



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA

“Prácticas de crianza alimentarias en madres con hijos con riesgo de sobrepeso y sobrepeso”

T E S I S

Que para obtener el grado de
Licenciado en Psicología

PRESENTA

De Lucio Tapia María Teresa

Director: Mtro. Arturo Del Castillo Arreola

Director adjunto: Dr. Juan José Sánchez Sosa



Pachuca de Soto, Hidalgo

Abril, 2010

Agradecimientos

El que enseguida se confía muestra su poca reflexión, quien peca se hace daño así mismo.

Sirácides, 19:4

Gracias Madre por enseñarme que no es malo doblarse, lo malo está cuando uno se quiebra, Gracias Padre por mostrarme que lo peor del humano es caer de nuevo en los mismos errores.

Gracias Luis por heredarme el esfuerzo, la lucha, la perseverancia. El próximo sueño a cumplir es verte.

Gracias César y Rosario por regresarme los pies a la tierra cuando me elevaba.

Amigas, por sus palabras cuando creía que mi estrés ya era crónico, Gracias.

Mtro. Arturo Del Castillo, Gracias infinitamente por la orientación, la paciencia y sobre todo por ser más que un tutor, un gran amigo.

Mtra. Rebe Guzmán, Gracias por su gran apoyo y por formar parte de la creación y conclusión de este sueño.

Oscar, Gracias por la motivación, el afecto y el gran apoyo que durante todo este tiempo me has dado, siempre serás parte importante por el resto de mis días. Tú y yo para siempre

Un agradecimiento especial al Dr. Juan José Sánchez Sosa, a la Universidad Nacional Autónoma de México y a los programas ECOES y PIFI.

ÍNDICE

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo 1. Psicología y Salud

<i>Evolución del concepto de salud</i>	1
<i>Evolución histórica de la Psicología de la Salud</i>	4
<i>Transición Epidemiológica y Demográfica a nivel mundial, nacional y estatal</i>	7
<i>Psicología de la Salud y Obesidad</i>	9

Capítulo 2. Obesidad infantil

<i>Epidemiología</i>	10
<i>Definición</i>	11
<i>Factores de riesgo en el desarrollo de la obesidad</i>	12
<i>Síntomas y diagnóstico</i>	14
<i>Consecuencias físicas y psicológicas</i>	16
<i>Tratamiento</i>	18

Capítulo 3. Prácticas de crianza maternas en la alimentación

<i>Prácticas de crianza maternas en la alimentación</i>	21
<i>Prácticas de crianza y adopción de prácticas de alimentación</i>	23
<i>Importancia de estudiar las creencias y prácticas de alimentación materna</i>	28

Método

Planteamiento del problema

<i>Justificación</i>	32
<i>Pregunta de investigación</i>	33
<i>Objetivos</i>	
<i>Objetivo general</i>	33
<i>Objetivos específicos</i>	33

<i>Hipótesis</i>	34
------------------------	----

<i>Variables</i>	35
------------------------	----

<i>Participantes</i>	35
----------------------------	----

Criterios

<i>Criterios de inclusión</i>	36
<i>Criterios de exclusión</i>	36

<i>Tipo de estudio</i>	39
------------------------------	----

Diseño de investigación..... 40

Instrumento..... 40

Procedimiento..... 41

Resultados

Resultados..... 43

Discusión y Conclusión

Referencias

Anexos

Resumen

Pocas cuestiones en el campo de la salud pública han tenido tanta relevancia en los últimos años como la obesidad. Esta situación se ha relacionado con las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que nos explican cambios importantes en la cultura alimentaria de nuestro país. Nuevos informes han revelado que la obesidad sigue en ascenso, teniendo en la actualidad en nuestro país a 4.1 millones de escolares y a uno de cada tres adolescentes con peso por arriba del recomendado para su edad. La obesidad en etapas tempranas, trae consigo consecuencias físicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas entre otras; y consecuencias psicológicas como poca destreza y habilidad en relación a los niños de su edad, depresión, sentimientos de soledad. Se ha descubierto que el rol que juega la familia, sus creencias, prácticas y actitudes hacia la alimentación son importantes ante la exposición de la comida en los niños; teniendo la madre influencia importante en la forma en que el niño se comporta con respecto a la alimentación. El presente estudio, tuvo como objetivo principal determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar, y las diferencias entre las categorías de IMC de las madres, su escolaridad y ocupación, con respecto a sus propias creencias y prácticas de alimentación en una primaria de Pachuca, Hidalgo. Participaron 417 escolares con sus madres, quienes fueron seleccionados bajo un muestreo no probabilístico intencional. Se utilizó la escala de Actitud, creencias y prácticas de las madres hacia la alimentación infantil (Navarro, 2006), y se evaluaron peso, talla y datos sociodemográficos de madres y sus hijos. Los datos se analizaron utilizando la correlación de Pearson, análisis de varianza de un solo factor y la prueba Scheffe. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el IMC y escolaridad de las madres con respecto a sus creencias y prácticas de alimentación, también una relación significativa entre el IMC de las madres y cuatro de los factores de la escala. El estudio genera información de importancia para promover mejores programas de salud que puedan partir desde la raíz del problema.

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, creencias y prácticas de alimentación, IMC.

Abstract

Few questions in the field of the public health have had so many relevancies in the last years as obesity. This situation has been related to the demographic, epidemiological and nutritional transitions, which explain important changes in Mexican alimentary culture. Recent investigations have revealed that obesity prevalence continues in ascent, at present in Mexico, 4.1 million students and one of every three teenagers have an overweight recommended for their age. Obesity in early stages of life bring physical consequences as diabetes mellitus, arterial hypertension, cardiac illness among others and psychological consequences like few social skills in relation to the children of his age, depression and feelings of loneliness. It has been discovered that the roll that family plays in these situation it's very important. Mother's beliefs and practices are important in the form in which child behaves with regard to alimentation. The present study had as a principal purpose to determine the relation between mother's beliefs and practices of alimentation with their children's Body Mass Index (BMI), as well as to determine the difference between mother's BMI, scholar status and occupation with their beliefs and practices of alimentation. Participants included 417 scholars with their mothers that were selected under an intentional non probabilistic sampling. The scale of *Attitude, belief and practice toward children nutrition* (Navarro, 2006) was used. Mothers and children's weight and size as well as socio-demographic data were collected. Data was analyzed through Pearson correlation, single factor analysis of variance and Scheffe test. Statistically significant differences were found in the mothers beliefs and practice towards alimentation by their BMI and scholar status. Also a significant relationship between mothers BMI and four factors in the scale was found. This study generates important information that could be used to promote better health programs that can began with the roots of the problem.

Keys words: overweight, obesity, beliefs and practice of alimentation, BMI.

Introducción

La obesidad o excesiva acumulación de grasa en el organismo, constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas. Los datos epidemiológicos de los que disponemos indican un aumento de la prevalencia en la mayor parte de países del mundo (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO, 2000]).

En los últimos años se ha presentado un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México (Calzada, 2007), teniendo aproximadamente poco más de la cuarta parte (26 por ciento) de la población infantil con esta problemática (Korbman de Shein, 2007; Olaiz-Fernández, 2006).

Encontrando que, los efectos adversos y los riesgos de la obesidad para la salud en etapas tempranas de la vida pueden incluir a corto plazo tanto problemas físicos como psicosociales (Aranceta, Ribas y Serra, 2005).

El desarrollo de la obesidad depende de factores tanto genéticos, conductuales y ambientales relacionados al proceso de urbanización, hábitos alimentarios, la forma de procesar y consumir alimentos, así como también la reducción importante de la actividad física (Hernán, 2002; Toussaint, 2000).

Se sabe también que existen en la adquisición de hábitos y en el establecimiento del comportamiento alimenticio, influencias que recaen principalmente, en tres ambientes clave: familiar, educativo y comunitario (Montage, 2002).

Así mismo, se ha tratado de explicar la influencia de las creencias y prácticas de alimentación de los padres con la obesidad infantil; siguiendo la línea de que los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimientos de las conductas alimentarias y de ejercicio (Vázquez, 2004).

Las creencias y prácticas que los padres tienen hacia la alimentación también influyen en el desarrollo de obesidad infantil. Los padres enseñan a través del ejemplo los hábitos de alimentación que el niño hará suyos en el futuro; si la madre tiende a comer alimentos altos en grasas y carbohidratos, ese será el menú que seleccionará para su familia (Korbman de Shein, 2007).

Las madres motivan a sus hijos a comer mayores cantidades de comida que a sus hijas, por lo cual, se reporta que en la población infantil mexicana los varones tienden a ser más obesos que las niñas puesto que, en los niños se da una alimentación indulgente considerando su peso como un símbolo de salud (Brewis, 2003).

Con la intención de aportar información sobre las creencias y prácticas maternas de alimentación en una población en particular, este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el IMC de las madres de niños en edad escolar, sus creencias y prácticas de alimentación maternas, y la diferencia entre el IMC de las mismas, su escolaridad, ocupación y percepción del peso del niño en las creencias y prácticas de alimentación maternas de una primaria de Pachuca, Hidalgo.

Presentando en el capítulo 1 aspectos de la Psicología de la Salud y su relación con problemáticas como la obesidad, el capítulo 2, llamado obesidad infantil contiene la definición de obesidad, sobrepeso, factores de riesgos, consecuencias tanto físicas como psicológicas que pueden presentar los niños al padecer esta problemática y los trastornos existentes para combatirla. Mientras que en el capítulo 3 se trata de explicar cómo las creencias y prácticas de alimentación de las madres, tienen influencia en la formación de hábitos alimentarios en las generaciones siguientes.

Por último, en los capítulos restantes se describen el método, los resultados y finalmente la discusión y conclusión.

Capítulo 1. Psicología y Salud

La morbi-mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios que lo alejan de las antiguas epidemias de enfermedades infectocontagiosas. La psicología de la salud constituye, el reconocimiento de que el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también de factores ambientales y psicosociales y ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran en parte ignoradas (Flores, 2004).

Evolución del concepto de salud:

El concepto de salud ha evolucionado en función del momento histórico, cultural y social. En los primeros años de la historia, los hombres primitivos mantuvieron un pensamiento mágico para explicar las enfermedades (Morales, 1997), señalando que la salud corría peligro debido a espíritus provenientes del exterior que se introducían en el cuerpo (Beneit y Latorre, 1994); interviniendo a sus enfermos a través de curanderos o brujos que tenían el conocimiento para alejar a los malos espíritus, delimitando la enfermedad a un ámbito demoníaco (Reynoso y Seligson, 2007).

En Grecia Hipócrates, consideró que la enfermedad era una expresión del organismo debido a perturbaciones en el mismo, teniendo esta una causa natural y, a su vez, reconociendo la importancia de diversas características personales así como, la falta de equilibrio de cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra (Morales, 1997).

En la misma época, Platón explicaba tanto la salud como la enfermedad a través de un principio no material (alma divina o pneuma), el cual al modificarse traía como consecuencia procesos patológicos. La enfermedad no era más que un castigo enviado por el cielo y debido a ello, los medicamentos no producían ningún efecto

en ella, por lo tanto, era necesario acudir a los ritos, himnos y música para hacerle frente (Morales, 1997).

En el oscurantismo, algunos de los brujos y curanderos que existían ingresaron a la religión, añadiendo nuevas alternativas de curación como el agua bendita, la comunión y los exorcismos. Los primeros cristianos, consideraban que la enfermedad era únicamente una señal de elección de Dios para el enfermo (Beneit y Latorre, 1994; Reynoso y Seligson, 2007).

Posteriormente, los árabes sustentaron enfoques materialistas para dar una explicación con respecto a la salud y a la enfermedad, apuntando el efecto a la existencia de un equilibrio o desequilibrio de seis principios: aire puro; comidas y bebidas moderadas; el descanso y el trabajo; la vigilia y el sueño; lo superfluo y las emociones (Morales, 1997).

En el renacimiento se permitió una revalorización de conocimientos de la humanidad, surgiendo instrumentos ópticos como el microscopio, ayudando así en la observación de microorganismos. Así surgió la microbiología en el siglo XIX, teniendo como antecedentes: la concepción causal de las enfermedades, las leyes de la genética y el modelo biogénista; surgidos estos últimos; en el siglo XVIII (González, 2002; Morales, 1997).

Cuando se hizo presente dicho modelo, aumentaron de manera considerable los conocimientos acerca de la enfermedad, exponiéndose una variedad de procesos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano sano o enfermo (Morales, 1997).

La idea de que muchas enfermedades podían tener un origen específico, abrió una corriente de interés por descubrir nuevos agentes patógenos y combatirlos; obteniendo Leavell y Clark un modelo de posible causalidad de la enfermedad, agente, huésped y ambiente (Morales, 1997; Vega, 2000).

Según Morales (1997), históricamente, la salud ha recibido explicaciones dirigidas hacia el polo negativo (la enfermedad), quizá por las manifestaciones

dolorosas de la misma que obligan a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o reducirlas. En el siglo XX, en el modelo biomédico, se definía a la salud únicamente como ausencia de enfermedad, (Beneit y Latorre, 1994) y se sustentaba en dos ideas básicas (Engels, 1977):

1. El dualismo mente-cuerpo, cuya implicación consiste en que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente al dominio espiritual.
2. El reduccionismo, que sostiene que la enfermedad se limita a reacciones físicas y químicas, poniendo a los factores emocionales y de comportamiento ajenos a él.

En contraste con el modelo biomédico está el modelo biopsicosocial, aquí se hace hincapié en la salud positiva, visualizando la enfermedad como el resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales (Beneit y Latorre, 1994).

En este modelo se admite que las causas que interactúan con los procesos saludables y patológicos son diversas, pues intervienen tanto el contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, climáticas, cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc. (Oblitas, 2006).

En este mismo modelo (biopsicosocial), se entiende el proceso salud enfermedad como la dinámica existente del paso de los umbrales tanto de ausencia de daño morfológico y de limitaciones funcionales, así como también, un cierto nivel de bienestar subjetivo, social y de desarrollo de la personalidad de acuerdo a determinadas condiciones (Morales, 1997).

Para la Organización Mundial de la Salud ([OMS] ,1946), la salud es: un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, a pesar del uso de esta definición, existen críticas, acerca de que describe la salud con un valor muy general (Morales, 1997).

Terris (1992), considera la definición de la OMS imperfecta, sugiriendo la existencia de varios grados de salud; modificando la palabra enfermedad por el

término dolencia; definiendo la salud como un estado de bienestar físico, mental y social que permite una funcionalidad y no únicamente la ausencia de dolencia o afección.

Como hemos visto, el concepto de salud ha pasado por diversas definiciones; primero relacionándose con las condiciones de vida o castigos, posteriormente con la concepción de proceso dinámico y variable entre el organismo humano y su ambiente; siendo proceso salud-enfermedad (Morales, 1997); ya que, las causas fundamentales de muerte pasaron de ser enfermedades infecciosas a aquellas que se relacionan con un estilo de vida insalubre; contemplando la salud como la presencia de un bienestar positivo; abogando por una perspectiva más amplia de la salud y enfermedad (Beneit y Latorre, 1994).

Evolución histórica de la Psicología de la Salud

Al estudiar la salud desde un panorama psicológico se parte desde el punto de que el comportamiento de un individuo en su interacción con su entorno es el objeto de estudio (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Para Beneit y Latorre, (1994), la psicología de la salud ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan la salud así como, diagnosticar y tratar ciertas enfermedades, modificando factores de comportamiento involucrados en la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Esta nueva rama de la psicología tiene como antecedentes principales: a) su utilización en Cuba desde 1968 (Morales, 1997); b) la creación en 1978 de la División 38 de la American Psychological Association, (Luzoro, 1992), cuyo objetivo es fomentar y difundir la contribución de los psicólogos a un mejor conocimiento de la salud y la enfermedad.

Debido al interés de vincular la psicología con los problemas de salud más allá de la salud mental, se formó la Psicología de la Salud, (Beneit y Latorre, 1994), en la cual; se hace énfasis en la prevención y promoción de la salud, no sólo previniendo

la aparición de problemas en las personas, sino logrando una contribución a la mejora de la calidad de vida (González, 2002). La aceptación del concepto psicología de la salud incluye como marco de referencia, la inclusión de tres aspectos: biológico, psicológico y social (Rodríguez, 2001).

Los antecedentes de la psicología de la salud se ubican en la Psicología Clínica, Psicología Médica y Medicina Conductual (Martín Alonso, 2003), los cuales, se describen a continuación.

La Psicología Clínica, el más añejo de estos modelos, surgió desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad mental y estrechamente asociado a la psiquiatría (Martín Alonso, 2003), cuyo objetivo es estudiar la salud e intervenir para obtener la prevención de la enfermedad o daño sobre una población que, aun estando sana, puede presentar ciertos riesgos (Santacreu, 1991).

Mientras la psicología clínica surgía como una consecuencia de la práctica de los psicólogos, la psicología médica tuvo su origen en Europa a principios del siglo XX en la actividad de los médicos (Morales, 1997).

La psicología médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico, a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al igual que analizar la participación del psiquismo en la génesis de las enfermedades somáticas y al estudio de la relación médico-paciente; tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo (Martín Alonso, 2003).

Cabe resaltar que una influencia importante sobre la psicología médica fue la llamada medicina psicosomática (Morales, 1997), donde se analizan los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores psicológicos que intervienen ocasionando la enfermedad (Beneit y Latorre, 1994).

La medicina psicosomática, se desarrolló en base a la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en el origen, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgiendo para dar respuesta a las afecciones que no se explicaban dentro del modelo médico tradicional (Oblitas, 2006).

Dando continuación a la psicología médica, surgió la medicina conductual, destacándose el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades buscando los medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y prevención de enfermedades (Martín Alonso, 2003); intentando utilizar la psicología y las ciencias del comportamiento junto con la medicina para promover la salud y el tratamiento de las enfermedades (Beneit y Latorre, 1994).

Entre las definiciones de la psicología de la salud se encuentra la de Matarazzo (1980), quien la define como la suma de aportaciones docentes y de educación; profesionales y científicas de la disciplina de la psicología tanto para la promoción y mantenimiento de la salud, como para la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines y para el análisis de la mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias.

La psicología de la salud comprende también, cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en los sistemas de salud, deduciendo su papel dentro de los problemas que están relacionados con los estilos de vida, la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas que tratan de evitar enfermedades agudas o crónicas, tratando de incluir la intervención psicológica en los momentos de evolución de la enfermedad (Martín Alonso, 2003).

El interés en el estudio del papel de la conducta en la enfermedad y en la muerte han aumentado, por lo tanto, existe un incremento de investigaciones epidemiológicas que se enfocan en la relación entre conducta y enfermedad, es decir, el nivel de riesgo de morbilidad y mortalidad de las mismas está relacionado con el estilo de vida (Reynoso y Seligson, 2002).

Transición Epidemiológica y Demográfica a nivel mundial, nacional y estatal

El término transición epidemiológica y demográfica, se refiere a los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, que progresivamente pasan de presentar perfiles con causas agudas (fundamentalmente infecciosas), a situaciones que prevalecen en enfermedades crónicas (Durán, 2005).

En los modelos tradicionales de transición epidemiológica, se tiene como supuesto que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional asociada a la fertilidad; distinguiéndose la era de las epidemias y la peste, la era del receso de las pandemias y cuando, las enfermedades infecciosas en la transición epidemiológica fueron desplazadas progresivamente por enfermedades degenerativas y otras producidas por el ser humano y sus estilos de vida. Para hablar de esta transición es importante no olvidar tres variables: las demográficas, sociales y económicas (Santos, et al., 2003).

Es por eso que en la transición epidemiológica se han colocado a los problemas crónicos y degenerativos en un lugar predominante dentro del perfil de salud de la población, indistintamente de las regiones geográficas y las condiciones socioeconómicas (Amigo, 2003).

Los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad se acompañan de cambios en las características demográficas, así como en estilos de vida y hábitos alimentarios; es por esto que la transición epidemiológica se presenta asociada a un complejo proceso que afecta a diferentes condiciones poblacionales (Durán, 2005).

Enfocándonos en nuestro país, México; el modelo de transición epidemiológica queda definido por procesos sociales y de salud, como: variables demográficas y patrones reproductivos; el empleo y la educación; la salud y la sexualidad y el acceso a los servicios en general (Santos, et al., 2003). En 1960, por ejemplo, la tasa de mortalidad era de 11.5, 40 años más tarde era de 4.5; la esperanza de vida al nacer era de 57 años y ahora lo es de poco más de 75 (De La Fuente, 2004).

En los últimos años, nuestra población se ha encontrado inmersa en el fenómeno denominado transición nutricia, que acompaña a la transición demográfica y define

de manera importante a la transición epidemiológica. La sustitución de los padecimientos infecciosos como causas de muerte por los problemas crónicos degenerativos está relacionada con la emergencia de la obesidad, dado que es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 y algunos tumores malignos (Amigo, 2003).

En América Latina, se han observado aumentos en el consumo calórico total, particularmente a partir de azúcares y grasas, y descensos variables en el consumo de cereales y frutas (Durán, 2005).

En el ámbito poblacional, México cuenta con información de dos Encuestas Nacionales de Nutrición (1988, 1999) y con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. En esta última se describe la polarización epidemiológica de nuestro país; por un lado cifras altas de desnutrición y anemia, y por el otro, aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar, adolescentes y adultos (Olaiz-Fernández, et al. 2006).

Es claro que la transformación del perfil epidemiológico de México en los últimos 70 años se asocia fundamentalmente al desarrollo socioeconómico del país, por lo tanto, es importante también hacer notar que la transformación tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos que se consumen actualmente en México, han sufrido un gran cambio (Sánchez, Pichardo y López, 2004).

La posibilidad de que la población modifique sus hábitos se vuelve difícil; por lo cual el enfoque de la transición epidemiológica debe centrarse en el momento actual en la polaridad socioeconómica, más que en la mortalidad (Santos et al., 2003); ya que, actualmente el comportamiento y estilo de vida individual están fuertemente implicados en el desarrollo de enfermedades, por lo cual, la psicología se ha visto implicada en los asuntos relacionados con la sanidad (Beneit y Latorre, 1994).

Psicología de la Salud y Obesidad

Como hemos mencionado, la psicología de la salud intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a este, y cómo responde la persona cuando está enferma (Taylor, 1986 en Beneit y Latorre, 1994).

En este sentido, se han llegado a considerar varias teorías psicológicas con respecto a la obesidad, explicando diversos modelos, entre ellos: los modelos de aprendizaje cognoscitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico y el ambientalista (López y Vázquez, 2001).

Incluyendo que los psicólogos de la salud deben utilizar técnicas para tratar de modificar comportamientos implicados en la aparición de enfermedades y así mismo, utilizar habilidades para aliviar el dolor y reducir el estrés, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los pacientes y a los miembros de la familia a convivir con las enfermedades (Beneit y Latorre, 1994). Para ello en el capítulo siguiente, se abordan puntos importantes dentro de la obesidad que permitirán un mejor entendimiento de la problemática.

Capítulo 2. Obesidad infantil

La obesidad infantil se ha convertido en un problema de proporciones epidémicas; el comer excesivamente, la falta de ejercicio y el estilo de vida sedentario trae consigo la obesidad y un mayor riesgo de mortalidad. Esta problemática aqueja a una gran parte de la población mundial y sin embargo su etiología es aun compleja pero a grandes rasgos, se puede decir que se presenta cuando la ingesta calórica es mayor al gasto energético (Díaz-Encinas y Enríquez-Sandoval, 2007).

Epidemiología

La obesidad es un trastorno metabólico y nutricional cuyos antecedentes se remontan a las primeras civilizaciones de la humanidad, como lo muestran las momias egipcias, esculturas griegas y pinturas de personas obesas (Hernán, 2002).

Anteriormente, la obesidad no se consideraba un trastorno metabólico crónico sino más bien psicológico y por lo tanto no era posible un tratamiento médico, su evolución quedaba librada a la voluntad del paciente (Díaz, 2005).

Así mismo, este fenómeno, se consideraba un problema exclusivo de países de altos ingresos, sin embargo, el sobrepeso y la obesidad están aumentando considerablemente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano, hecho que refleja un aumento de la morbimortalidad (SEEDO, 2000; OMS, 2004).

En el año 2005 se calculó que en todo el mundo había al menos 1600 millones de adultos con sobrepeso, 400 millones con obesidad y al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso por lo cual, se calcula que en el mundo, para el 2015, habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2006a; OMS, 2008; OMS/Federación Internacional de Diabetes [FID], 2004).

En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado de manera considerable en los últimos 25 años (Calzada, 2007). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 2006, en nuestro país, 4.1 millones de escolares, que representan el 26 por ciento de la población infantil y uno de cada tres adolescentes, se encuentran por arriba del peso recomendado para su edad (Korbman de Shein, 2007; Olaiz-Fernández, 2006).

En el estado de Hidalgo, la distribución de acuerdo con el tipo de residencia mostró que 15 por ciento de los escolares de localidades rurales tienen sobrepeso en comparación con los escolares de las localidades urbanas con una prevalencia de 21.1 por ciento (Olaiz-Fernández, 2006).

Definición

Debido a esta transición epidemiológica, se definió en 1998 al sobrepeso como el Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 25; y a la obesidad como un IMC igual o superior a 30 (Castellanos, 1998).

El Índice de Masa Corporal o BMI (siglas en inglés) se refiere al resultado obtenido del peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros; constituyendo la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad; sin embargo, debe considerarse como un aproximado pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos, este IMC igualmente sirve para obtener un diagnóstico aproximado tanto de sobrepeso como obesidad (OMS, 2006a).

Ortiz (2002), señala que el IMC es un indicador que presenta algunas limitaciones pues esta medida, depende de la estatura, a lo que él señala que las personas más altas pueden tener valores más elevados sin implicar necesariamente mayor porcentaje de grasa corporal; aun así, Cárdenas, Haua, Suverza y Perichart, (2005), sugieren que, el peso y la talla son generalmente consideradas como las medidas más importantes para evaluar un crecimiento y estado de nutrición normales.

La definición de obesidad, va desde un puntaje de IMC, hasta definiciones más complejas; Korbman de Shein (2007), considera a la obesidad y el sobrepeso como el almacenamiento de tejido graso; identificándose el peso mayor al peso promedio correspondiente a la talla y edad del individuo; siendo para Hernán (2002) un trastorno metabólico y nutricional de serias consecuencias para la salud. Siendo también el exceso de ingestión no relativo al gasto de energía, implicando que el sistema fisiológico que controla la ingestión de alimentos no funcione de manera adecuada (Lara, 2004).

Factores de riesgo en el desarrollo de la obesidad

Cabe mencionar que la etiología es compleja, ya que el desarrollo de sobrepeso u obesidad depende de las diferencias en la susceptibilidad para cada persona y grupo social influyendo también factores genéticos, conductuales y ambientales relacionados al proceso de urbanización, hábitos alimentarios, forma de procesar y consumir alimentos, así como también la reducción importante de la actividad física (Hernán, 2002; Toussaint, 2000).

La OMS (2002a) define factor de riesgo como al aumento de la probabilidad de un resultado adverso. Un IMC de 21, es un factor de riesgo en el desarrollo de sobrepeso u obesidad ya que, se acerca a los umbrales establecidos para determinar alguna de estas problemáticas.

Dentro de los riesgos genéticos involucrados en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad se identifican: la homeostasis energética, la regulación hipotalámica del apetito, los genes de la leptina y su receptor beta-3 adrenérgico; los cuales según investigaciones intervienen en el centro del hambre, en la regulación del peso, en el número y tamaño de los depósitos de grasas o adipocitos y en la distribución del tejido graso en diferentes partes del cuerpo así como en el consumo energético del mismo (Toussaint, 2000).

Igualmente, el gasto energético basal y total disminuido influye en cierta medida en el desarrollo de sobrepeso u obesidad; este gasto de energía se compone de la

interrelación de tres procesos: La tasa metabólica en reposo, la termogénesis y la actividad física (Toussaint, 2000).

Los dos primeros se refieren básicamente a procesos en donde el organismo regula y mantiene sus órganos y sistemas en equilibrio con su propio medio interno y externo; en cuanto a la actividad física, es cualquier movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo por lo que, la disminución de gasto de energía por alguna alteración de estos tres procesos puede ser un factor en el aumento de peso (Toussaint, 2000).

Dentro de los factores conductuales encontramos los estilos de vida, fundamentalmente los hábitos alimentarios como el consumo de alimentos bajos en fibra, ingestión de bebidas con alta densidad energética, primordialmente aquellas azucaradas, jugos y leche entera; en México, el 21 por ciento del consumo energético total de los adolescentes y adultos mexicanos proviene de las bebidas; en combinación con una escasa actividad física; asociada con la urbanización, como transporte, elevadores, horas sentados frente a computadoras, televisión o video juegos y la escasez de espacios físicos, etc. (Fomento Nacional de Salud [FNS], 2002; Gutiérrez, 2005; Rivera, et al., 2008).

Igualmente pueden estar influyendo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad las prácticas de crianza, en estas se integran conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le asigna al proceso de alimentación del niño; considerando dentro de éstas, las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención, tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación (Vera, 1996).

Por ejemplo, Korban de Shein, (2007), en sus investigaciones ha encontrado que los padres enseñan a través del ejemplo los hábitos de alimentación que el niño hará suyos en el futuro; si la madre tiende a comer alimentos altos en grasas y carbohidratos, ese será el menú que seleccionará para su familia.

Por lo que respecta a los factores ambientales, podemos englobar los económicos (ingreso familiar, costo de los alimentos); políticos (formales: leyes y políticas públicas e informales como: reglas institucionales incluyendo las del hogar);

socioculturales (influencia de amigos, valores, escuela, vecindario, hogar) y físicos (disponibilidad de alimentos en casa, escuela, propaganda comercial), en los que se desenvuelve el niño y que tienen poderosas influencias sobre la conducta (Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD], 2008).

Síntomas y diagnóstico

Los síntomas comunes que se presentan en quienes comienzan a tener sobrepeso u obesidad incluyen (The University of Virginia Health System, 2008):

- Rasgos faciales desproporcionados
- En los varones, adiposidad en la región de los senos y genitales externos que pueden parecer desproporcionadamente pequeños
- Aumento de adiposidad, especialmente en los muslos y parte superior de los brazos
- Aparición de genu valgum (rodillas juntas)

Además de un IMC entre 25 y 29.9 para el diagnóstico de sobrepeso, de 30 a 34.9 obesidad ligera, 35 a 39.9 obesidad moderada, y con una obesidad extrema si el resultado es de 40 o más (Korbman de Shein, 2007; OMS, Castellanos, 1998).

Tomando en cuenta los síntomas, se han implementado medidas antropométricas de diagnóstico referentes a estos trastornos metabólicos, estas medidas son de gran ayuda para la evaluación del crecimiento en las distintas etapas; comprendiendo medidas como: longitud supina (talla) de pie y sentado, peso, envergadura (distancia en centímetros entre el dedo medio de la mano derecha y la izquierda), altura acromial (distancia del suelo a la extremidad externa de la clavícula), altura radial (distancia existente del codo al piso), altura estiloidea (distancia entre el suelo y la muñeca), altura ileoespinal (distancia entre el piso y el comienzo de la espina dorsal), altura tibia lateral (Cárdenas, Haua, Suverza y Perichart, 2005).

Así mismo, las longitudes de los pliegues cutáneos que se refieren al espesor de una capa doble de piel y el tejido adiposo subyacente expresando su resultado en milímetros y tomando dichas medidas de 2 a 3 veces, los pliegues más comunes a evaluar son, los tríceps, subescapular, pectoral, axilar medio, ileocrestal, supraespinal, abdominal, así como el muslo anterior y pierna; tomando en cuenta también, el perímetro de la cabeza, pecho, cintura, cadera, muslo, pierna, tobillo, brazo (Sillero, 2005).

La OMS (2003) a través de un estudio exhaustivo, estableció los patrones de crecimiento infantil, las cuales permiten conocer el desarrollo adecuado en el niño a partir del establecimiento de curvas de crecimiento que especifican los parámetros antropométricos con las que el infante debe contar.

Posteriormente, la misma organización señala que se sigue trabajando en este tipo de parámetros de medición debido a la dificultad que existe en la evaluación de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 14 años (OMS, 2006a).

Fernández (2005), por su parte, señala que existen tres medidas de evaluación que pueden utilizarse para diagnosticar el sobrepeso u obesidad en los infantes:

- Puntuaciones Z, donde se presenta el número de desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media o mediana de referencia ($>2z$, está excedido de peso por arriba de lo normal y en general son clasificados como niños con sobrepeso u obesidad);
- Percentiles, que se refieren a la ubicación de un individuo en una determinada distribución de referencia (los criterios establecidos para detectar sobrepeso y obesidad en este sistema son el P85 y P95 respectivamente) y
- Porcentajes de la mediana, que son la expresión del indicador en porcentaje con respecto a la mediana de la población de referencia, es decir, el IMC.

A partir de estos sistemas se pueden evaluar los indicadores antropométricos de los niños, como son la talla para la edad, el peso para la talla y el peso para la edad.

La medida en percentiles propuesta por Fernández (2005); es retomada de Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2007), quienes proponen a través de la National Health and Nutrition Examination Survey unas tablas referentes al crecimiento de las personas, estableciendo estadísticas que indican sobrepeso cuando el valor del IMC es igual o superior al centil 75, obesidad cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 85, obesidad grave, cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 97.

Consecuencias físicas y psicológicas

El sobrepeso y la obesidad en una edad temprana pueden traer consigo diversas consecuencias como discapacidad en la edad adulta y/o la muerte (OMS, 2006a).

Las consecuencias físicas del sobrepeso y la obesidad incluyen (Barquera, Carrión, Flores, Espinoza, Campos y Macías, 2005):

- Hipertensión arterial (presión alta)
- Hiperlipidemia (incremento de lípidos en la sangre)
- Infarto al corazón
- Derrame cerebral
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca (agrandamiento del corazón)
- Insuficiencia venosa o várices (alteraciones circulatorias)
- Piedras en la vesícula
- Cáncer de mama
- Daño renal
- Problemas articulares (en pies, rodillas, columna vertebral o cadera), entre otras.

Además de las consecuencias señaladas, también pueden presentarse: edad ósea avanzada, incremento en la talla, aumento del compartimento adiposo, presentación temprana de la menarca, esteatosis hepática con elevación de

transaminasas (enzimas cuya alteración desencadena enfermedades en el hígado); apneas al dormir, ovario poliquístico y colelitiasis (Toussaint, 2000).

Cabe señalar que el sobrepeso y la obesidad también traen consigo consecuencias psicológicas, estas pueden ser de tipo cognitivo, conductual y emocional, así como factores de tipo social y cultural. A causa de la limitada aceptación social este se percibe diferente a los demás, sintiéndose ajeno a su grupo de edad presentando dificultades para socializar adecuadamente ocasionando retraimiento y aislamiento, sensibilidad excesiva ante las críticas, apatía (Korbman de Shein, 2007).

Así mismo, el infante puede presentar sentimiento de soledad, menor destreza y agilidad que el resto de los niños de su edad (dificultad para realizar actividades físicas, juegos y deportes propios de su edad), malestar por su apariencia física, síntomas depresivos, ansiedad elevada, baja autoestima, alteraciones en la dinámica relacional familiar, bajo rendimiento académico y sentimiento de inferioridad (Méndez Carrillo, Ortigosa-Quiles y Quiles-Sebastián, 2003).

Estos problemas se pueden presentar sobre todo en niñas, como consecuencia de la discriminación precoz y sistemática que sufren por parte de sus compañeros, familiares y la sociedad en general, afectando a muchos aspectos de su vida. Este rechazo tiene su origen en factores culturales que identifican la delgadez como perfección (Wardle y Cooke, 2005).

Actualmente en la mayoría de las culturas, la gente obesa se asocia con un estereotipo negativo, el cual es expresado por los niños desde los cinco años de edad. Los estudios que se han realizado a estas edades sobre depresión y autoestima deficiente, se han asociado con la obesidad (Toussaint, 2000).

Sin embargo, y a pesar de las consecuencias descritas anteriormente, es bien sabido que no existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino, la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, entre otros) (Guzmán-Saldaña, 2008).

Tratamiento

Es de importancia señalar que todo tratamiento debe estar precedido por una valoración completa de la dieta, el estilo de vida e historia clínica, existiendo también análisis de laboratorio necesarios para descartar posibles riesgos y complicaciones de la obesidad; así como, la existencia de factores psicológicos, sociales y culturales (Barquera, Carrión, Flores, Espinoza, Campos y Macías, 2005).

Así mismo, el tratamiento del sobrepeso y la obesidad deben tener un enfoque interdisciplinario puesto que, no se trata únicamente de establecer una dieta o modificar los hábitos alimenticios, sino que también implica el apoyo familiar para la modificación de los factores que influyen en su desarrollo (Korbman de Shein, 2007).

Sabemos que la obesidad es una enfermedad de la nutrición y exige por ello, como tratamiento, un manejo nutricional el cual debe tomar en cuenta: el estado nutricional, la alimentación del paciente, el establecimiento de un plan alimentario, modificaciones de hábitos para la actividad física y un seguimiento (Bourges, 2004).

El tratamiento farmacológico incluye, fármacos antiobesidad, los cuales reducen la ingesta calórica aumentando los impulsos anorexígenos (supresores o inhibidores del apetito) o disminuyendo los orexígenos (enlaces peptídicos fomentadores del hambre), disminuir la absorción intestinal de grasas, aumentar la termogénesis y, actuar sobre la adiposidad (Behar, 2002; Díaz, 2005); junto con una explicación del médico sobre dosis, duración de la toma, interacción con otros insumos o medicamentos, reacciones adversas y efectos colaterales (Barquera, Carrión, Flores, Espinoza, Campos y Macías, 2005).

Otro tratamiento importante es el psicológico el cual, puede llevarse a cabo mediante una terapia individual, grupal o familiar, tomando en cuenta para cualquiera de ellas que tanto los niños como los padres, deben ser orientados por el psicólogo sobre los aspectos que se aplicarán en el programa sugerido para bajar de peso; no olvidando que uno de los propósitos del tratamiento es descubrir las razones por las que el niño está comiendo en exceso (Korbman de Shein, 2007).

Dentro de este tipo de tratamiento podemos encontrar el cognitivo-conductual, esta terapia se basa en el principio de que las emociones del ser humano, su personalidad, pensamiento y lenguaje están determinados por los principios del aprendizaje. Este tipo de terapia debe contar con objetivos, algunos de ellos pueden ser: lograr un cambio de actitud ante la obesidad, modificar en cierta medida sus hábitos de alimentación, establecimiento de metas como bajar un determinado número de kilogramos, entre otros (Korbman de Shein, 2007).

Por todos los problemas que conlleva la obesidad, es indispensable que la población y los prestadores de servicios de salud estemos consientes de la importancia que tiene el evitar el desarrollo de la misma incluso desde los primeros meses de vida, diagnosticar y calificar de manera oportuna y adecuada el sobrepeso y la obesidad, determinar las complicaciones que se generan por el exceso de masa adiposa y establecer acciones encaminadas a la resolución del problema (Calzada, 2007).

La OMS (2006b), planteó una estrategia para prevenir el sobrepeso y la obesidad, admitida por la Asamblea de la Salud, en ella se describen las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y actividad física regular; pidiendo se actúen a nivel mundial, regional y local para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición.

El INSP (2007), por su parte, planteó un Plan Nacional de Desarrollo que abarca del año 2007 al 2012, con diversas estrategias de salud entre las cuales destaca tratar de promover actividades físicas en los planteles escolares y el deporte en todo el sistema educativo, ya que el INSP, considera que la obesidad y el sedentarismo son hoy en día los principales problemas de salud.

La Asociación Americana del Corazón ([AHA], 2009), reconoce la importancia de que los niños y adolescentes realicen algún tipo de actividad física por lo menos 30 minutos, no solo como tratamiento sino también como medio de prevención en el desarrollo de sobrepeso, obesidad, enfermedades coronarias y Diabetes tipo 2,

debiendo ser una actividad del agrado del menor y de tipo moderado a intenso según la edad del mismo, siendo los padres quienes jueguen el rol de modelos para crear un estilo de vida activo en los niños.

Podemos ver que la solución es tan compleja como su propia etiología, pero en todo el mundo se está de acuerdo en que se deben desarrollar programas, para prevenir la obesidad en los niños, y con ello reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas a ella en la edad adulta. Teniendo en cuenta que los dos puntos principales deben ser: promover la actividad física, intentando que se tenga un estilo de vida más activo, limitando las horas de televisión y computadora principalmente; el segundo se centra en la educación alimentaria, la cual debe dar herramientas al individuo para poder lograr una dieta correcta de acuerdo a sus características propias. Esta educación debe llegar no solo a los padres y maestros, sino también a médicos y paramédicos, para que sean capaces de prevenirla, diagnosticarla y de ser posible tratarla de forma adecuada (Toussaint, 2000).

Un aspecto importante que no se debe olvidar para prevenir el desarrollo de la obesidad y evitar sus consecuencias son las prácticas de crianza, dentro de ellas, las creencias y prácticas de alimentación, aquellas que han sido transmitidas de generación en generación y que además se han ido modificando con el paso del tiempo como una medida para ajustarse a la vida global, modificando su alimentación pero no dejando de influir en los miembros de la familia (Vera, 2004). Las prácticas de crianza, en especial las creencias y prácticas de alimentación son abordadas en el próximo capítulo.

Capítulo 3. Prácticas de crianza maternas en la alimentación

Prácticas de crianza maternas en la alimentación

La nutrición es esencial para el adecuado crecimiento, vitalidad y el bienestar subjetivo, por lo cual los comportamientos que promueven la salud deben iniciar desde muy temprano en la vida con la alimentación al seno materno y continuar a través de la vida con el desarrollo de hábitos alimenticios saludables (Navarro, 2006).

Se han propuesto conductas saludables como: ejercicio regular; alimentos bajos en grasa; consumo de frutas y fibra; desayunar la mayoría de los días; mantenerse en el peso adecuado de acuerdo a la estatura; analizando que la relación entre las preferencias y hábitos alimentarios de los padres y de los hijos, sugieren que cuando los padres siguen un estilo de vida específico, con mayor frecuencia los hijos también lo siguen (Amigo, 2003; OMS, 2002).

Así mismo, se ha hecho hincapié en la importancia del rol que juega la familia en la salud; la buena salud comienza en la infancia puesto que, en los primeros años de la niñez, la familia está encargada del cuidado y desarrollo del niño, si los miembros de la familia tienen hábitos saludables, es probable que los niños los aprendan (Navarro, 2006; Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Montage (2002), explica que la exposición infantil a la comida parece estar mediada por las preferencias parentales hacia la misma, el conocimiento, las creencias acerca de esta, el moldeamiento de roles por los padres, hermanos y pares; la interacción del niño y sus padres hacia la comida, incluyendo la restricción, el uso de la comida como recompensa o la promoción de algunos alimentos por medio de amenazas.

Las prácticas de crianza, se entienden como patrones de conducta que conjuntan actitudes, creencias, hábitos y costumbres, acerca de los cuidados y crianza de los hijos(as) en el contexto de la salud del niño(a), y responden en parte

a la norma subjetiva o deseabilidad social de esas conductas dentro de un contexto (Guzmán, Gómez, García y Martínez, 2009).

Para Vera (1996) las prácticas de crianza alimentarias, son variables intermedias que integran los conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación del niño; además también, se consideran dentro de éstas las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención y/o tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación.

Las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de las expectativas tempranas del individuo, factores ambientales, culturales y biológicos; entendiéndose también como el conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros, a nosotros mismos y la forma en la que interactuamos con los demás (Beck, 1976).

Para Fishben y Azjen (1990) las creencias se refieren a la probabilidad subjetiva de una persona sobre sus juicios concernientes a algún aspecto del mundo. Es el trato con la comprensión que tiene el sujeto por él mismo y su ambiente.

Las creencias se pueden clasificar en psicológicas y de contexto; las primeras tienen que ver con los procesos mentales o estructuras de uno mismo o de otros que determinan o facilitan ciertos resultados (creencias sobre el control personal, la fuerza de voluntad); en las creencias de contexto, encontramos aquellas que se forman por el contacto del individuo con su medio ambiente (Pepitone, 1991).

De acuerdo con Greene y Simmons-Morton (1988, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), las creencias tienen por lo menos, tres características:

- Otras personas pueden calificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que les otorga el que las posee.
- Tienen un elemento cognoscitivo, lo que la persona sabe o cree saber al respecto.

- Tienen un componente afectivo que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para el individuo en una situación dada.

Sánchez-Sosa (2002), define a las cogniciones o creencias como un elemento clave que contribuyen al continuo salud-enfermedad; habiendo al menos dos formas en las que nos pueden acercar a la enfermedad o proteger de ella. La primera ocurre cuando las creencias personales afectan el comportamiento instrumental (lo que se hace), es decir, cuando la persona tiene una creencia que puede afectar su salud y tiende a comportarse de acuerdo con ella, poniéndose en riesgo; la segunda forma involucra el manejo o regulación de las emociones.

Una vez que la persona ha adquirido creencias, comienzan a formarse las actitudes, estas son motivadoras importantes del comportamiento, lo que lleva a la ejecución o práctica. Con el paso del tiempo son comportamientos diferentes, sin embargo, algunas de esas creencias y actitudes parecen quedarse durante años (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). Para Darling y Steinberg (1993), las prácticas son conductas específicas orientadas a una meta en particular.

Específicamente, las creencias de alimentación consisten en un sistema de pensamiento capaz de dar origen y sostener en el tiempo una actitud, práctica o hábito alimentario, higiénico, preventivo o curativo, saludable o no (Behar e Icaza, 1972). Mientras que las prácticas de alimentación se definen como aquellas conductas específicas orientadas a una meta en particular, a través de las cuales los padres desempeñan su papel como son el monitoreo, el control, los halagos etc. (Darling y Steinberg, 1993).

Prácticas de crianza y adopción de prácticas de alimentación

Se ha considerado que la crianza debe cubrir necesidades de tipo afectivo, de aprendizaje y experiencias que estimulen el desarrollo, cuidado asistencial para el niño, establecimiento de normas disciplinarias, actitudes y creencias; siendo los

comportamientos de los padres los que funcionan como medio de socialización favoreciendo el desarrollo del infante (Villegas, 2000).

En los últimos años, los modelos han retomado elementos fundamentales de la economía, médico y social para el desarrollo del infante, así como las dinámicas familiares, la alimentación, los servicios de salud, el rol de los padres dentro y fuera del hogar y la interacción de los mismos (Pérez y González, 2007).

Bennett (1988), propone un modelo donde plantea que los recursos de la familia como el ingreso y las redes de apoyo intrafamiliar, son elementos esenciales que ayudan para hacer frente a las carencias de recursos económicos; alimentarios; inversión en salud y educación; planteando también que el crecimiento y el desarrollo del niño debe ser comprendido partiendo de la economía del hogar y de la salud y nutrición del niño (Pérez y González, 2007).

En el modelo médico de Zeitlin y Manssur (1990), se considera el ambiente inmediato para el crecimiento y desarrollo del niño, en donde postulan que el crecimiento está relacionado con el cuidado que proporcionan las madres y el cuidador, y aspectos como el estrés, la alimentación, la salud; incorpora también la dimensión psicosocial y destaca el apoyo social de las personas encargadas de atender al niño (Pérez y González, 2007).

Por su parte, pero siguiendo esta misma línea, la investigación en conducta alimentaria infantil ha encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación (Birch y Fisher, 1998).

La conducta alimentaria es, entonces, el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, imitación de modelos, disponibilidad de alimentos, estatus social, simbolismos afectivos y tradiciones culturales. Además de las influencias sociales, se ha señalado que las influencias genéticas y de ambiente familiar, tienen

un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, conducta alimentaria y la obesidad infantil (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

El Modelo de Creencias en Salud, desarrollado en la década de los cincuenta por Hochbaum y posteriormente consolidado hacia 1977 por Becker; fue el primero en tratar de explicar cómo aspectos cognitivos influyen en la realización de conductas, planteando que las creencias de los individuos sobre la importancia o gravedad hacia la enfermedad, la percepción de vulnerabilidad frente a dicho padecimiento y el que la acción a implementar para el cuidado de su salud produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de conductas saludables (Arrivillaga, Salazar, y Correa, 2003; Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997).

Los hábitos de salud, entre ellos los alimentarios, son transmitidos a las siguientes generaciones, a pesar de su aspecto tradicional y acumulativo, los hábitos alimentarios pueden cambiar a la luz de nuevos enfoques, creencias y significados que adquiere el alimento, especialmente con la introducción de nuevas técnicas de elaboración de estos que facilitan las tareas domésticas (Mamani, 2004).

En el Modelo de la Acción Razonada (TAR) se integran factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo del comportamiento, que depende a su vez, de las actitudes, valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental (Fishbein y Ajzen, 1980)

En este modelo se propone que los seres humanos somos racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primeramente bajo el control de los individuos (Fishben y Ajzen, 1980).

Con respecto a la alimentación en relación con lo que describen Fishben y Ajzen, se sabe que las actitudes y prácticas de los padres con respecto a la misma,

impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños, el control sobre el tiempo, tamaño y contexto social de las comidas y le dan el tono emocional a las ocasiones de alimentación (Davinson y Birch, 2001).

Otro de los modelos en donde se explica la relación de los aspectos cognitivos con la conducta, es el llamado Teoría del Aprendizaje Social, aquí se describe que, hay tres elementos que influyen en la posibilidad de que un individuo lleve a cabo una conducta de salud o cambie un hábito no saludable (Bandura, 1977):

1. La creencia de que una situación es perjudicial;
2. La creencia de que un cambio de comportamiento puede reducir la supuesta amenaza; y
3. La creencia de que se es suficientemente competente como para adoptar una conducta beneficiosa o para dejar de practicar una que resultaría dañina

Se han desarrollado investigaciones que tratan de explicar la influencia de las creencias y prácticas de alimentación de los padres con la obesidad infantil; siguiendo la línea de que los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimientos de las conductas alimentarias y de ejercicio (Vázquez, 2004).

El ejercicio de tiempo completo de la madre incluye también la enseñanza de patrones de comportamiento social, higiene, alimentación y estimulación que tienen lugar bajo un poder legítimo reconocido y con vínculos de afecto y emociones a través de un proceso de reconocimiento del territorio familiar y de las creencias, actitudes y conductas que permiten que el niño evolucione (Vera, 2004).

Los hábitos de salud de los niños se desarrollan en el contexto de casa y son dependientes de las acciones y actitudes de los padres en cuanto al comer y el ejercicio, el ambiente de casa puede tener efectos durables sobre el peso de los niños (Davison y Birch, 2001).

La estimulación que proporcionan los padres a sus hijos, se relaciona con la historia de socialización de las madres, percepción de la crianza, educación, nivel económico, y el contexto cultural donde existen normas de comportamiento social establecidos de generación en generación: Control de conducta infantil, los procesos de salud y nutrición, resultan ser elementos de prácticas concretas en el ejercicio de la crianza en madres (Peña, Aguilar y Vera, 2005).

La alimentación de los hijos en todas las culturas forma parte no solo de la función biológica de la madre, sino también del papel sociocultural que conlleva la maternidad (Toro, 1989).

Siendo la madre el principal regulador al fijar el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación al planear las comidas, realizar las comprar, prepararlas y servir las. Sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió; aunque también hay que considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de las supersticiones, creencias, tabúes, entre otros (Jellife, 1974).

Las costumbres y creencias alimentarias definen los patrones de consumo y promueven la modificación de la alimentación, que puede llegar a constituir un riesgo para la salud (Mamani, 2004). Los valores, las actitudes y las creencias culturalmente determinadas, forman el marco dentro del cual el grupo social desarrolla sus hábitos alimentarios (Toussaint, 2000).

Igualmente, el consumo de alimentos depende de una serie de factores, tales como la disponibilidad de alimentos, el tamaño y composición de la familia, los hábitos y creencias alimentarias, la educación e información y en forma importante el nivel de ingresos (Mamani, 2004).

En cuanto a la escolaridad, se ha reportado que las madres con más años de educación formal, proporcionan alimentos más saludables y tienden más a reportar el uso de estrategias de razonamiento; prohibición de alimentos pocos saludables y monitorean más el consumo del niño fuera de casa en comparación con las madres con menos años de educación formal (Olvera-Ezzel, Power y Cousins, 1990).

La exposición repetida del niño a los modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario (Benton, 2004). Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro (Castro y Bellido, 2006).

La familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Vázquez, 2004).

Los padres que tienen problemas de sobrepeso y obesidad, suelen tener hijos con las mismas características, reconociendo la importancia de investigar la problemática en otras regiones de nuestro país (Navarro, 2006).

Importancia de estudiar las creencias y prácticas de alimentación maternas

La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para controlar lo que come el niño, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

Birch, et al., (2001) mencionan que los padres suelen ejercer demasiado control externo cuando están preocupados por el desarrollo de sus hijos, altamente comprometidos con la salud, ejercicio o aspectos relacionados con el peso del niño, así como, preocupados por que puedan desarrollar problemas alimenticios según su historia familiar.

Sin embargo, el control parental de la alimentación, está relacionado con el desarrollo de obesidad. La madre se percata del apetito de su hijo, ofrece alimentos pero se mantiene atenta y preocupada si su hijo come demasiado o demasiado poco (Burdette, Whitaker, Hall y Daniels, 2006). Restringir ciertos alimentos, hace que el niño enfoque su atención en ellos, incrementando su deseo de obtener y consumir dicho alimento (Birch, 1998).

Diversos estudios realizados por Gortmaker, Must y Sobol (1996), concuerdan con lo encontrado por Dennison, Erb y Jenkins (2002), en que la supervisión paternal de la dieta y la actividad física, con padres que ponen límites apropiados en la alimentación suelen tener hijos saludables; al contrario de los padres autoritarios en cuanto a comportamientos de salud, ya que estos últimos, aumentan el riesgo de sobrepeso en los niños.

Otro estudio realizado revela que, los padres que refuerzan a sus hijos (as) al comer alimentos saludables, influyen directamente en que el niño desarrolle hábitos sanos de alimentación, por el contrario de aquellos que no refuerzan el consumo saludable de sus hijos (as) (Arredondo, Elder, Ayala, Campbell, Baquero y Duerksen, 2006).

Así mismo, se ha encontrado que para incrementar la calidad nutricional de la dieta infantil, es esencial un entendimiento de los factores que influyen en las preferencias alimenticias de los niños. De acuerdo con esto, estas preferencias son determinantes relevantes en los patrones de consumo alimenticio (Birch, 1998).

Las dietas de los niños preescolares se parecen más a las de sus padres, que las dietas de los niños en edad escolar, debido a que, el niño ingresa a una esfera más amplia de relaciones en las cuales, se le permite experimentar diferentes situaciones, lugares, horarios, nuevos alimentos y diversas formas de prepararlos que pueden motivar cambios o reforzamientos en sus prácticas alimentarias (Toussaint, 2000).

Gutiérrez (2005), sugiere que la edad escolar, es la ideal para establecer pautas de comportamiento alimentarios saludables; estableciéndose un horario regular,

teniendo especial importancia en el desayuno y el resto de las comidas bien organizadas para conseguir alcanzar los requerimientos energéticos diarios necesarios.

Los comportamientos saludables se establecen, cambian o se extinguen en el repertorio de la persona primeramente y, sobre todo por el condicionamiento instrumental, en segundo lugar por los modelos de aprendizaje vicario (Bandura, 1977).

Barreda (2002) menciona que la estrategia más adecuada para disminuir el problema de la obesidad y por consecuencia las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, puede ser promover en la población hábitos nutricionales y estilos de vida saludables desde etapas tempranas de la vida.

Igualmente, Hart, Bishop y Truby (2003), sugieren que la prevención en la niñez se origina del hecho de que es muy difícil influir drásticamente en los estilos de vida de los adultos por lo que se esperaría que si se elaboraran participaciones preventivas, antes de que los factores de riesgo se hayan arraigado completamente, se tendrá más éxito.

Existen evidencias que indican que el patrón de conducta alimentaria familiar tiene un papel relevante en el comportamiento de alimentación del niño, constituyendo un factor modificable para la prevención de la obesidad infantil (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

Johnson y Birch (1994) proponen que examinando las creencias y prácticas relacionadas con la alimentación infantil en lugar del contenido nutricional de la dieta de los niños, se podrá permitir un mejor entendimiento del sobrepeso y obesidad infantil.

Hart, Bishop y Truby (2003) mencionan que para modificar la conducta alimenticia en la niñez es necesario, indirectamente modificar las conductas de sus padres. Vistos estos como educadores potencialmente poderosos, por su habilidad para impactar en el desarrollo de comportamientos y actitudes alimenticias en los niños, a través de los comportamientos que ellos moldean y refuerzan, las opiniones

que expresan, las oportunidades alimenticias que ellos controlan y la información que les impactan.

En nuestro país, son pocas las investigaciones que se han realizado respecto a la influencia de las creencias y prácticas de alimentación con el peso. En la ciudad de México en un estudio donde se exploró y relacionó las creencias de alimentación de las madres con el IMC de sus niños, utilizando el instrumento de *Actitud, creencias y prácticas maternas hacia la alimentación infantil*, compuesto por 7 factores, se encontró que poco más de la cuarta parte de las madres padecen obesidad y sus hijos cerca de la cuarta parte, predominando en las madres, creencias y prácticas como alta responsabilidad percibida, presión para comer y preocupación y control del peso del niño. Tomando en cuenta que algunas de estas creencias y prácticas al parecer saludables, no lo son pues, el mismo estudio reveló que la preocupación y control del peso de los niños aumenta el riesgo de que padezcan sobrepeso (Navarro, 2006).

En el Estado de Hidalgo, se ha visto que las prácticas y creencias de alimentación de las madres, también se relacionan de manera importante en el estado nutricional de los menores (Guzmán, Gómez, García y Martínez, 2009).

Sin embargo, no se cuenta con información previa de si existen diferencias en las creencias y prácticas de alimentación de las madres por variables como su Índice de masa corporal (IMC) escolaridad u ocupación en una población como la del estado de Hidalgo. De ahí que el objetivo de la presente investigación sea explorar estas diferencias, además de determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación de las madres con el IMC de sus hijos en edad escolar.

Método

Planteamiento del problema

Justificación

La transición demográfica y epidemiológica que vive México desde hace unas décadas ha tenido como consecuencia el desarrollo de problemáticas importantes para la salud como el sobrepeso y la obesidad, lo cual nos ha colocado dentro de los primeros lugares con mayor cantidad de gente con este padecimiento (Rivera, 2009). El desarrollo del sobrepeso y obesidad depende de la susceptibilidad para cada persona y grupo social influyendo también la genética, lo conductual y ambiental, hábitos alimentarios, forma de procesar y consumir alimentos, así como también la reducción importante de la actividad física (Hernán, 2002). Un aspecto que está tomando fuerza dentro de la investigación por su importancia, son las prácticas de crianza, ya que en estas se integran conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le asigna a la alimentación (Vera, 1996). Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene, aún no se sabe lo suficiente acerca de la relación que existe entre las creencias y prácticas de alimentación con el aumento del peso de los niños (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008). En nuestro país, son muy pocas las investigaciones que se han realizado respecto a este último punto, en un estudio mexicano en el cual se exploraron las creencias y prácticas de alimentación de las madres, se encontró que a pesar de tener creencias de alimentación saludables, algunas de las prácticas que ejecutan no lo son del todo, así mismo, se encontró que la cantidad de madres que tienen sobrepeso y obesidad tendrán en proporción hijos con el mismo problema (Pérez y González, 2002; Navarro, 2006). Estudios exploratorios y correlaciones en el Estado de Hidalgo, en zonas con pobreza, sobre las prácticas de crianza y el estado nutricional del menor, presentan que las prácticas de crianza influyen de manera importante en el estado nutricional de los menores, descubriendo que las mujeres que tienen más hijos suelen tener prácticas desfavorables para la alimentación (Guzmán, Gómez, García y Martínez, 2009). Sin embargo, no se cuenta con información previa de si existen diferencias en las creencias y prácticas de alimentación de las madres por variables como su Índice de masa corporal (IMC) escolaridad u ocupación en una población como la del estado de Hidalgo. De ahí que el objetivo de la presente investigación sea explorar estas diferencias, además de determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación de las madres con el IMC de sus hijos en edad escolar con la intención de que los resultados puedan ser retomados en la incorporación de políticas, planificación de

programas y así, servir a las diversas instituciones y profesionales de la salud en la elaboración de estrategias adecuadas para disminuir los factores de riesgo, prevenir el desarrollo de esta problemática y sobre todo evitar sus consecuencias.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar, y hay diferencia entre las categorías de IMC de las madres, su escolaridad y ocupación, con respecto a sus propias creencias y prácticas de alimentación en una primaria de Pachuca, Hidalgo?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar y la diferencia entre las categorías de IMC de las madres, su escolaridad y ocupación con respecto a sus propias creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos

Determinar en escolares de una primaria de Pachuca, Hidalgo:

- El IMC de ellos y de sus madres.
- Las creencias y prácticas de alimentación de sus madres.
- La relación entre las categorías del IMC de los niños con las creencias y prácticas de alimentación de sus madres.
- Si hay diferencia entre las creencias y prácticas de alimentación de sus madres con las categorías de IMC de las mismas, su escolaridad y ocupación.

Hipótesis

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre las creencias y prácticas de alimentación maternas, con el IMC de sus hijos en edad escolar de una primaria de Pachuca, Hidalgo.

H1: Sí existe relación estadísticamente significativa entre las creencias y prácticas de alimentación maternas, con el IMC de sus hijos en edad escolar de una primaria de Pachuca, Hidalgo.

H0: No existe diferencia estadísticamente significativa entre el IMC de las madres, su escolaridad y ocupación con las creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo.

H1: Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre el IMC de las madres, su escolaridad y ocupación con las creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo.

Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Sobrepeso y Obesidad	Trastorno metabólico caracterizado por el aumento de grasa corporal, que trae consigo incremento de peso (Castillo, 2007).	Para los adultos, el IMC (BMI) cuyos puntajes de menor a 18.5 indicará bajo peso, de 18.6 a 24.9 tendrá peso normal, entre 25 y 29.9 el niño se encontrará en sobrepeso, si el puntaje es de 30 a 34.9 estará en obesidad ligera, 35 a 39.9 en obesidad moderada y de 40 en adelante padecerán obesidad extrema. Para los niños (as): Tablas de IMC por sexo y edad, que va de los 6 a 13 años: National Center for Health Statistics & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
Creencias y prácticas alimentarias	Creencia de alimentación: Sistema de pensamiento capaz de dar origen y sostener en el tiempo una actitud, práctica o hábito alimentario, higiénico, preventivo o curativo, saludable o no (Behar e Icaza, 1972). Las prácticas de alimentación: conductas específicas orientadas a una meta en particular, a través de las cuales los padres desempeñan su papel como son el monitoreo, el control, los halagos etc. (Darling y Steinberg, 1993).	Escala de actitudes, creencias y prácticas parentales hacia la alimentación infantil, estructurada con 7 factores: Peso percibido de la madre, preocupación del peso del niño, monitoreo, restricción, presión para comer, responsabilidad percibida y peso percibido del hijo, cada uno de los factores con 5 opciones de respuesta que van desde siempre hasta nunca (Navarro, 2006).

Participantes

Se evaluaron 960 estudiantes de primer a sexto grado de la escuela primaria "18 de Marzo" de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y sus madres; sin embargo; únicamente formaron parte del estudio 417. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico, intencional por cuota, cubriendo los seis grados de la primaria.

Criterios

Criterios de inclusión

- Los niños debían cursar de primero a sexto grado en la primaria 18 de marzo en Pachuca, Hidalgo.
- De manera informada y voluntaria las madres debían decidir participar junto con sus hijos.
- Entregar en tiempo y fecha el instrumento debidamente contestado.

Criterios de exclusión

- No acudieran tanto madre como hijo a las evaluaciones solicitadas.
- No entregar el instrumento debidamente contestado, en fecha establecida.

Las características socio-demográficas de la población se distribuyen de la siguiente manera:

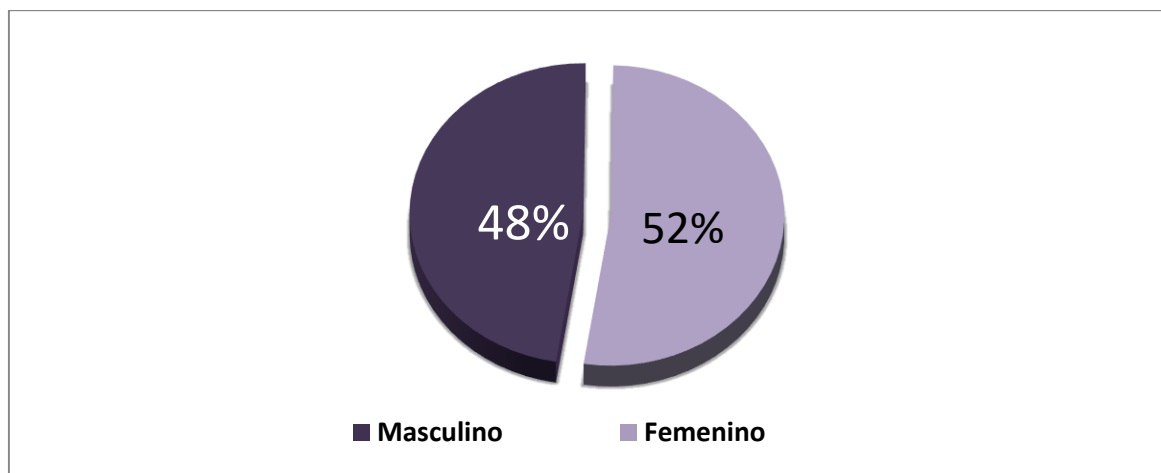


Figura 1. Distribución por sexo de los niños y niñas participantes.

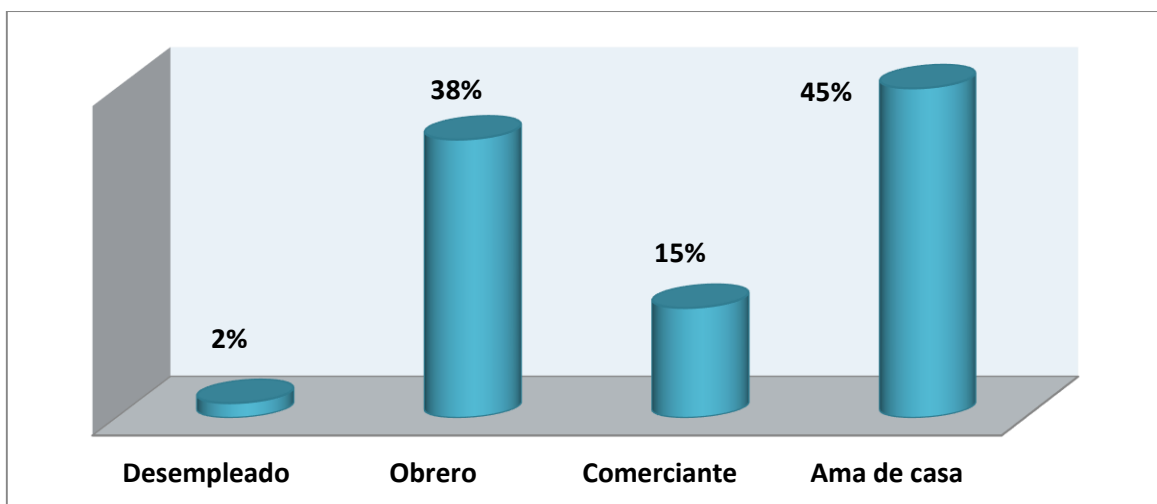


Figura 2. Ocupación de las madres participantes.

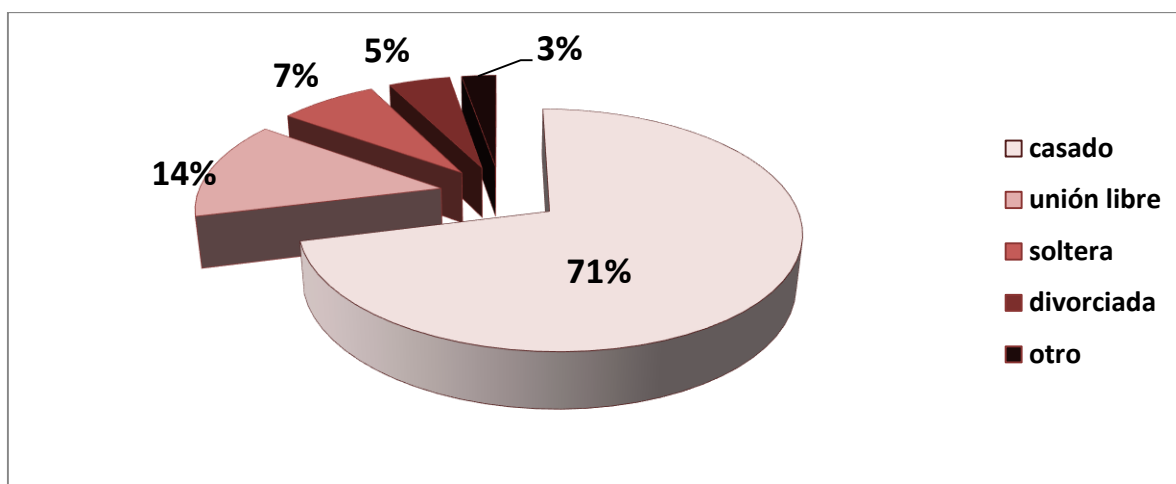


Figura 3. Estado civil de las madres que participaron en la investigación.

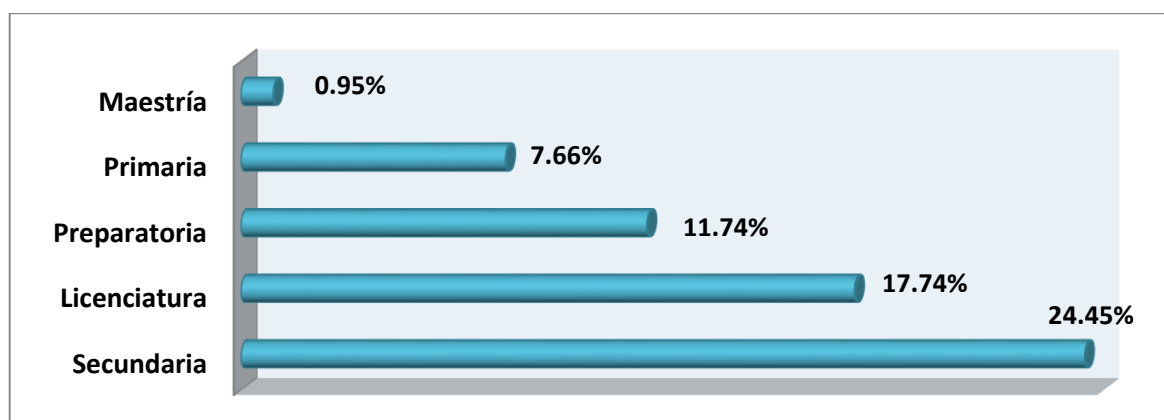


Figura 4. Escolaridad de las madres participantes.

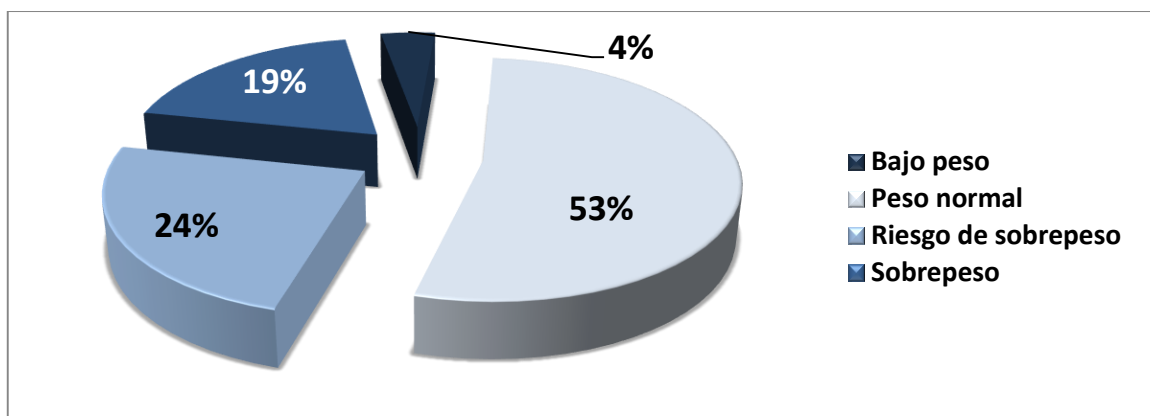


Figura 5. Distribución por IMC de los niños y niñas participantes.

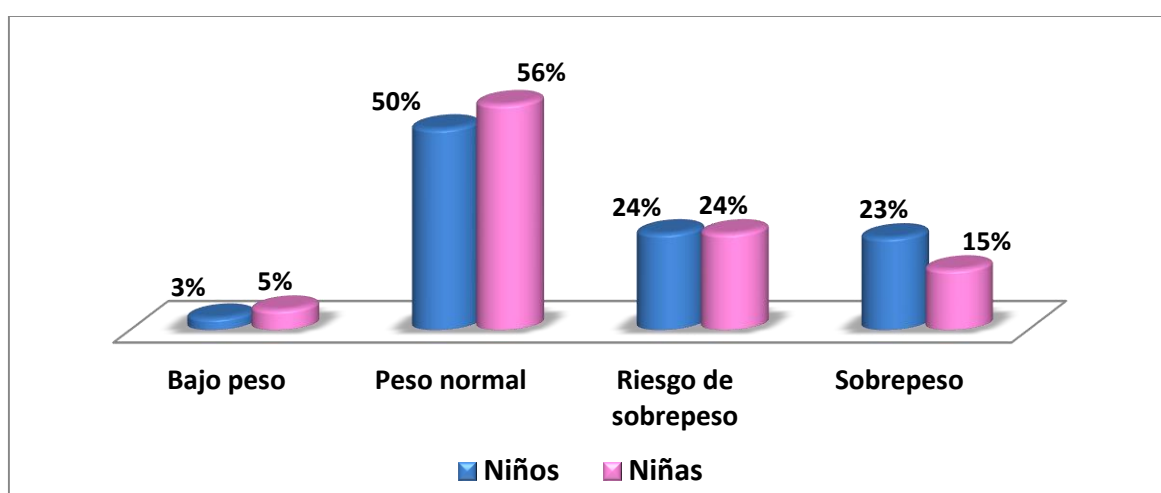


Figura 6. Distribución de IMC en relación al sexo, hace referencia a que son más niños los que presentan sobrepeso en comparación a las niñas, sin embargo, ambos sexos se encuentran por igual en riesgo de sobrepeso.

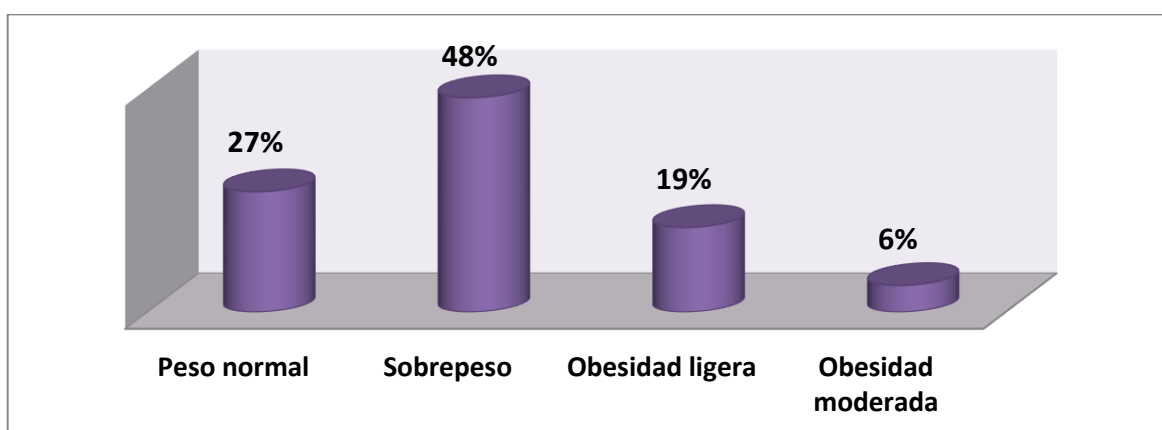


Figura 7. Se puede observar que cerca de la mitad de las madres que participaron en el estudio tiene sobrepeso y poco más de la cuarta parte se encuentra en su peso normal.

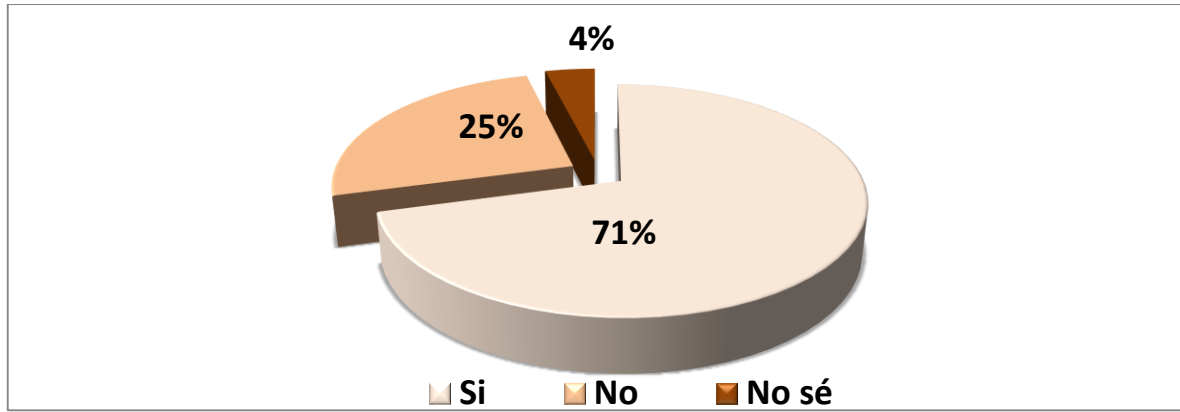


Figura 8. Abstraída únicamente la población de niños y niñas que tienen sobrepeso y riesgo de sobrepeso, se analizó quiénes de ellos tienen algún familiar con diabetes y se encontró que, el 71% de esta población tiene algún familiar con dicho padecimiento.

Tabla 1

IMC y edad de los participantes

	Media	Desviación estándar	Rango
Edad de la mamá	35 años	5.59	24-56
IMC de la mamá	3 (Sobrepeso)	.84	2-5
Edad del niño	8 años	1.87	6-12
IMC del niño	2 (Peso normal)	.86	1-4
Edad de la niña	8 años	1.9	6-13
IMC de la niña	2 (Peso normal)	.81	1-4

Tipo de estudio

Correlacional.

Diseño de investigación

No experimental, transversal.

Instrumento

Se utilizó la escala llamada *Actitud, creencias y prácticas de las madres hacia la alimentación infantil* (Navarro, 2006).

Para formar ésta escala se tomó como base: *el cuestionario de actitudes, creencias y práctica de los padres hacia la alimentación infantil (CFQ)* de Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer y Johnson, (2001).

Se comprobó, la discriminación y direccionalidad para todos los reactivos en la traducción y adaptación del mismo.

En un primer análisis factorial, por el método de componentes principales por rotación oblicua, los factores convergieron con 11 iteraciones; obteniendo 8 factores que explican el 63% de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total a través del alpha de Cronbach $\alpha = .8166$.

En una etapa posterior, se aumentó el número de participantes y se realizó un nuevo análisis factorial, en este se obtuvo 58.54% de la varianza, con una confiabilidad de $\alpha = .8383$. El número de factores se seleccionó a través del Value Eigen (valor propio), criterios del punto de quiebre y claridad conceptual.

Se obtuvieron siete factores, el primer factor llamado percepción del peso de la madre contó con reactivos como: *Cómo definiría su propio peso en su adolescencia*; el segundo factor tiene por nombre preocupación y control del peso del niño con preguntas como: *tengo que asegurarme que mi hijo no coma muchos alimentos grasos*, una de las preguntas del tercer factor llamado monitoreo fue: *¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas que come su hijo?; Le prohíbo*

comer a mi hijo golosinas cuando se porta mal, forma parte del siguiente factor llamado restricción.

El factor cinco tuvo por nombre presión para comer, el factor seis responsabilidad percibida y finalmente el siete percepción del peso del hijo; con cuestionamientos como: *Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hijo(a) comería mucho menos de lo que debe; ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo?; Cómo definiría el peso de su hijo (a): En preescolar*, respectivamente.

Cada factor de este instrumento cuenta con cinco opciones de respuesta que van del siempre al nunca. La manera de evaluarlo consiste en sumar los reactivos de cada factor dándole un puntaje de uno a la opción nunca mientras que, es cinco el puntaje de la respuesta siempre.

Procedimiento

La Coordinación de Investigación de los Servicios de Salud, en conjunción con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, tuvieron la intención de realizar un estudio con la finalidad de identificar problemas de salud como riesgo de sobrepeso y sobrepeso en la población infantil.

Se contactó con las autoridades de la Escuela Primaria 18 de Marzo ubicada en la ciudad de Pachuca, Hidalgo; ahí se solicitó hablar en reunión con las madres de los niños con la intención de informarles sobre el estudio a realizar en la presente escuela, se les explicó que serían ellas quienes debían participar junto con sus hijos.

El estudio se realizó tomando en cuenta la Ley General de Salud en la cual se especifica que se debe contribuir a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección así como, promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Así mismo, la presente investigación retomó las consideraciones del Código Ético del Psicólogo, en donde se expresa que al realizar una valoración, se tiene de antemano que proporcionar la información adecuada, con un lenguaje claro acerca de las actividades que se realizarán con la población a trabajar y, sobre todo mantener la confiabilidad debida al crear, almacenar y transferir los resultados, se les entregó un consentimiento informado el cual, firmaron quienes así lo desearon, asegurando su participación. En este caso, no hubo madres que no desearan participar, sin embargo, para este estudio, quedaron para el análisis aquellas que cumplieron con los criterios necesarios para formar parte del mismo.

Se les pidió también autorización para tomar los datos de sus hijos y de ellas, tales como peso y talla, para la obtención de estos datos debieron acudir con ropa ligera, pesándolos sin zapatos, erguidos, con talones juntos, manteniéndose inmóviles y con sus brazos paralelos al cuerpo. Igualmente se les entregó una escala que debió ser respondida por la madre del niño, esta escala contó con una circular con indicaciones como: “responda honestamente cada uno de los reactivos, de cada uno de los apartados, señalando únicamente una opción de respuesta, la cual se adapte mejor a su situación”.

Debiéndolo entregar de manera puntual en fecha y hora estipulada, en el grupo y grado correspondiente al niño (a).

Resultados

El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar y la diferencia entre las categorías de IMC de las madres, su escolaridad y ocupación con respecto a sus propias creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo.

El primer paso fue determinar las creencias y prácticas de alimentación de madres de niños escolares de Pachuca, Hidalgo. Para ello se utilizó la *Escala de Actitud, Creencias y Prácticas de las madres hacia la alimentación infantil* (Navarro, 2006). Este instrumento está constituido por siete factores y la distribución de medias dentro del presente instrumento mostró lo siguiente.

Tabla 2

Distribución de medias y desviación estándar en las creencias y prácticas de alimentación maternas

Factores	Media	Desviación Estándar	Rango
Factor 1 Peso Percibido de la madre	12.80	2.56	4-20
Factor 2 Preocupación y control del peso del niño	25.73	4.15	6-30
Factor 3 Monitoreo	12.32	2.70	3-15
Factor 4 Restricción	10.69	4.44	4-20
Factor 5 Presión para comer	13.61	4.14	4-20
Factor 6 Responsabilidad percibida	13.67	1.96	3-15
Factor 7 Percepción del peso del hijo	9.01	1.97	3-15

Como se observa en la tabla 2, el factor 2 (preocupación y control del peso del niño), el factor 5 (presión para comer) y el factor 6 (responsabilidad percibida), son los que tienen los puntajes más altos lo cual indica, que dentro de esta población existe una alta preocupación y control del peso del niño, alta presión para comer y también una alta responsabilidad percibida en cuanto a la alimentación del niño.

Para determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de los niños en edad escolar, se utilizó la correlación de Pearson.

Tabla 3

Relación entre las creencias y prácticas de alimentación de las madres, su IMC y el IMC de sus hijos e hijas

	IMC niños	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	IMC mamás
IMC niños	1	.065	.225**	-.090	.097	-.234**	-.019	.036	.241**
IMC mamás	.241**	.197**	.106*	-.030	.010	-.073	.046	-.053	1

*p<.05; **p<.01

En la tabla 3 se describe la relación entre cada uno de los factores de la escala con las categorías de IMC tanto de los niños y niñas como de sus madres, encontrando una relación positiva, estadísticamente significativa entre el Factor 1 (Peso percibido de la madre) con el IMC de las madres y el IMC de sus hijos e hijas, el Factor 2 (preocupación y control del peso del niño) con el IMC tanto de niños y niñas como con el de las madres, y una relación negativa estadísticamente significativa entre el IMC de los niños y niñas con el Factor presión para comer (Factor 5).

De igual manera se hizo un análisis de correlación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas según el sexo de los niños y niñas participantes; con la finalidad de saber si existe diferencia en esta relación según el sexo de sus hijos.

Tabla 4

Relación entre las creencias y prácticas de alimentación de las madres, su IMC y el IMC de sus hijas

	IMC mamás	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	IMC niñas
IMC mamás	1	.096	.118	-.042	.007	-.096	.006	-.036	.280**
IMC niñas	.280**	.076	.234**	-.111	.079	-.204**	.064	.085	1

*p<.05; **p<.01

En la tabla 4, se observa la relación entre cada factor de la escala con el IMC de las madres y sus hijas, habiendo relación positiva estadísticamente significativa entre las categorías de IMC de las madres y el IMC de sus hijas, el Factor 2 (preocupación y control del peso del niño) también se relaciona con el IMC de las niñas participantes, y una relación negativa estadísticamente significativa entre el IMC de los niñas con el Factor presión para comer (Factor 5).

Tabla 5

Relación entre las creencias y prácticas de alimentación de las madres, su IMC y el IMC de sus hijos

	IMC mamás	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	IMC niños
IMC mamás	1	.380**	.057	.069	-.008	-.107	.096	-.055	.137
IMC niños	.137	.207**	.214**	.035	.164*	-.259**	-.124	-.038	1

*p<.05; **p<.01

En la tabla 5 observamos que el IMC tanto de las madres como de sus hijos, se relacionó positivamente con el Factor 1 (Peso percibido de la madre), el Factor 2 (Preocupación y control del peso del niño) y el Factor 4 (Restricción), mientras que, hay una relación negativa estadísticamente significativa entre el IMC de los niños y el Factor 5 (Presión para comer).

El siguiente objetivo específico fue determinar la diferencia entre el IMC de las madres, su escolaridad y ocupación, con las creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo. Para ello, se llevó a cabo un Análisis de Varianza de un solo factor y, para determinar las diferencias entre los distintos niveles de la variable dependiente la prueba de Scheffe.

Tabla 6

Diferencias por categorías de IMC de las madres, con respecto a sus creencias y prácticas de alimentación

Fuente	gl	F	Sig.
Factor 1	3	5.81	.00
Peso percibido de la madre			
Factor 2	3	1.23	.29
Preocupación y control del peso del niño			
Factor 3	3	.65	.58
Monitoreo			
Factor 4	3	.00	.99
Restricción			
Factor 5	3	1.72	.16
Presión para comer			
Factor 6	3	.32	.80
Responsabilidad percibida			
Factor 7	3	.83	.47
Peso percibido del hijo			

En la tabla 6 se describen las diferencias entre el IMC de las madres con sus creencias y prácticas de alimentación, existiendo diferencia estadísticamente

significativa únicamente con el factor 1 (Peso percibido de la madre), hallándose esta diferencia entre los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad ligera, para este análisis se utilizó la prueba de Scheffe (tabla 9, anexo 1).

Tabla 7

Diferencias por escolaridad de las madres en sus creencias y prácticas de alimentación

Fuente	gl	F	Sig.
Factor 1			
Peso percibido de la madre	3	2.48	.06
Factor 2			
Preocupación y control del peso del niño	3	2.50	.05
Factor 3			
Monitoreo	3	2.01	.11
Factor 4			
Restricción	3	1.43	.23
Factor 5			
Presión para comer	3	5.34	.00
Factor 6			
Responsabilidad percibida	3	.84	.47
Factor 7			
Peso percibido del hijo	3	.98	.40

En la tabla 7, se puede apreciar que existe diferencia significativa en el factor presión para comer (Factor 5) con respecto a la escolaridad de las madres, mostrando el análisis de Scheffe que son, entre los grupos primaria, secundaria y licenciatura/postgrado (Tabla 10, anexo 2)

Tabla 8

Diferencias por ocupación de las madres en sus creencias y prácticas de alimentación

Fuente	gl	F	Sig.
Factor 1			
Peso percibido de la madre	3	1.30	.27
Factor 2			
Preocupación y control del peso del niño	3	.88	.44
Factor 3			
Monitoreo	3	.09	.96
Factor 4			
Restricción	3	2.27	.07
Factor 5			
Presión para comer	3	2.43	.06
Factor 6			
Responsabilidad percibida	3	.64	.58
Factor 7			
Peso percibido del hijo	3	.21	.88

En la tabla 8, no se muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación de las madres y sus creencias y prácticas de alimentación, por lo cual, el análisis por grupos a través de la prueba de Scheffe (tabla 11) tampoco muestra diferencia alguna (anexo 3).

Discusión y Conclusión

El propósito de este estudio consistió en determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar y la diferencia entre las categorías de IMC de las madres, su escolaridad y ocupación con respecto a sus propias creencias y prácticas de alimentación de las mismas en una primaria de Pachuca, Hidalgo.

El primer objetivo específico consistió en determinar el Índice de Masa Corporal de las madres y sus hijos. La media del IMC de las madres se encontró en sobrepeso, mientras que la de los niños y niñas en peso normal. Casi la cuarta parte de los participantes infantiles se situó en riesgo de sobrepeso mientras que, 23 por ciento de los niños y 15 por ciento de las niñas están en sobrepeso.

Los resultados obtenidos en el presente estudio en cuanto a este primer objetivo son muy similares a los encontrados en estudios anteriores en donde de igual manera se ha reportado que mientras las madres se encuentran en niveles de sobrepeso, sus hijos presentan peso normal (Birch y Fisher, 200; Guzmán, Gómez, García y Martínez, 2009).

La similitud en los hallazgos del presente estudio con otros, en cuanto al peso de las madres, confirma la necesidad de trabajar en esta problemática para mejorar la salud de esta población y evitar en un futuro que el sobrepeso de las madres sea un factor de riesgo para que sus hijos lo desarrollen.

El segundo objetivo específico fue determinar las creencias y prácticas alimentarias de las madres de niños escolares de Pachuca, Hidalgo, las cuales fueron evaluadas con la *Escala de Actitud, creencias y prácticas de las madres hacia la alimentación infantil* (Navarro, 2006); en donde se reportó que las madres presentan alto nivel en cuanto a preocupación y control del peso del niño (Factor 2), presión para comer (factor 5) y alta responsabilidad percibida (factor 6) en cuanto a la alimentación del mismo. Dichos resultados coinciden con los presentados por Navarro (2006), en un estudio en la ciudad de México, en donde reporta que las

madres tienen niveles altos en los mismos factores, siendo la restricción la práctica menos realizada.

Respecto a estas creencias y prácticas, se sabe que cuando los padres se piensan muy comprometidos con el desarrollo de su hijo y el cuidado de su salud pensándose totalmente responsables de la alimentación de su hijo y consideran que de acuerdo con su historia familiar, sus hijos pueden tener algún problema alimenticio, controlan más la alimentación de los mismos (Birch, et al., 2001).

Pasando al siguiente objetivo específico, el cual consistió en determinar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con el IMC de sus hijos en edad escolar, se encontró relación positiva estadísticamente significativa entre el IMC de los niños con la preocupación y control del peso del niño (Factor 2), es decir que, cuando el IMC de los niños sube, las madres se preocupan y controlan más el peso del niño. En cuanto a la presión para comer (Factor 5), hay una relación negativa, es decir que, cuando las madres perciben que el IMC del niño aumenta, disminuyen su presión para comer, igualmente existe una relación positiva entre el IMC de las madres con el IMC de sus hijos, cuando el IMC de ellas aumenta, también lo hace el de los niños.

Algunos estudios han referido que la preocupación y control del peso del niño, se asocia prospectivamente con niños con alto riesgo de sobrepeso; las madres al observar que sus hijos aumentan de peso, comienzan a controlar sus alimentos y esto provoca el efecto contrario al esperado (Navarro, 2006); en cuanto a la relación IMC entre madres e hijos, para Birch, et al. (2001) y Faith et al. (2004) esto puede deberse a la influencia bidireccional en el cual los padres y los niños se influyen unos a otros. Teniendo en cuenta que los niños con padres con problemas de sobrepeso y obesidad, aumentan tres veces la probabilidad de tener peso por arriba del adecuado (Birch y Fisher, 2000).

Lo anterior permite señalar que algunas de las creencias y prácticas de alimentación maternas en la población participante en el presente estudio, también tienen relación en el estado nutricional de su hijo, tal como se observa en estudios realizados en zonas diferentes (Guzmán, Gómez, García y Martínez, 2009; Navarro,

2006; Vera, 1996). Haciendo hincapié en que posiblemente, las creencias y prácticas de alimentación sean reforzadas por el peso de la madre, ya que se encontró también que cuando el IMC de ellas aumenta, lo hace igual el de sus hijos, concordando con otros estudios donde se ha reportado que los padres por arriba de su peso normal tienden a tener hijos con las mismas características (Birch y Fisher, 2000).

Al analizar la relación entre las creencias y prácticas de alimentación materna según el sexo de los niños participantes, se encontró que hay una relación positiva, estadísticamente significativa entre el IMC de las madres con el de las hijas, lo cual indica que, cuando el IMC de las madres aumenta también lo hace el de las niñas. Igualmente se encontró que, cuando el IMC de las niñas aumenta, igual lo hace la preocupación y control del peso de la niña (Factor 2), mientras que la presión para comer, disminuye (Factor 5).

A diferencias de las niñas, en los niños se observó que hay una relación positiva, estadísticamente significativa entre el peso percibido de la madre (Factor 1) y el IMC del niño, es decir, la madre se percibe de mayor peso cuando considera que el peso de su hijo ha aumentado, así mismo, se preocupa y controla más el peso del niño (Factor 2) y lleva a cabo con mayor frecuencia la restricción de alimentos (Factor 4) mientras que, disminuye su presión para comer.

Como se puede observar, el sexo masculino es a quien se le restringe más la alimentación siendo ellos mismos quienes presentan más porcentaje de sobrepeso en comparación con las niñas, esto debido a que, como se ha señalado, la restricción de alimentos lejos de lograr que el niño disminuya su peso lo aumenta.

Igualmente se ha encontrado en diversos estudios que la manera de alimentar depende del sexo del niño, las madres reportan que tratan la mayor parte del tiempo de controlar lo que los niños comen, estas investigaciones hacen referencia a que este tipo de prácticas en realidad acercan al niño al sobrepeso (Fisher y Birch, 1999; Johnson y Birch, 1994).

Así mismo, se ha encontrado que la presión para comer es común entre las prácticas de alimentación maternas, sobre todo cuando las madres consideran a su hijo con bajo peso, sin embargo, se ha demostrado que los niños bajo esta práctica, se centran en claves externas como la cantidad de comida en el plato en lugar de las claves internas como el hambre y la saciedad (Birch, et al., 2001; Johnson, 2002).

En cuanto a las diferencias entre las creencias y prácticas de alimentación maternas con la escolaridad y ocupación de las madres, se encontró que estas difieren según las categorías del IMC en el factor 1 (Percepción del peso de la madre) lo cual indica que, las madres con obesidad moderada sí perciben su peso mayor que las madres de peso normal, sobrepeso y obesidad ligera. Lo cual indica que, las madres que tiene peso por arriba del adecuado, pueden estar consientes del riesgo que corre su salud y que requieren de modificar sus hábitos de alimentación y ejercicio.

Con lo que respecta a la escolaridad, se encontró que las madres con estudios únicamente de primaria, tienden a presionar más que aquellas con secundaria o licenciatura/posgrado. Dentro de la ocupación, no se reportó diferencia alguna. En otros estudios se ha señalado que madres con más años de estudios proporcionan alimentos más saludables y reportan el uso de estrategias de razonamiento para que los niños coman de manera adecuada, más que lograr que el niño termine toda la cantidad de alimento servida (Olvera-Ezzel, Power y Cousins, 1990).

Es importante aclarar que en el presente estudio el que no se hayan reportado diferencias entre la ocupación de las madres no significa que no las haya, quizá sería útil vincular la ocupación con el nivel de ingresos, ampliar la población o ser más específicos en cuanto a los oficios o profesiones con los que cuenten los padres.

Dentro de la literatura revisada, no hay estudios que reporten que las creencias y prácticas de alimentación maternas se modifican de acuerdo a variables como peso de la madre, escolaridad u ocupación, es importante este hallazgo en el estudio debido a que abre pautas que permiten ver que las estrategias de salud pudieran

funcionar mejor si se trataran de ubicar primeramente las características de la población a quien las dirigen.

Es en base a estos resultados, se propone primeramente para las madres que participaron en este estudio, la creación de alguna intervención psicológica que contenga aspectos informativos sobre el sobrepeso y la obesidad, sus consecuencias tanto físicas como psicológicas para ellas y sus hijos y lo que pueden hacer para contrarrestar este problema.

Así mismo, informales sobre formas adecuadas de mantenerse en su peso y procurar el sano desarrollo de sus hijos, desarrollar en ellas habilidades que permitan controlar estímulos de alimentos no adecuados, automonitoreos, estrategias para comprar alimentos no costosos y tenerlos en casa y con esto disminuir el control de alimentos en los niños ya que esto es un factor que puede provocar sobrepeso en ellos.

Cuando las madres no perciben que el IMC de sus hijos es alto suelen aumentar la presión para comer por lo cual también sería importante incluir en esta intervención, el desarrollo de estrategias para colocar cantidades moderadas en la comida.

Para investigaciones posteriores, se sugiere ampliar la investigación a otras escuelas, hacer comparaciones entre ellas, involucrar también a instituciones educativas privadas, explorar los alimentos que son consumidos por la población tanto en la semana como fines de semana y también, ampliar el estudio hacia otras variables que pudieran estar influyendo como son la práctica de ejercicio tanto de las madres como de los hijos para así poder tener un panorama más amplio sobre las variables que están influyendo en esta problemática y así poder atacar el problema de manera integral.

La influencia entre las creencias y prácticas de alimentación maternas es innegable, por lo cual es de vital importancia generar planes de acción que involucren a la madre y al hijo, examinando a que población van dirigidos con la intención de que estos planes sean interesantes y entendibles para la población.

Intentando dotar a las madres de herramientas alternativas para monitorear adecuadamente la alimentación de sus hijos sin llegar al control extremo que afecte el aprendizaje en cuanto al consumo de alimentos de los niños.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- American Heart Association. (2009). *Exercise (Physical Activity) and Children*. Recuperado el 30 de junio del 2009 de <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4596>
- Amigo, H. (2003). Obesity in Latin American children: situation, diagnostic criteria and challenges. *Cuadernos de Saúde Pública*, 19, 163-170
- Aranceta, J., Pérez, C., Ribas, L. y Serra, L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 7, 13-20.
- Arredondo, E., Elder, J., Ayala, G., Campbell, N., Baquero, B. & Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research*, 21, 862-871.
- Arrivillaga, M; Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 4, 186-195.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 195-215.
- Barquera, S; Carrión, M. M; Flores, M; Espinoza, J; Campos, I y Macías, N. (2005). *Obesidad un problema de salud pública*. México: INSP.
- Barreda, P. (2002). *Los niños gordos no son felices*. Recuperado el 15 de diciembre del 2009 de http://www.pediatraldia.cl/gordos_no_felices.htm
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? 67-51. En Oblitas, L. y Becoña, E. *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.
- Behar, R. (2002). Anorexígenos: indicaciones e interacciones. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 2, 21-36.
- Behar, M. e Icaza, S. (1972). *Nutrición*. México: Interamericana.

- Beneit, J. y Latorre, J. M. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obesity*, 28, 858-869.
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the child diet. Symposium: The effects of childhood on adult health and disease. *American Society for Nutritional Science*, 407-410.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child feeding practice influence daughter eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1051-1064.
- Birch, L. L.; Fisher, J. O.; Grimm-Thomas, K.; Markey, C. N.; Sawyer R. & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practice about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- Bourges, H. (2004). Cuál es el tratamiento nutricional del paciente. Obesidad diagnóstico y tratamiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 120-127.
- Brewis, A. (2003). Biocultural aspects of the obesity in young Mexican school children. *American Journal of Human Biology*, 15, 446-460.
- Burdette, H.; Whitaker, R.; Hall, W. & Daniels, S. (2006). Maternal Infant-Feeding Style and Children's Adiposity at 5 Years of Age. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 513-520.
- Busdiecker, S. B.; Castillo, C. D. y Salas I. A. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 5-11.
- Calzada, R. (2007). Obesidad en niños y adolescentes. En Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. (pp. 5-6). México: Trillas.
- Cárdenas, C.; Haua, K.; Suverza, A y Perichart, O. (2005). Mediciones antropométricas en el neonato. *Boletín Médico. Hospital infantil de México*. 214-224.

- Castellanos, J. (1998). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. México: Ssa. Recuperado el 18 de marzo de 2009 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>.
- Castillo, M. J. (2007). Prevención de la obesidad infantil desde la escuela. *Revista digital "Práctica Docente"*, 7, 45-55.
- Castro, P y Bellido, S. (2006). Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Española de la Obesidad*, 4, 338-345.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2007). *National Health and Nutrition Examination Survey*. Recuperado el 25 de abril del 2008 de <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style and context: An integrative model. *Psychological bulleting*, 113, 487-496.
- Davison, K. K. & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*, 2, 159–171.
- De la Fuente, J. R. (2004). La salud en un México en transición. *Salud pública de México*, 46, 164-168.
- Dennison, B. A., Erb, T. A. & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109, 28–35.
- Díaz, M. (2005). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Argentina de Cardiología*, 73, 137-144.
- Días-Encinas, D. R. y Enríquez-Sandoval, D. R. (2007). Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 24, 22-26
- Domínguez-Vázquez, P., Olivares, S. y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58, (3). 251-254
- Durán, P. (2005). Transición epidemiológica nutricional o el "efecto mariposa". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103, 195-197.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a new medical model. A chengelle for biomedicine, *Science*, 196, 129-136

- Faith, M. S; Berkowitz, R; Sallings, V; Kerns, J; Storey, M. & Stunkard, A. (2004). Parental feeding attitude and style and child body mass index: Prospective analyses of a Gene-Environmental interaction. *Pediatrics*, 114, 429-436.
- Fernández, V. (2005). Indicadores de obesidad infantil. *Boletín trimestral / Órgano del FNN de FUNSALUD*, 1, (2).
- Fishbein, M. & Azjen, I. (1990). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. USA Massachusetts: Adisson-Wesley.
- Fisher, J. O % Birch, L. L. (1999). Restricting access palatable foods affects children's behavioral response, food selection and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272.
- Flores, L. (2004). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología Científica*. Recuperado el 24 de junio del 2009
- Fomento de Nutrición y Salud. (2002). *Obesidad. Artículos de orientación*. Recuperado el 17 de marzo de 2008 de <http://www.fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis=9&IdContenido=74>
- Fundación Mexicana para la Salud. (2008). Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en el ambiente escolar. México: FUNSALUD.
- González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28, 157-175.
- Gortmaker. S.L., Must, A. & Sobol, A.,M. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986–1990. *Arch Pediatr Adolesc*, 150, 356–362.
- Gutiérrez, M. (2005). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura*, 2, 55-60.
- Guzmán-Saldaña, R.M.E. (2000). *Desarrollo de un Programa psiconutricional en adolescentes con sobrepeso u obesidad: condiciones cognitivo-conductuales-emocionales y estado nutricio*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Guzmán, M., Gómez, G., García, R. y Martínez, J. (2009). Una cuestión de género: el estado nutricional de los hijos e hijas, explicado desde las prácticas de crianza de las madres de familia. *Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH*, 50 (4).

- Hart, K., Bishop, J. & Truby, H. (2003). Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: A qualitative investigation of parental perspective. The British dietetic association. *Journal Human Nutrition and dietetic*, 1, 89-96.
- Hernán, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Revista Colombia Médica*, 33, 72-80.
- Hernández, B., Cuevas L., Shamah, T., Monterrubio, E. A., Ramírez, C. I., García, F., Rivera, J. A. y Sepúlveda, J. (2003). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. México: Instituto de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". (2004). *Epidemiología de la obesidad*. México: INCMNSZ.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Obesidad Infantil. *Boletín de práctica médica efectiva*. 1-6.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *Plan de Desarrollo 2007-2012*. México: INSP.
- Jellife, D. B. (1974). *Nutrición infantil en países en desarrollo*. México: LIMUSA.
- Johnson, S. L. (2002). Children foods acceptance patterns: The interface of ontogeny and nutrition needs. *Nutrition Review*, 60, 91-94.
- Johnson, S. L. & Birch, L. L. (1994). Parents and children adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, 653-661
- Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescente: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Labiano, M. (2006). *Introducción a la Psicología de la Salud*. En L. Oblitas. *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 7-9). México: Thomson.
- Lara, E. (2004). *Obesidad infantil*. *Gobierno Mexicano*. Recuperado 15 de marzo de 2008 de http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Obesidad_infantil.
- López, J. C. y Vázquez, V. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 111, 25-29.
- Mamani, R. (2004). Educación alimentaria y nutrición en las comunidades de Copalacaya, Choquenaira, Callisaya y Muruamaya. *Revista latinoamericana de agricultura y nutrición*, 2, 5-8.

- Martín Alonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 275-281
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Méndez Carrillo, X., Ortigosa-Quiles, J. M., y Quiles-Sebastián, M. J. (2003). *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*. Madrid: Pirámide.
- Montage, M. (2002). *Public health nutrition policy in organized setting for children age: 0-12: An overview policy, knowledge and interventions. A report to the Eat Well Victoria Partnership*.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Unison
- National Center for Health Statistics & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). *Tablas de crecimiento*. Recuperado el 30 de septiembre de 2009 de <http://www.cdc.gov/nccdphp/>
- Navarro, G. (2006). *Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños (as), preescolares y escolares*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. México: PSICOM Editores.
- Olaiz-Fernández, G; Rivera-Dommarco, J; Shamah Levy, T; Rojas, R; Villalpando-Hernández, S; Hernández-Ávila, M; Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: INSP, 83-104.
- Olvera-Ezzel, N; Power, T. G. & Cousin, J. H. (1990). Maternal socialization of children's eating habits: Strategies used by obese Mexican American mothers. *Child development*. 61, 395-400.
- Organización Mundial de la Salud. (1946, julio). Conferencia Sanitaria Internacional. *Official Records of the World Health Organization*, (2). 100.
- Organización Mundial de la Salud. (2002a). *Definición y evaluación de los riesgos para la salud*. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Recuperado el 3 de enero de 2009 de www.who.int/entity/whr/2002/en/Chapter2S.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002b). *Panorama General. Reducir los riesgos y promover la vida sana*. Informe sobre la salud en el mundo 2002. 3-15.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS*. Recuperado el 30 de junio de 2009 de http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional de Diabetes. (2004). *Combatamos la obesidad para ayudar a prevenir la diabetes*. Comunicado de prensa conjunto OMS/IDF. Publicado 11 de noviembre de 2004. Recuperado el 20 de abril de 2008, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006a). *Obesidad y Sobrepeso* (Nota descriptiva No. 311). Recuperado el 30 de abril de 2008, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2006b). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación*. Recuperado el 30 de abril de 2008, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicatos%20Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Obesity and overweight*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2008, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>
- Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional de Diabetes. (2004). *Combatamos la obesidad para ayudar a prevenir la diabetes*. Comunicado de prensa conjunto OMS/IDF. Publicado 11 de noviembre de 2004. Recuperado el 10 de septiembre de 2008, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>
- Ortiz, L. (2002). Evaluación nutricional de adolescentes. *Revista Médica IMSS*, 40, 223-232.
- Peña R., Aguilar R. y Vera J. A. (2005). Pareja Estimulación y Desarrollo del Infante en Zona Rural en Pobreza Extrema. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10, 559-576.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias. Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, 61-79.
- Pérez, G. J. y González, M. C. (2002). *Crianza y desarrollo infantil en familias Yoreme-Mayo en el norte de Sinaloa*. Tesis de Licenciatura, UAIM, México.
- Pérez, E., Morales, M. y Grajales, I. (2006). Panorama epidemiológico de la obesidad en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*, 4, 62-64.

- Repetti, R. L.; Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychology Bulletin*, 128, 330-336.
- Reynoso, E. y Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud*. México: CONACYT
- Rivera, J. (2009). *Referencias del crecimiento: Un instrumento en el contexto de la atención primaria de la salud*. México: INSP.
- Rivera, J; Muñoz, O; Rosas, M; Aguilar, C; Willett, W. y Popkin, B. (2006). *Desarrollo e implementación de las recomendaciones sobre el consumo de bebidas para una vida saludable*. México: INSP.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la Salud*. España: Síntesis Psicológica.
- Sánchez-Sosa, J. (2002). *Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health*. Recuperado 2, febrero, 2008, de www.eolss.net
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud. Marcos teóricos y modelos. *Revista de psicología de la salud*, 1, 3- 20.
- Santacreu, J., Marquez, O. y Rubio, V. (1997). Prevention in the content of Health Psychology. *Psicología y Salud*, 10, 81- 32.
- Santos, J. I., Villa, J. P., García, M. A., León, G., Quezada, S. y Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Mexicana*, 45, 140-151.
- Sillero, M. (2005). Medidas Antropométricas. Curso 05-06. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte: Universidad Politécnica de Madrid. Recuperado el 26 de junio de 2009 de ocw.upm.es/...fisica-y-deportiva/kinantropometria/.../Tema%202.pdf
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 11, 587-597.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 335-341.
- Stark, L. J., Collins, F. L. & Osnes, P. G. (1986). Using reinforcement and cueing to increase healthy snack food choices in preschoolers. *J Appl Behav Anal*, 19, 367-79.
- Terris, M. (1992). Budget Cutting and Privatization: the treat to health. *J Public Health Policy*, 13, 27-41

- Toro, J. (1986). Factores socioculturales de los factores de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- Toussaint, G. (2000). Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 57, 650-662.
- University of Virginia Health System. (2008). *La medicina del adolescente*. Recuperado el 8 de mayo de 2008 de www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/obesity.cfm
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 136-142.
- Vázquez, V. y López, J. C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.
- Vega, L. (2002). *Bases esenciales de la Salud Pública*. México: La prensa Médica Mexicana.
- Vera, N. (1996). *Evaluación de un modelo descriptivo de Atención Primaria a la Salud y desarrollo infantil en zonas rurales*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Vera, J. A. (2004). Prácticas de crianza y educación inicial. *Visión Educativa Revista Sonorense de la Educación*, 3, 32-36
- Villegas, M. (2000). La familia y su relación con la crianza. La crianza humanizada. *Boletín del grupo de puericultura de la Universidad de Antioquia*. Recuperado el 4 de diciembre del 2009 de http://www.encolombia.com/lacrianza_pediatria33-1.htm
- Wardle, J., Volz, C. & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *Revista International Journal of Obesity*, 19, 562-569.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1

Tabla 9

Diferencia por grupo entre IMC de las madres en sus creencias y prácticas de alimentación

Variables dependientes	(I)IMC de las madres	(J)IMC de las madres	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Factor 1 Peso percibido de la madre	Peso normal	Sobrepeso	-.145	.319	.976
		Obesidad ligera	-1.240(*)	.395	.021
		Obesidad moderada	-1.544	.558	.056
	Sobrepeso	Peso normal	.145	.319	.976
		Obesidad ligera	-1.094(*)	.353	.023
		Obesidad moderada	-1.398	.529	.074
	Obesidad ligera	Peso normal	1.240(*)	.395	.021
		Sobrepeso	1.094(*)	.353	.023
		Obesidad moderada	-.303	.578	.965
	Obesidad moderada	Peso normal	1.544	.558	.056
		Sobrepeso	1.398	.529	.074
		Obesidad ligera	.303	.578	.965
Factor 2 Preocupación y control del peso del niño	Peso normal	Sobrepeso	-.606	.504	.695
		Obesidad ligera	-.710	.636	.742
		Obesidad moderada	-1.647	.924	.367
	Sobrepeso	Peso normal	.606	.504	.695
		Obesidad ligera	-.103	.572	.998
		Obesidad moderada	-1.041	.882	.708
	Obesidad ligera	Peso normal	.7104	.636	.742
		Sobrepeso	.103	.572	.998
		Obesidad moderada	-.937	.963	.814
	Obesidad moderada	Peso normal	1.647	.924	.367
		Sobrepeso	1.041	.882	.708
		Obesidad ligera	.937	.963	.814
Factor 3 Monitoreo	Peso normal	Sobrepeso	-.311	.321	.817
		Obesidad ligera	.111	.404	.995
		Obesidad moderada	-.391	.582	.929
	Sobrepeso	Peso normal	.311	.321	.817
		Obesidad ligera	.422	.365	.720
		Obesidad moderada	-.080	.555	.999
	Obesidad ligera	Peso normal	-.111	.404	.995
		Sobrepeso	-.422	.365	.720
		Obesidad ligera	-.502	.607	.876
	Obesidad moderada	Peso normal	.391	.582	.929
		Sobrepeso	.080	.555	.999
		Obesidad ligera	.502	.607	.876
Factor 4 Restricción	Peso normal	Sobrepeso	-.073	.547	.999
		Obesidad ligera	-.035	.694	1.000
		Obesidad moderada	-.006	.965	1.000
	Sobrepeso	Peso normal	.073	.547	.999
		Obesidad ligera	.038	.628	1.000
		Obesidad moderada	.067	.919	1.000

	Obesidad ligera	Peso normal	.035	.694	1.000
		Sobrepeso	-.038	.628	1.000
		Obesidad ligera	.028	1.013	1.000
	Obesidad moderada	Peso normal	.006	.965	1.000
		Sobrepeso	-.067	.919	1.000
		Obesidad ligera	-.028	1.013	1.000
Factor 5	Peso normal	Sobrepeso	.707	.499	.571
Presión para comer		Obesidad ligera	1.389	.628	.182
		Obesidad moderada	.984	.891	.749
	Sobrepeso	Peso normal	-.707	.499	.571
		Obesidad ligera	.682	.569	.697
		Obesidad moderada	.276	.850	.991
	Obesidad ligera	Peso normal	-1.389	.628	.182
		Sobrepeso	-.682	.569	.697
		Obesidad ligera	-.405	.932	.979
	Obesidad moderada	Peso normal	-.984	.891	.749
		Sobrepeso	-.276	.850	.991
		Obesidad ligera	.405	.932	.979
Factor 6	Peso normal	Sobrepeso	-.173	.234	.908
Responsabilidad percibida		Obesidad ligera	-.258	.293	.856
		Obesidad moderada	-.259	.423	.945
	Sobrepeso	Peso normal	.173	.234	.908
		Obesidad ligera	-.084	.265	.992
		Obesidad moderada	-.085	.404	.997
	Obesidad ligera	Peso normal	.258	.293	.856
		Sobrepeso	.084	.265	.992
		Obesidad ligera	-.001	.441	1.000
	Obesidad moderada	Peso normal	.259	.423	.945
		Sobrepeso	.085	.404	.997
		Obesidad ligera	.001	.441	1.000
Factor 7	Peso normal	Sobrepeso	.163	.239	.927
Peso percibido del hijo		Obesidad ligera	-.018	.301	1.000
		Obesidad moderada	.613	.427	.560
	Sobrepeso	Peso normal	-.163	.239	.927
		Obesidad ligera	-.181	.272	.930
		Obesidad moderada	.450	.407	.748
	Obesidad ligera	Peso normal	.018	.301	1.000
		Sobrepeso	.181	.272	.930
		Obesidad ligera	.632	.446	.571
	Obesidad moderada	Peso normal	-.613	.427	.560
		Sobrepeso	-.450	.407	.748
		Obesidad ligera	-.632	.446	.571

Anexo 2

Tabla 10

Diferencia entre grupos por escolaridad de las madres en sus creencias y prácticas de alimentación

Variables dependientes	(I)Escolaridad de las madres	(J)Escolaridad de las madres	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	
Factor 1 Peso percibido de la madre	Primaria	Secundaria	-.592	.573	.785	
		Bachillerato/carrera técnica	-.830	.538	.498	
		Licenciatura/postgrado	.053	.584	1.000	
	Secundaria	Primaria	.592	.573	.785	
		Bachillerato/carrera técnica	-.237	.334	.918	
		Licenciatura/postgrado	.645	.405	.470	
	Bachillerato/carrera técnica	Primaria	.830	.538	.498	
		Secundaria	.237	.334	.918	
		Licenciatura/postgrado	.883	.354	.103	
	Licenciatura/posgrado	Primaria	-.053	.584	1.000	
		Secundaria	-.645	.405	.470	
		Bachillerato/carrera técnica	-.883	.354	.103	
Factor 2 Preocupación y control del peso del niño		Primaria	Secundaria	-.841	.849	.806
			Bachillerato/carrera técnica	-.634	.799	.890
			Licenciatura/postgrado	.705	.876	.885
Secundaria	Primaria	.841	.849	.806		
	Bachillerato/carrera técnica	.206	.517	.984		
	Licenciatura/postgrado	1.546	.628	.111		
Bachillerato/carrera técnica	Primaria	.634	.799	.890		
	Secundaria	-.206	.517	.984		
	Licenciatura/postgrado	1.339	.559	.127		
Licenciatura/posgrado	Primaria	-.705	.876	.885		
	Secundaria	-1.546	.628	.111		
	Bachillerato/carrera técnica	-1.339	.559	.127		
	Factor 3 Monitoreo	Primaria	Secundaria	-.950	.545	.387
			Bachillerato/carrera técnica	-1.230	.513	.126
			Licenciatura/postgrado	-.877	.565	.494
Secundaria	Primaria	.950	.545	.387		
	Bachillerato/carrera técnica	-.280	.328	.867		
	Licenciatura/postgrado	.073	.406	.998		
Bachillerato/carrera técnica	Primaria	1.230	.513	.126		
	Secundaria	.280	.328	.867		
	Licenciatura/postgrado	.353	.362	.812		
Licenciatura/posgrado	Primaria	.877	.565	.494		
	Secundaria	-.073	.406	.998		
	Bachillerato/carrera técnica	-.353	.362	.812		
	Primaria	Secundaria	1.204	.926	.640	
		Bachillerato/carrera técnica	1.466	.873	.421	

		Licenciatura/postgrado	1.937	.958	.254
	Secundaria	Primaria	-1.204	.926	.640
		Bachillerato/carrera técnica	.262	.559	.974
		Licenciatura/postgrado	.733	.685	.766
		Primaria	-1.466	.873	.421
		Secundaria	-.262	.559	.974
		Licenciatura/postgrado	.471	.611	.898
	Licenciatura/posgrado	Primaria	-1.937	.958	.254
		Secundaria	-.733	.685	.766
		Bachillerato/carrera técnica	-.471	.611	.898
Factor 5	Primaria	Secundaria	1.158	.842	.596
Presión para comer		Bachillerato/carrera técnica	2.073	.794	.080
		Licenciatura/postgrado	3.030(*)	.872	.008
	Secundaria	Primaria	-1.158	.842	.596
		Bachillerato/carrera técnica	.914	.509	.360
		Licenciatura/postgrado	1.871(*)	.624	.031
	Bachillerato/carrera técnica	Primaria	-2.073	.794	.080
		Secundaria	-.914	.509	.360
		Licenciatura/postgrado	.957	.557	.401
	Licenciatura/posgrado	Primaria	-3.030(*)	.872	.008
		Secundaria	-1.871(*)	.624	.031
		Bachillerato/carrera técnica	-.957	.557	.401
Factor 6	Primaria	Secundaria	-.047	.402	1.000
Responsabilidad percibida		Bachillerato/carrera técnica	-.025	.377	1.000
		Licenciatura/postgrado	-.424	.415	.791
	Secundaria	Primaria	.047	.402	1.000
		Bachillerato/carrera técnica	.022	.243	1.000
		Licenciatura/postgrado	-.377	.299	.662
	Bachillerato/carrera técnica	Primaria	.025	.377	1.000
		Secundaria	-.022	.243	1.000
		Licenciatura/postgrado	-.399	.265	.520
	Licenciatura/posgrado	Primaria	.424	.415	.791
		Secundaria	.377	.299	.662
		Bachillerato/carrera técnica	.399	.265	.520
Factor 7	Primaria	Secundaria	-.553	.417	.623
Peso percibido del hijo		Bachillerato/carrera técnica	-.409	.389	.775
		Licenciatura/postgrado	-.687	.426	.460
	Secundaria	Primaria	.553	.417	.623
		Bachillerato/carrera técnica	.143	.251	.955
		Licenciatura/postgrado	-.133	.306	.979
	Bachillerato/carrera técnica	Primaria	.409	.389	.775
		Secundaria	-.143	.251	.955
		Licenciatura/postgrado	-.277	.267	.782
	Licenciatura/posgrado	Primaria	.687	.426	.460
		Secundaria	.133	.306	.979
		Bachillerato/carrera técnica	.277	.267	.782

Anexo 3

Tabla 11

Diferencia entre grupos por ocupación de las madres en sus creencias y prácticas de alimentación

Variables dependientes	(I)Ocupación de las madres	(J)Ocupación de las madres	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Factor 1 Peso percibido de la madre	Desempleado	Obrero	-1.189	1.078	.749
		Comerciante	-1.061	1.108	.821
		Ama de casa	-1.572	1.074	.545
	Obrero	Desempleado	1.189	1.078	.749
		Comerciante	.128	.410	.992
		Ama de casa	-.382	.309	.676
	Comerciante	Desempleado	1.061	1.108	.821
		Obrero	-.128	.410	.992
		Ama de casa	-.510	.401	.655
	Ama de casa	Desempleado	1.572	1.074	.545
		Obrero	.382	.309	.676
		Comerciante	.510	.401	.655
Factor 2 Preocupación y control del peso del niño	Desempleado	Obrero	2.297	1.590	.555
		Comerciante	2.142	1.641	.636
		Ama de casa	2.500	1.583	.478
	Obrero	Desempleado	-2.297	1.590	.555
		Comerciante	-.154	.643	.996
		Ama de casa	.203	.477	.980
	Comerciante	Desempleado	-2.142	1.641	.636
		Obrero	.154	.643	.996
		Ama de casa	.358	.627	.955
	Ama de casa	Desempleado	-2.500	1.583	.478
		Obrero	-.203	.477	.980
		Comerciante	-.358	.627	.955
Factor 3 Monitoreo	Desempleado	Obrero	.478	1.062	.977
		Comerciante	.341	1.097	.992
		Ama de casa	.431	1.058	.983
	Obrero	Desempleado	-.478	1.062	.977
		Comerciante	-.136	.424	.991
		Ama de casa	-.046	.310	.999
	Comerciante	Desempleado	-.341	1.097	.992
		Obrero	.136	.424	.991
		Ama de casa	.090	.414	.997
	Ama de casa	Desempleado	-.431	1.058	.983
		Obrero	.046	.310	.999
		Comerciante	-.090	.414	.997
Factor 4 Restricción	Desempleado	Obrero	2.963	1.703	.389
		Comerciante	3.906	1.764	.181
		Ama de casa	3.668	1.698	.200
	Obrero	Desempleado	-2.963	1.703	.389
		Comerciante	.943	.700	.612
		Ama de casa	.705	.512	.596
	Comerciante	Desempleado	-3.906	1.764	.181
		Obrero	-.943	.700	.612
		Ama de casa	-.238	.689	.989

	Ama de casa	Desempleado	-3.668	1.698	.200
		Obrero	-.705	.512	.596
		Comerciante	.238	.689	.989
	Desempleado	Obrero	-2.004	1.718	.715
		Comerciante	-.385	1.768	.997
		Ama de casa	-1.308	1.713	.900
	Obrero	Desempleado	2.004	1.718	.715
		Comerciante	1.619	.643	.099
		Ama de casa	.695	.474	.542
	Comerciante	Desempleado	.385	1.768	.997
		Obrero	-1.619	.643	.099
		Ama de casa	-.923	.629	.542
	Ama de casa	Desempleado	1.308	1.713	.900
		Obrero	-.695	.474	.542
		Comerciante	.923	.629	.542
Factor 6	Desempleado	Obrero	-.069	.768	1.000
Responsabilidad		Comerciante	-.377	.793	.973
percibida		Ama de casa	.038	.765	1.000
	Obrero	Desempleado	.069	.768	1.000
		Comerciante	-.307	.306	.799
		Ama de casa	.108	.224	.972
	Comerciante	Desempleado	.377	.793	.973
		Obrero	.307	.306	.799
		Ama de casa	.416	.300	.588
	Ama de casa	Desempleado	-.038	.765	1.000
		Obrero	-.108	.224	.972
		Comerciante	-.416	.300	.588
Factor 7	Desempleado	Obrero	-.521	.780	.931
Peso percibido del		Comerciante	-.554	.806	.925
hijo		Ama de casa	-.602	.778	.897
	Obrero	Desempleado	.521	.780	.931
		Comerciante	-.033	.312	1.000
		Ama de casa	-.080	.232	.989
	Comerciante	Desempleado	.554	.806	.925
		Obrero	.033	.312	1.000
		Ama de casa	-.047	.306	.999
	Ama de casa	Desempleado	.602	.778	.897
		Obrero	.080	.232	.989
		Comerciante	.047	.306	.999