A veces*, el 4.1% *Frecuentemente*, 2.7% la opción *Muy Frecuentemente* y la respuesta *Siempre* 1.4% del porcentaje total (ver Figura 6).

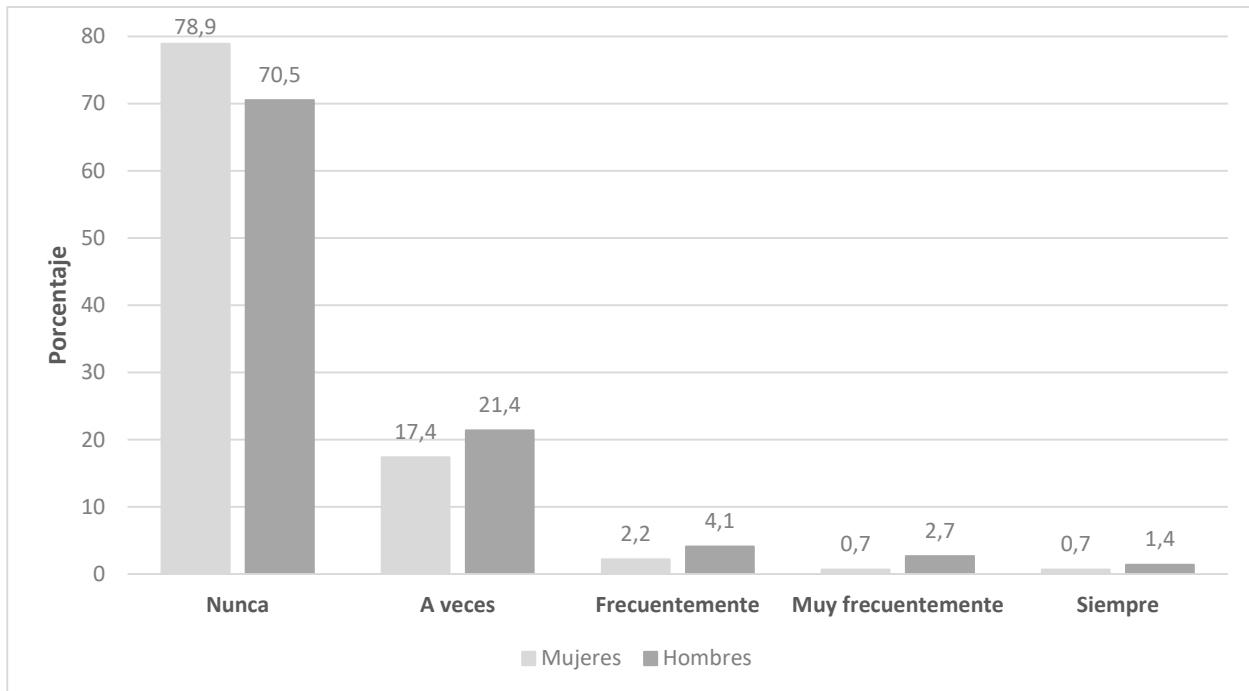


Figura 6. Distribución porcentual de la variable Conducta alimentaria compulsiva por diferencia de sexo.

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 51.4%, *A veces* 15.7%, en la respuesta *Frecuentemente* 9.7%, *Muy Frecuentemente* 15.7% y 7.4% en *Siempre*. Respecto a los hombres se observó en este factor que el 50% señaló la respuesta *Nunca*, el 12.7% la opción *A veces*, 14.5% *Frecuentemente*, 15.9% *Muy frecuentemente* y *Siempre* el 6.8% (ver Figura 7).

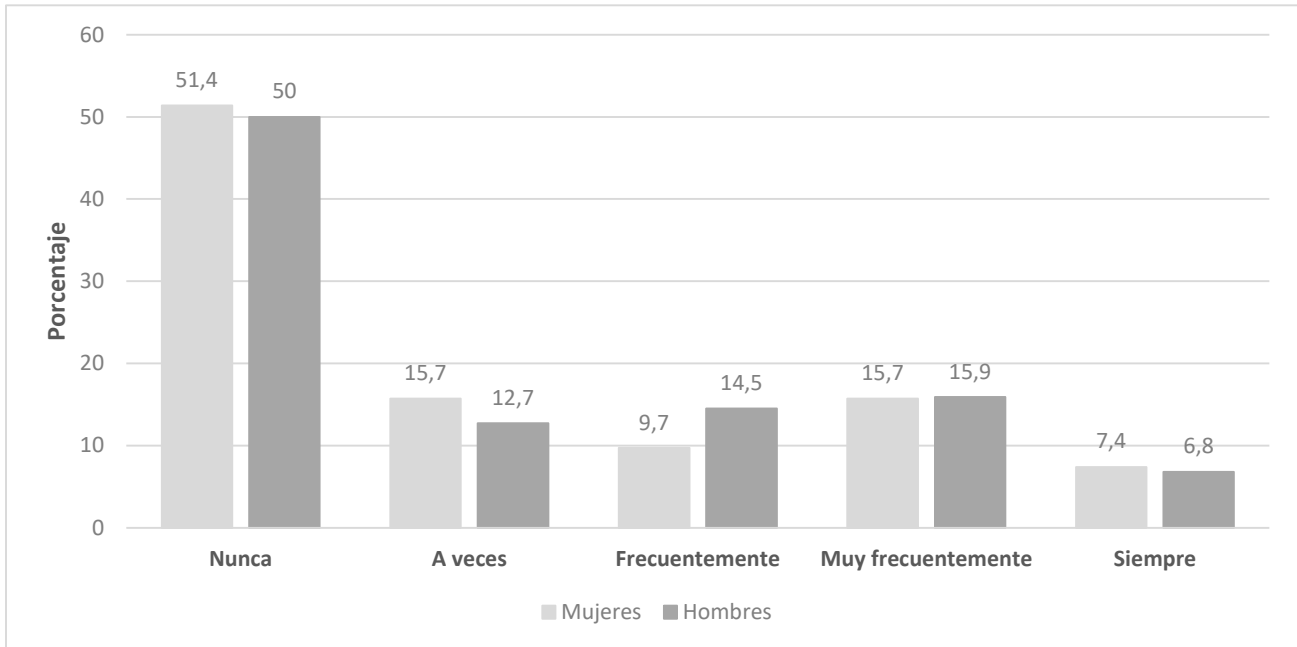


Figura 7. Distribución porcentual de la variable Conducta alimentaria normal por diferencia de sexo

El segundo objetivo fue determinar el tipo de estilo de crianza percibido por los alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo. Para lo cual se utilizó la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN) desarrollada y validada por Flores, Cortés y Góngora (2009) que permite conocer la percepción de los hijos sobre la crianza de las madres.

El análisis descriptivo de la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza, por diferencia de sexo, indica que para las niñas la media más alta fue *afecto positivo* y en niños la media más alta fue *disciplina punitiva*, la media más baja para ambos es *Intolerancia emocional* (ver Figura 8).

En el factor *Interacción positiva*, que 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 de niñas puntúan la media más alta ($M=4.30$); cosa similar ocurre en *Afecto positivo* ($M=4.75$), 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 (ver Figura 8).

No obstante se observa que en la muestra de niños (ver Figura 8). las puntuaciones fueron más altas, en comparación con las niñas, en el factor *Disciplina punitiva* (M=4.85), que 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 (Flores, Cortés, & Góngora, 2009), asimismo en el factor *Intolerancia emocional* (M=2.13), factor que 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) y en el factor *Control restrictivo* (M=2.93), que hace referencia a la frecuencia con la 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 (Flores, Cortés, & Góngora, 2009).

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, se obtiene una puntuación para niñas de M=4.03 y para niños de M=4.04 (ver Figura 8).

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 8).

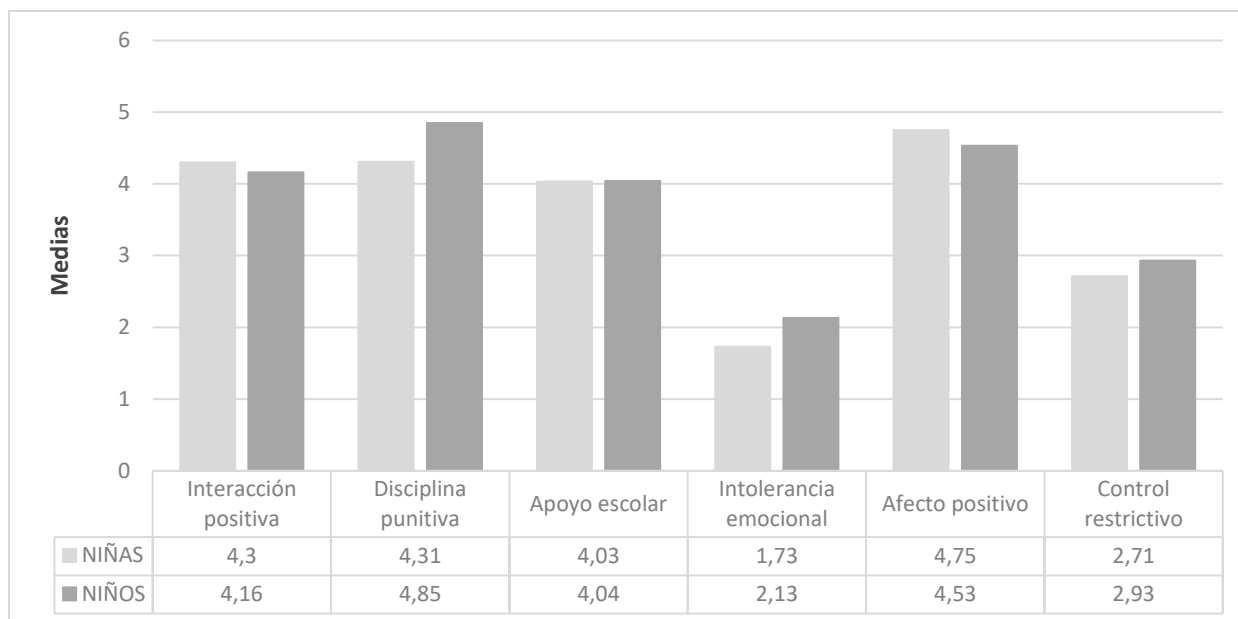


Figura 8. Medias obtenidas para la Escala de Percepción de Prácticas de Crianza de la Madre: Diferencia por sexo

El tercer objetivo fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las CAR y el tipo de estilo de crianza percibido por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo. Los análisis se realizaron por diferencia de sexo. Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson para determinar la relación entre las variables mencionadas. En la Tabla 3 se muestran las correlaciones obtenidas tanto en la muestra de niñas como de niños.

Respecto a las niñas, los resultados indican correlaciones negativas estadísticamente significativas entre los factores *Interacción positiva* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r = -.417^{**}$), *Interacción positiva* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r = -.441^{**}$), *Apoyo escolar* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r = -.399^{**}$), *Apoyo escolar* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r = -.357^{**}$), *Afecto positivo* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r = -.336^{*}$) y *Afecto positivo* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r = -.366^{**}$). Lo que indica que entre mayor sea la interacción, apoyo y afecto (estilo autoritativo) menor es la presencia de CAR (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Relación entre las conductas alimentarias de riesgo y los estilos de crianza en niñas y niños

ESTILOS DE CRIANZA PERCEPCIÓN HACIA LA MADRE	<i>Sobreingesta por compensación psicológica</i>		<i>Dieta crónica restringida</i>		<i>Conducta alimentaria compulsiva</i>		<i>Conducta alimentaria normal</i>	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
CAR								
<i>Interacción positiva</i>	-.204	-.417**	-.007	-.094	-.143	-.441**	-.349**	-.182
<i>Disciplina punitiva</i>	.257	-.201	.283*	-.223	.050	-.205	.046	.043
<i>Apoyo escolar</i>	-.044	-.399**	-.067	-.060	-.012	-.357**	-.165	-.160
<i>Intolerancia emocional</i>	.512**	.020	.315*	.181	.309*	-.018	.134	-.191
<i>Afecto positivo</i>	-.170	-.336*	.058	-.141	-.184	-.366**	-.374**	-.114
<i>Control restrictivo</i>	.163	-.134	.190	.033	.073	-.088	-.102	-.199

*p<0.05 **p<0.01

Los resultados de la muestra de niños arrojan tanto correlaciones negativas como positivas estadísticamente significativas; en las correlaciones negativa se tienen los siguientes factores: *Interacción positiva* y *Conducta alimentaria normal* ($r = -.349^{**}$), *Afecto positivo* y *Conducta alimentaria normal* ($r = -.374^{**}$), lo que se traduce que, a mayor sea la interacción y el afecto (estilo autoritativo) menor será la conducta alimentaria normal. Las correlaciones positivas se encontraron en los factores *Disciplina punitiva* y *Dieta crónica restringida* ($r = .283^*$), *Intolerancia emocional* y *Sobreingesta por compensación psicológica* ($r = .512^{**}$), *Intolerancia emocional* y *Dieta crónica restringida* ($r = .315^*$) e *Intolerancia emocional* y *Conducta alimentaria compulsiva* ($r = .309^*$), lo que revela que a mayor disciplina punitiva e intolerancia emocional, mayor presencia de CAR en niños (ver Tabla 3).

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación existente entre conductas alimentarias de riesgo y estilos de crianza percibidos por alumnos de quinto y sexto de primaria de una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar los factores de riesgo asociados con las conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes, encontrándose en el factor *sobreingesta por compensación psicológica* porcentajes bajos, aunque mayor en niños (2.5%) que niñas (0.5%), que señalaron la respuesta *Siempre* (indicador de la realización de la conducta). No obstante, la población en riesgo es del 26.4% de niñas y 27.3% de niños, puesto que indican la práctica de la conducta en algún grado de frecuencia. Esto quiere decir que la ingesta de alimentos no lo llevan a cabo por hambre, sino porque consideran que comer los tranquiliza. Por lo que el estado de ánimo y la emoción juegan un rol importante en el consumo de alimentos (Gómez-Peresmitré et al., 2013).

Estudios como el realizado por Guzmán (2012) en escolares de escuelas públicas han reportado mayor porcentaje de mujeres que realizan la conducta, por lo que el resultado de la presente investigación es distinto a lo encontrado en dicha investigación.

Para *dieta crónica restringida* los datos obtenidos en la muestra indican que el porcentaje de niñas que presentan algún grado de esta conducta (36.8%) es mayor al porcentaje de los niños (31.1%). Sin embargo, se observó un mayor porcentaje de niños (4.8%) que indican la práctica de la conducta continuamente, porcentaje que está por encima del encontrado en las niñas (2.1%). Por lo que se observa que a pesar de que la población de niñas es quien más presenta en algún grado la conducta, son más los niños de la muestra que practican con más continuidad esta CAR como tal, la cual tiene objetivo controlar el peso y la figura corporal.

Hernández-Alcántara y León (2012) mencionan que el temor de los adolescentes por ganar peso tiene como consecuencia la restricción de su alimentación, esta conducta es vista por jóvenes no deportistas como una forma sencilla y rápida de lograr reducir tallas, llegando a la conclusión que mientras la preocupación por el peso y la silueta corporal no se modifique la población llevara a cabo esta conducta.

Los datos encontrados respecto a esta CAR muestran una tendencia semejante a las estadísticas internacionales reportados por Smolak (2011 como se citó en National Eating Disorders Association [NEDA], 2015) el cual menciona que la preocupación por el peso y la figura, especialmente en mujeres, comienza desde temprana edad (entre 6 y 12 años), siendo mayor en mujeres que en hombres. En similitud a lo anterior, datos reportados en México por ENSANUT (2012) estiman que el 1.3% de adolescentes de 10 a 19 años de edad está en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, siendo más común en las mujeres con un 19.7%, en las cuales la preocupación por engordar fue la principal conducta de riesgo.

Por otra parte, el resultado que indica un mayor porcentaje de niños que practica la CAR es compatible con un estudio realizado en púberes hidalguenses en el cual se halló una ligera diferencia entre el porcentaje de mujeres (5.2%) y hombre (6%) que registraron conductas alimentarias del tipo restrictivo para controlar su peso corporal (Saucedo-Molina, Escamilla-Talón, Portillo-Noriega, Peña-Irecta, & Calderón-Ramos, 2008).

Respecto a la *conducta alimentaria compulsiva*, los resultados manifiestan que la constancia con la que los niños (29.5%) realizan en algún grado la conducta es mayor que en las niñas (21.1%). Este resultado difiere del encontrado en un estudio realizado por Unikel-Santocini et al. (2000) en la Ciudad de México, en donde se observó que en el rango de edad de 12 a 13 los porcentajes de hombres y mujeres que realizan la conducta son similares (4.3% en hombres y 4.2% en mujeres). Sin embargo, este mismo estudio arrojó que a medida que la edad incrementa, es decir, un rango de edad de 16 a 17 y 18 a 19 años, el porcentaje de hombres que realiza la práctica de atracones va incrementando, encontrándose que las mujeres puntúan mayores porcentajes en todas las CAR con excepción de comer compulsivamente, la cual fue mayor en hombres (6.9% en hombres y 6.2% en mujeres en el rango de edad de 16 a 17 años y 9.3% en hombres y 8.9% en mujeres el rango de 18 a 19 años).

Los datos encontrados en la presente investigación también son distintos del encontrado en un estudio realizado en por Guzmán (2012) en adolescentes de 10 a 16 años de edad de escuelas públicas de Pachuca de Soto, Hidalgo, en la cual se encontró

que el porcentaje de mujeres (3.65%) que practica atracones es mayor que en los hombres (2.56%).

En la *conducta alimentaria normal* se observó que del total de la muestra el 49.30% practica la conducta en algún grado, y de este porcentaje únicamente el 7.09% la realiza continuamente (Siempre), el 3.66% son mujeres y 3.43% son hombres. Teniendo en cuenta los indicadores en las conductas analizadas en los párrafos anteriores, el indicador de la conducta en cuestión y las correlaciones encontradas con los estilos de crianza se confirma la importancia de la interacción entre los cuidadores y los niños y la alimentación, encontrada en investigaciones previas como la realizada por Jáuregui et al. (2011).

Un dato relevante de la presente investigación es la mayor cantidad de niños, respecto a las niñas, que presenta alguna CAR. Este dato difiere de las estadísticas encontradas en otros estudios, como las reportadas en Medscape General Medicine (2004 en National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2009), en donde se encontró que la frecuencia de la presencia de TCA en mujeres es del 0.3 al 7.3% y en hombres del 0 al 2.1%. Por lo que el tema de las CAR en hombres es una cuestión importante a investigar.

El segundo objetivo planteado fue determinar el tipo de estilo de crianza percibido por preadolescentes, los datos obtenidos indican que el estilo de crianza que más prevalece en la muestra de niñas es el autoritativo, puesto que los factores en los que más puntuaron fueron interacción positiva y afecto positivo, esto quiere decir que en la relación madre-hija, las madres respetan la individualidad de ellas, así como sus opiniones, decisiones, intereses y personalidad. Además de ser cariñosas pero firmes al mantener las reglas y alentar a la comunicación Baumrind (1996 como se citó en Papalia et al., 2012).

Con relación a la muestra de niños se hallaron puntuaciones altas en los factores disciplina punitiva, intolerancia emocional y control restrictivo por lo que el estilo que prevalecen en ellos es el autoritario, esto es, en la relación madre-hijo, ellas evalúan el comportamiento de sus hijos de acuerdo a patrones absolutos y exigen obediencia indiscutible Baumrind (1976 como se citó en Mestre, Samper, Tur, & Díez, 2001).

Como tercer objetivo se planteó determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados con las conductas alimentarias de riesgo y el tipo de estilo de crianza percibido por preadolescentes. Encontrando que la interacción positiva, apoyo escolar y afecto positivo funcionan como factores de protección del desarrollo de las CAR, ya que permiten la disminución del riesgo de presentar alguna conducta alimentaria como la sobreingesta por compensación psicológica y conducta alimentaria compulsiva. Asimismo, se comprueba que la intolerancia emocional y disciplina punitiva actúan como factores de riesgo en el desarrollo de una CAR, como sobreingesta por compensación psicológica y dieta crónica restringida.

Por lo que queda demostrado una vez más la asociación entre las conductas alimentarias de riesgo (dietas restringidas, ingesta excesiva y conductas compensatorias) con los estilos de crianza autoritarios y permisivos (Haycraft, 2009 como se citó en Mateos, 2012; Collins, Duncanson, & Burrows, 2014).

Por otra parte, llama la atención el hecho de que los niños de la muestra consideren que a mayor interacción positiva y afecto positivo menor conducta alimentaria normal. Esto puede explicarse tomando en cuenta el contexto sociocultural, considerando que las creencias y valores asociados a la alimentación están vinculados a la subjetividad que rodea la conducta alimentaria Cruzat, Haemmerli y García (2012), y que la relación padres- hijos, es un factor que contribuye en el aprendizaje de hábitos alimentarios (Jáuregui, Bolaños, & Garrido, 2011).

Por lo que este hecho se entiende por la tendencia de las madres, especialmente de varones, a ofrecerles a sus hijos su comida favorita a cambio de un buen comportamiento, además de golosinas como recompensa, por lo que el resultado es bajo control y cuidado respecto de la ingesta de alimentos con altos contenidos de grasas (Guzmán, 2012), lo que a su vez ha llevado al problema actual que enfrenta México, altos índices de la obesidad infantil.

En conclusión y con base a los resultados obtenidos en la presente investigación, en un ambiente donde haya respeto de opiniones, decisiones, intereses y personalidad, además de afecto positivo y control firme pero respetando la individualidad del hijo, es decir, un estilo autoritativo (Baumrind, 1976 como se citó en Mestre, Samper, Tur, & Díez,

2001; Baumrind, 1996 como se citó en Papalia et al., 2012), habrá menos probabilidades de que los hijos practiquen CAR (Dixon, Gill, & Adair, 2003; Eme, Hynes, & Danielak, 1995; Field, Camargo, Barr Taylor, Berkley, Roberts, & Colitz, 2001; Field, Javaras, & Aneja, 2008; Flouri, 2010; Keel, Heatherton, Harden, & Hornig, 1997, como se citó en Berge et al., 2014). Y contrariamente, ambientes donde prevalece la intolerancia emocional, inflexibilidad de normas y de disciplina, estilo autoritario (Vega, 2006 como se citó en Ossa, Navarrete, & Jiménez, 2014), las posibilidades de desarrollar una CAR serán altas (Loth, McLehose, Fulkerson, Crow & Neumark-Sztainer, 2014).

Sugerencias y Limitaciones

Los resultados hallados de este estudio presentan una pequeña parte del panorama respecto a las CAR en preadolescentes, por lo que basado en la evidencia encontrada, se sugiere el desarrollo e implementación de programas preventivos en población de este rango de edad, a fin de reducir la probabilidad de un TCA. Dada la relación entre las CAR y estilos de crianza, los programas que se desarrollen habrán de ser dirigidos tanto a los preadolescentes como a sus progenitores, ya que estos últimos, juegan un papel significativo en el clima emocional en el que se desarrollan los hijos. Con ello se pretenderá que tanto el progenitor como los hijos desarrollen habilidades que permitan que el afecto positivo e interacción positiva prevalezcan en la relación.

Es importante considerar el hecho de que en el origen de las CAR hay múltiples factores, tales como los rasgos de personalidad, autoestima, ansiedad, estrés, percepción de la imagen corporal, insatisfacción con la figura, expresión de emociones y sentimientos, habilidades sociales, además de la organización y funcionamiento familiar y, la influencia de los medios de comunicación y del contexto sociocultural, entre otros. Por lo que es importante que tanto en la estructuración de programas de prevención como en posteriores investigaciones se tengan en cuenta otras variables.

El presente estudio, ha confirmado la presencia de CAR en el rango de edad de 9 a 12 años, lo que demuestra la relevancia de elaborar más estudios en preadolescentes, de tal manera que no solo se reafirmen los datos encontrados en esta investigación, sino que también se tengan fundamentos para elaborar programas oportunos de intervención preventiva, puesto que esta población está cercana a la etapa adolescente, en la cual,

según estudios revisados previamente, debido los cambios tanto físicos como psicológicos, aumenta la vulnerabilidad de desarrollar una TCA.

De igual manera, esta investigación, aporta datos significativos a la epidemiología de las CAR en preadolescentes hombres, estos porcentajes hacen ver que el riesgo de desarrollar un TCA es latente, de manera significativa, en dicha población. Por lo cual es importante la realización de más estudios en donde sean incluidos de manera particular, de tal manera que la intervención sea realizada de acuerdo a las especificidades de este sector de la población. Es primordial brindar información y orientación a esta población respecto a los desórdenes de la alimentación puesto que frecuentemente es considerado como “enfermedad de mujeres”.

En el estado de Hidalgo, los estudios sobre las CAR, son relativamente escasos, de ahí, la sugerencia de realizarse más investigaciones que permitan conocer el panorama general, de lo que ocurre en la población Hidalguense respecto a este problema de salud. Para lo cual se sugieren estudios comparativos entre niveles socioeconómicos, incluidos los servicios de educación, tanto el público como el privado, además de poblaciones urbanas y rurales. Asimismo, en rangos de edad menores al de la muestra de esta investigación, para conocer si existen o no CAR a edades más tempranas, de tal manera que, en caso de hallarse resultados relevantes, se pueda intervenir con más antelación.

Por último, para futuras investigaciones en las que se incluya la variable estilos de crianza, se sugiere considerar la percepción de la madre y del padre en los estilos de crianza, con el objetivo de contrastar las similitudes y diferencias con la percepción del hijos.

Respecto a las limitaciones del estudio se puede observar el reducido tamaño de la muestra, así como la elección no aleatoria y la utilización de dos variables como estudio. La investigación sería más enriquecedora incluyendo otras variables como calidad de vida, estrés, funcionamiento familiar, influencia de la tecnología, habilidades sociales, medios de comunicación, etc., que brinden más información sobre el problema de salud en cuestión, de tal manera que se intervenga eficazmente.

Referencias

- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 24(1), 31-40. doi:10.1207/s15374424jccp2401_4
- 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-Dávila, E. (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.
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B., & Unikel-Santocini, C. (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>
- Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santocini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 9 (4), 243-248. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15844395>
- American Psychological Association. (2011). *Eating disorders*. Recuperado el 18 de Febrero de 2015, de <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038-1059. doi 10.6018/analesps.29.3.178511
- 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>
- 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. <http://www.nzdl.org/gsdImod?e=d-00000-00---off-0fni2.2--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-en-50---20-about---00-0-1-00---4-4---0-0-11-11-OutfZz-8-00-10&cl=CL3.66&d=HASH0114a10575719a926339e600.2.4>=1>
- 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 Behavioral Medicine*, 37 (1), 205–217. doi: 10.1007/s10865-012-9478-1.
- 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 (4), 893-907. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11494642>
- Black, M. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (3), 373-378. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a13v29n3.pdf>

- 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
- 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>
- 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.
- Collins, C., Duncanson, K., & Burrows, T. (2014). A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 27 (6), 557–568. doi: 10.1111/jhn.12192
- Colton, P., Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, 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
- 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

- Cooper, J., Taylor, J., Cooper, Z., & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Córdova, J. A., Barriguete, 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., & Steward, 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
- Crow, S. C., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Suicidal behavior in adolescents: Relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (1), 82-87. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17922538>
- Cruz, R.M., Ávila, M. L., Cortés, M.C., Vázquez, R., & Mancilla, 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, C. V., Haemmerli, C. V., & García, A. L. (2012). Eating disorders: Reflecting on the socio-cultural variables. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3 (1), 54-61. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a7.pdf>
- Culbert, K.M., Burt, S.A., McGue, M., Iacono, W.G., Klump, K.L. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4), 788-96. 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 (4), 608-613. Recuperado de <http://ajcn.nutrition.org/content/69/4/608.long>
- 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>
- Díaz de León, C. (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, Ciudad de México.
- De Sousa, L., Marcele, F., & Caputo, M.E. (2013). Risk behaviors for eating disorder: factors associated in adolescent students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35 (4), 279-286. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n4/2237-6089-trends-35-04-00279.pdf>
- Douglas Mental Health University Institute. (2013). *Eating Disorders: causes and symptoms*. Recuperado el 19 de Febrero de 2015, de <http://www.douglas.qc.ca/info/eating-disorders-causes-symptoms>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición resultados nacionales 2012*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 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. <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016300007.pdf>
- Eraso, J., Bravo, Y., & Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de*

- Pediatría*, 41(3), 23-40. Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-413/creencias_actitudes_practicas/
- Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders. (2012). *Eating disorders in international schools*. Recuperado de <http://www.feast-ed.org/news/253588/Eating-Disorders-in-International-Schools.htm>
- 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, S., Grande, T., Banzo, Z., & Félix-Alcántara, M.P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 11 (86), 5144-5152.
- 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.
- 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, 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

- García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. C., & Arcila-Martínez, D. (2001). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45(3), 206-210. Recuperado de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000300010&script=sci_arttext
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34. doi 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
- 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>
- 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>
- 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. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6 (2), 10-12.
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R. S., Guzmán, R. M. E., & León, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4 (2), 68-78. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n2/v4n2a1.pdf>

- Gómez-Peresmitré, G., León, R., Platas, 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>
- González, M., & Landero, R. (2012). Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica UST*, 9 (1), 53-64. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3974456.pdf
- 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.
- 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.
- Hernández, A. (2006). *Factores de riesgo en la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas*. (Tesis de Doctorado inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D.F.
- Hernández-Alcántara, A., & León, R. (2012). Dieta restringida o ejercicio excesivo ¿Qué eligen las adolescentes para reducir la talla? *Revista Mexicana de Trastornos*, 3 (2), 133-140. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n2/v3n2a6.pdf>
- 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>
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez-Garibay, E.M., & Celis, A.J. Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de salud pública y nutrición*, 9(1). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/ensayos/alteraciones.htm>

- 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>
- Jáuregui, I., Bolaños, P., & Garrido, O. (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
- 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>
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59 (6), 545-552. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044197>
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext
- Keca, J., & Cook-Cottone, C. (2005). *Eating disorders: Prevention is worth every ounce*. Recuperado de <http://www.nasponline.org/search/search-results?keywords=Eating+disorders%3A+Prevention+is+worth+every+ounce>
- 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>

- León, R. C. (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.
- León, R.C., Gómez-Peresmitré, G., & Platas, 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*. (2a. ed). 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, P.M., & Smolak, L. (1998). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken & G. Noordenbos, (Comps). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 50-52). España: Granica.
- 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
- 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. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198809000-00004>

- 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, I. (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 carrera de psicología, México, D.F.
- 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. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Mateos, M. (2012). *La familia y los trastornos de la conducta alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo* (Tesis de Doctorado). Universidad de Burgos, España.
- Meléndez, J., Cañez, G., & Frías, H. (2010). Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora. *Revista Latinoamericana Ciencias Social, Niñez y Juventud, 8* (2), 1131-1147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/773/77315155025.pdf>
- Méndez, J.P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemisa, 65*, 579-592. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A., & Díez, I. (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>
- Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nacher M. J., & Cortés, M. T. (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

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/prevenccion.html

Moore, S. W. (2011). Griffith's instructions for patients (8 ed). Recuperado de https://expertconsult.inkling.com/store/book/griffiths-instructions-for-patients-moore-8th/?ia_search_q=Griffith%27s%20instructions%20for%20patients&ia_view_type=all&ia_result_type=book

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

Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body image attitudes: what difference does it gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27(16), 1438–1452. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (2015). *Eating disorders statistics*. Recuperado el 12 de Febrero de 2015, de <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

National Center for Biotechnology Information. (2009). *Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and Non-Western Countries*. Recuperado el 12 de Febrero de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435625/>

National Centre for Eating Disorders. (2012). *The effects of under-eating*. Recuperado el 19 de Febrero de 2015, 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 el 18 de Febrero de 2015, de <https://www.nationaleatingdisorders.org/factors-may-contribute-eating-disorders>
- National Eating Disorders Association. (2015). *Get the facts on eating disorders*. Recuperado el 12 de Febrero 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 Bio. Chillan, Chile.
- Navarrete, L., & Ossa, C. (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>
- 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>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Sección 16: Diuréticos*. Recuperado el 11 de febrero del 2015, de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/20.html#Js5422s.20>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Temas de salud: Factores de riesgo. Recuperado el 04 de Abril del 2016, de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Ossa, C., Navarrete, L., & 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>
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Feldman, R. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. (9ª. ed.). México: McGraw Hill

- Papalia, D.E., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12^a. ed.). México: McGraw Hill
- 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.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (4), 539-549. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17007599>
- 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). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0083245>
- Pichardo, M., Justicia, F., & Fernández, M. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 37-48. Recuperado el 11 de marzo de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469004>
- Pisetsky, E. M., Chao, Y. M., Dierker, L. C., May, A.M., & Striegel- Moore, R. H. (2008). Disordered eating and substances in high-school students: Results from the youth risk behavior Surveillance system. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (5), 464-470. doi: 10.1002/eat.20520.

- Platas, R. S. (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, Ciudad de México.
- 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
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 11 (1), 53-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627697>
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos*, 31 (2), 167-177. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- 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>
- Ríos, C. (2010). *Distribución de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal y el rendimiento escolar en estudiantes de una escuela secundaria de Pachuca, Hidalgo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

- Roa, L., & Del Barrio, V. (2011). 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>
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: the limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15 (3), 267-277. doi 10.1017/S0954579403000312
- 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 São Paulo, Brazil. *Jornal of Pediatría*, 85 (2), 122-28. doi:10.2223/JPED.1882
- Samper, P., Cortes, 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>
- 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, Ciudad de México.
- Saucedo-Molina, T. J., Escamilla-Talón, T.A., Portillo-Noriega, I. E., Peña-Irecta, A., & Calderón Ramos, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60 (3), 231-240. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2008/nn083g.pdf>
- 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-Santocini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses 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, N., Berthelot, G., Simon, S., & Toussaint, J. F. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLOS One*, 36, 1-9. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.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. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (1), 67-83. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17472202>
- 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, Ciudad de México.
- 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>
- Soldado, 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

- 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.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (3), 438-444. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11016113>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128* (5), 825-848. doi:10.1037//0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (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. doi:10.1037/0033-2909.132.5.667
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *The American Dietetic Association, 103* (2), 40-51. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 817*, 98–109. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb48199.x
- 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): 315-326. 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*. (pp.95-99). United States: Pearson. Recuperado de <http://eyewitness.utep.edu/3331/Lonner&Malpass1994%20Chap%2013.pdf>

- 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>
- Toro, J.M., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x
- Toro, J., & Vilardell, J. E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca
- Unikel-Santocini, 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-Santocini, C., & Caballero, A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Berenzon, S., del Bosque, J., Alfaro, J., & Medina-Mora, M. E. (Eds.), *Guías clínicas para la atención de trastornos mentales* (pp. 1-44). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guías/trastornos_alimentacion.pdf
- Unikel-Santocini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica México*, 46(6), 509–515. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>
- Unikel-Santocini, 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. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000100003
- Unikel-Santocini, C., Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. A., Fleiz-Bautista, C., Alcántar, E. N., & Hernández, S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes

- mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica* 52 (2), 140-147. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2000/2000_conductas_alimentarias_riesgo.pdf
- University of Queensland. (2015). *Eating disorders*. Recuperado el 18 de Febrero de 2015, 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
- Urzúa A., Avendaño, F., Diaz, S., & Checura, 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
- 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., Velasco, F., & Morales, D. (2000). Estudio comparativo de familias urbanas y rurales: desarrollo y estimulación del niño. *En Familia: naturaleza amalgamada* (pp. 309-330). México: Universidad de Tlaxcala.
- 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>
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 302-312. doi:10.1207/s15374424jccp1904_2

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 (05), 811-21. Recuperado de doi: 10.1017/S0033291708004261

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>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado



**Universidad
Autónoma del
Estado de Hidalgo**



**Proyecto de investigación:
Conductas Alimentarias de
Riesgo, Funcionamiento
Familiar y Estilos de Crianza**

**¡¡Tu participación es
súper importante!!**

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.



Informes

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 Tlilcuautila S/N San Agustín Tlaxiaca
Teléfono: 7711983083
marilu.escamilla16@gmail.com

Yo _____
_____ voluntariamente,
autorizo a las alumnas de noveno
semestre de la licenciatura en psicología
para que mi
hijo/a _____

_____ conteste la encuesta acerca de sus
hábitos alimenticios y funcionamiento
familiar, comprometiéndome a
recomendarle conteste con toda
sinceridad.

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.

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.

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.

Responsables de estudio: Nelly Cruz
Ramírez, Ma. Luisa Escamilla Gutiérrez,
Rosa Gpe. Ramírez Reséndiz, Brenda K.
Ramos Hernández y Paola Torres Trejo.

Nombre y firma de autorización del padre
de familia.

Anexo 2. Encuesta de Datos Sociodemográficos



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología



**Encuesta de Datos Sociodemográficos
NIÑAS (OS)**

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____.

Responde cada una de las preguntas que tienes a continuación. Nada de lo que contestes será compartido con otras personas. Solo será usado para nuestro estudio.

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: M ___ F ___
4. Grado: _____ Grupo: _____
5. Horario de Clases: _____
6. Realizas actividades extraescolares: si ___ no ___ ¿Cuál (es)? _____
7. ¿Con quién vives?
8. ¿Trabajan tus padres?: si ___ no ___
9. ¿En que trabajan?:
10. Tus padres están: casados ___ divorciados ___ otro _____
11. ¿En qué lugar acostumbras comer?: casa ___ escuela ___ otro _____
12. Si comes en casa ¿Quién prepara los alimentos? mamá ___ papá ___ abuela ___ tías ___ otro _____
13. ¿Cuántas comidas haces al día? 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ más de 5 ___
14. ¿Cuántas veces a la semana consumes Frutas?: 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
15. ¿Cuántas veces a la semana consumes Verduras?: 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
16. ¿Cuántas veces a la semana consumes Carnes (Pollo, Res, Puerco, pescado, etc.)?: 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
17. ¿Cuántas veces a la semana consumes Pastas (Sopas)? 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
18. ¿Cuántas veces a la semana consumes Leguminosas (arroz, lentejas, Frijol, etc.)? 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
19. ¿Cuántas veces a la semana consumes Comida chatarra (dulces, sabritas, etc.)?: 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___
20. ¿Cuántas veces a la semana consumes pan o galletas?: 1 a 3 ___ 4 a 5 ___ 6 a 7 ___

Anexo 3. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (mujeres)



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología



Folio: _____

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)
Versión Mujeres

Romana Silvia Platas Acevedo y Gilda Gómez Peresmitré

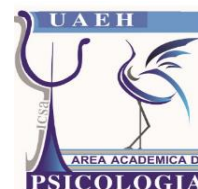
En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

(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. Procuo mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Procuo comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Anexo 4. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (hombres)



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología



Folio: _____

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II)
Versión Hombres

Romana Silvia Platas Acevedo y Gilda Gómez Peresmitré

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 el 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. Procuro 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. Procuro comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Anexo 5. Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología



Folio _____

Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños

Mirta Margarita Flores Galaz, María De Lourdes Cortés Ayala y Elías Alfonso Góngora Coronado

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					