



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

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

Prácticas de Crianza en Madres de Preadolescentes y
Adolescentes obesos y su relación con Conductas Alimentarias
de Riesgo en Escuelas Públicas de Pachuca Hidalgo

T E S I S

Que para obtener el título de licenciadas en Psicología

P R E S E N T A N:

Guerrero Manning Natalia
Márquez Estrada Mónica Vanesa

Bajo la Dirección de:
Mtra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Profesor Investigador



Pachuca, Hidalgo junio 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Psicología

MTRA. ANTONIA Y. IGLESIAS HERMENEGILDO
JEFA DEL AREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
PRESENTE

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes *Guerrero Manning Natalia y Márquez Estrada Mónica Vanesa*, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es: *"Prácticas de crianza en madres de preadolescentes y adolescentes obesas y su relación con conductas alimentarias de riesgo en escuelas públicas de Pachuca, Hidalgo"* debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

ATENTAMENTE

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Mtra. Antonia Yugoelavla Iglesias Hermenegildo	Presidente	
Mtra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina	Segundo Vocal	
Dr. Arturo Del Castillo Arreola	Tercer Vocal	
Dra. Melissa García Meraz	Secretario	
Mtro. Sergio Santamaría Suárez	Suplente	
Mtra. Verónica Rodríguez Contreras	Suplente	

Pachuca de Soto, Hgo. 03 de Julio de 2011



Agradecimientos

Mamá: Gracias por tu ejemplo, tu paciencia, tu apoyo, comprensión, consejos, y amor incondicional. Por darme siempre la paz que necesito. Sin tu presencia cada instante en mi vida, no habría sido posible la culminación de este sueño. De verdad gracias por todo. Te amo mucho!

Papá: Gracias por siempre darme tu cariño y por hacerme reír cada vez que lo necesito, este logro lo comparto contigo así como tú has compartido conmigo cada historia y anécdota que me ha ayudado a vivir cada día con más optimismo y alegría. Te amo mucho!.

Eli: Gracias por ayudarme cuando lo necesite y por estar todos los días escuchándome en los mejores y no tan buenos momentos. Te amo mucho, y de verdad, sin ti acompañándome no habría sido tan especial. tqm!.

David: Te agradezco profundamente el que cada día me hayas escuchado y apoyado cuando más lo necesitaba. Por creer en mí. Cada sonrisa, cada te amo y cada ¡ánimo! Se han quedado grabados en mi corazón. Te adoro y eres mi luz por siempre, te amo muchísimo!.

Moni: Gracias por compartir este triunfo, tú y yo sabemos que implica mucho esfuerzo, dedicación, risas, enojos y desesperación, por lo que todavía más valió la pena realizarlo. Te quiero mucho y gracias por haber sido mi compañera aparte de una muy buena amiga. Me parece que hemos aprendido muchísimo en todos los aspectos y solo me queda desearte éxito en todo! Tq!.

Natalia

Agradecimientos

Gracias Dios, por la vida que me regalas día con día, por darme la dicha de tener a mi familia y de saber que hay personas que quieren lo mejor para mí. Porque siempre estás a mi lado, y ahora como siempre de tu mano, has permitido que cumpla una de mis tantas metas.

Mamá, gracias por tu amor incondicional, por tus sabios consejos, por el apoyo que siempre me has brindado, porque has sabido levantarme cuando siento que no puedo continuar, porque siempre estás ahí cuando te necesito.

Papá, porque siempre encuentras la manera de hacerme sentir bien, por el apoyo que me has brindado siempre, porque a pesar de las dificultades que se han presentado en el camino, siempre estás ahí para sostenerme.

Yin: Agradezco el apoyo que me brindaste cuando pudiste, porque al estar a tu lado, siempre encontrabas la forma de hacerme reír, por tus consejos, tus regaños, todo aquello que me ha ayudado para sostenerme firme en mis decisiones.

Gigi: Gracias por tus consejos, por la amistad que me brindas, por el apoyo que siempre me das cuando no sé a dónde ir, por aguantar mis malos ratos y sobre todo por regalarme siempre una sonrisa que hace desaparecer mi tristeza, por los buenos y malos ratos que pasamos juntas.

Dada: Gracias por soportar mis malos ratos, sabes muy bien como aguantarme, por esa comprensión que siempre tienes hacía mí, por los consejos que siempre me das, por permanecer siempre a mi lado.

Turo: Eres el que cambia el sentido de mi vida cuando está a mi lado, porque tu corazón de niño hace que siempre estés feliz a pesar de las adversidades y eso es lo que me motiva cuando creo que no puedo continuar, por todo el apoyo que me das, por estar al pendiente de lo que me sucede siempre.

Mariela, Fátima, Astrid, Yael y Santi: Gracias por ser mis angelitos, por iluminar mi vida, porque al ser pequeños me muestran que la vida siempre está en las pequeñas cosas, por ser mi luz cuando me siento en la oscuridad.

Mimí: Gracias por tu apoyo, por los consejos que siempre me das, en los que me alientas a continuar, gracias por estar a mi lado.

Fabián: Gracias por tu apoyo, por tus consejos.

Gracias en verdad familia, por ser mi más grande inspiración, por amarme como lo hacen, por estar siempre a mi lado. Los amo.

Naty: Gracias por compartir esta gran meta conmigo, nos costó bastante, pero ahora aquí está el resultado de nuestro trabajo. Agradezco de todo corazón la amistad que me has brindado durante estos años, el hecho de aguantarme y de aguantarte todos los días mientras trabajábamos, por ser una gran compañera, por todos los momentos que hemos compartido juntas y de los cuales hemos aprendido bastante. Te quiero.

Omar, Fer, Diego, Adriana, Oscar, Chivis, Paco Lugardo, Luz, Xanat, Johana, Mitzy, Lupita, gracias por la amistad y el apoyo que me han brindado durante todo este tiempo, por compartir grandes momentos conmigo y sobre todo por estar siempre pendiente de mí.

A quienes se han ido físicamente, pero que permanecen en mi corazón: Abuelitos Felipa, Jesús y David, gracias por ser una luz que guía mi camino, porque cuando estuvieron a mi lado, siempre me apoyaron y me dieron su amor.

Gracias a cada uno, hacerme parte de su vida y sobre todo por el amor que me dan, porque gracias a esto es que he llegado a este momento tan esperado.

Moni

Maestra Rebe: Gracias por todo el apoyo que nos ha brindado, y por las enseñanzas de cada día. Por estar siempre al pendiente de nosotras y su paciencia. La queremos mucho.

Un especial agradecimiento a la Doctora Melissa García y al Doctor Arturo Del Castillo por todo el apoyo y tiempo que nos brindaron en la realización de esta tesis. Por sus enseñanzas.

Mónica y Natalia

ÍNDICE

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo 1. Conceptualización de la Obesidad desde la Epidemiología.

Concepto.....	1
Diagnóstico.....	2
Magnitud del Problema. Ámbito Internacional Nacional y Estatal.....	3

Capítulo 2. Pubertad y Adolescencia

Definición.....	16
Cambios Biológicos en la Pubertad y la Adolescencia.....	16
Características del Pensamiento Adolescente.....	18
El Adolescente, su Familia y su Mundo Social.....	19
Impacto Psicológico de la Pubertad y la Adolescencia.....	21
Estilo de Vida: Saludable y no Saludable del adolescente.....	22

Capítulo 3. Estilos y Prácticas de Crianza relacionadas con la Alimentación

Prácticas de crianza en la alimentación.....	24
Definición de Estilo, Crianza y Estilo de Crianza.....	25

Categorización de los Estilos de Crianza.....	27
Modelos Explicativos de Crianza.....	28
Pautas, Prácticas y Creencias de la Crianza.....	29
Instrumentos de Evaluación.....	32
Investigaciones actuales relacionadas con las Prácticas de Crianza y la Alimentación en las Primeras Etapas de Vida.....	33
Intervenciones referentes a la Prevención de la Obesidad considerando las Prácticas de Crianza.....	35

Capítulo 4. Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición de Conducta Alimentaria.....	37
Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	38
Factores de riesgo asociados a la AN.....	40
Instrumentos para la evaluación de Conductas Alimentarias de Riesgo y algunas sintomatologías de TCA.....	44
Investigaciones sobre TCA y CAR.....	47

Capítulo 5. Método

Planteamiento del problema	
Justificación.....	53
Pregunta de investigación.....	55

Objetivos	
Objetivo General.....	55
Objetivos específicos.....	55
Hipótesis.....	56
Definición de Variables.....	57
Participantes.....	61
Criterios	
Criterios de inclusión.....	63
Criterios de exclusión.....	64
Tipo de estudio.....	64
Diseño de investigación.....	64
Instrumentos.....	64
Materiales.....	68
Procedimiento.....	68
Capítulo 6. Resultados.....	71
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones.....	82
Referencias.....	91
Anexos.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables de clasificación.....	57
Tabla 2. Variables de estudio.....	58
Tabla 3. Estructura factorial para mujeres de la EFRATA	65
Tabla 4. Estructura factorial para hombres de la EFRATA.....	66
Tabla 5. Límite para clasificar a los hombres y mujeres en situación de riesgo / fuera de riesgo de padecer un trastorno alimentario.....	66
Tabla 6. Estructura factorial del CFQ.....	68
Tabla 7 Distribución de Medias por nivel académico y sexo del CFQ	76
Tabla 8. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en mujeres de primaria	77
<i>Tabla 9. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en hombres de primaria.</i>	<i>77</i>
Tabla 10. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en mujeres de secundaria.....	78
Tabla 11. Medias del factor “Dieta Crónica Restrictiva” por nivel académico y sexo.....	79
Tabla 12. Medias del factor “Preocupación por el Peso y la Comida” por nivel académico y sexo	80
Tabla 13. Medias del factor “Restricción” por nivel académico y sexo.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Distribución por sexo de los participantes.....	62
Fig. 2. Distribución por nivel académico de los participantes.....	62
Fig. 3. Distribución por sexo y nivel académico de los participantes.....	63
Fig. 4. Distribución del factor “Dieta Crónica Restrictiva” de acuerdo al sexo y nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes.....	72
Fig. 5. Distribución del factor “Preocupación por el Peso y la Comida” de acuerdo al sexo y al nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes.....	73
Fig. 6. Distribución de medias (factores del CFQ) de acuerdo a la totalidad de la muestra.....	74
Fig. 7. Distribución de la media de prácticas de crianza (madres) de acuerdo al nivel escolar de sus hijos.....	74
Fig. 8. Distribución de la media de prácticas de crianza de acuerdo al sexo de los hijos.....	75

Resumen

El objetivo central de esta investigación es determinar las semejanzas y las diferencias entre las Conductas Alimentarias de Riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres de acuerdo al sexo y nivel académico de los participantes, de tal forma que contribuya al aumento de información acerca de esta problemática, y además brinde un panorama actual que pueda generar líneas de intervención acordes a la realidad de los habitantes de Pachuca, Hidalgo. Se trató de un estudio no experimental transversal. Se evaluó a N=274 preadolescentes y adolescentes de quinto a sexto de primaria y de primero a tercero de secundaria de escuelas públicas (seleccionadas mediante muestreo probabilístico estratificado) de Pachuca de Soto, Hidalgo, de 11 a 15 años de edad, con obesidad (IMC >95 percentil) y a sus madres (N=274). Se aplicaron los instrumentos: “Escala de Factores de Riesgo para Trastornos de la Alimentación” (EFRATA) y el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ). Los datos se analizaron utilizando la correlación de Pearson y el análisis de varianza de un solo factor. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las Conductas Alimentarias de Riesgo entre el nivel académico y el sexo de los participantes, así como también en las Prácticas de Crianza Maternas entre el nivel académico y el sexo de los participantes. También una relación estadísticamente significativa entre las dos Conductas Alimentarias de Riesgo que se midieron en este estudio (Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica restrictiva) y tres factores del CFQ.

El estudio genera información de importancia para la implementación de programas de intervención en salud que conlleven a una población más saludable e informada.

Palabras clave: Obesidad, estudiantes de primaria, estudiantes de secundaria, Prácticas de Crianza Maternas, Conductas Alimentarias de Riesgo.

Abstract

The central aim of this research is to determine the similarities and differences that exist between alimentary conducts of risk (chronic restrictive diet and the worry about weight and food) of obese elementary and high school students (men and women) and the mothers' alimentation practices, in the way this contributes to the increase of information about this problematic, and also provides an actual panorama that could generate intervention lines according to Pachuca, Hidalgo habitant's reality. This study was a transversal not experimental one. 274 elementary and high school students who study in public colleges on the fifth and sixth grade of elementary school and on the first and third year of high school were evaluated (selected by probabilistic and stratified sampling) of Pachuca de Soto, Hidalgo between eleven and 15 years old, with an obesity of IMC >95 percentile). Their mothers N=274 (Mothers of these children) were evaluated too. The following instruments were applied: "The risk factors scale for the alimentary disorders" (EFRATA) and "The Questionnaire of Attitudes, Beliefs and Practices towards the Children's Alimentation" (CFQ).

The data were analyzed using Pearson's correlation and analysis of variance of a single factor. There were found significant differences statistically in the alimentary conducts of risk between the academic level and sex of participants as well as on the mothers' alimentation practices between the academic level and sex of participants. Also were found a statistically significant correlation between the two risky eating behaviors were measured in this study (chronic restrictive diet and the worry about weight and food) and three factors of the CFQ. The study generates important and essential information for the implementation of intervention health programs which carry a healthier and more informed population.

Key words: Obesity, Preadolescents, Adolescents, Mother's alimentation practices, alimentary conducts of risk.

Introducción

La prevalencia de obesidad en el mundo se ha incrementado de manera alarmante. Ésta confiere un aumento del riesgo de morbimortalidad, ya que la mayoría de estudios epidemiológicos poblacionales observan que la mortalidad empieza a aumentar cuando el Índice de Masa Corporal supera los 25 kg/m² en adultos y cuando en los niños el centil está por arriba de 85 (Rubio et al., 2007). De acuerdo a esto, se ha calculado que en 2008 aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) presentaban sobrepeso, más de 300 millones de mujeres y aproximadamente 200 millones de hombres y en cuanto a la estadística en niños la OMS calculó que en 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de cinco años con sobrepeso (OMS, 2006, 2011a). Lobstein, Baur y Uauy de la International Obesity Task Force (IOTF, 2004) estiman también que entre 30 y 45 millones de la población mundial (de cinco a 17 años) padece obesidad.

Ahora bien, desde un enfoque preventivo uno de los principales factores que se ha relacionado con el riesgo de obesidad en escolares son las prácticas de crianza las cuales pueden generar obesidad infantil o modelos alterados y desordenados de alimentación (Birch & Fisher, 1998). Esto se da en gran medida debido a que la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por lo que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente, a través de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Perry, Silvera, Neilands Rosenvinge & Hanssen, 2008).

Se sabe también que un Índice de Masa Corporal elevado se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo pues tratan de lograr una disminución de peso a través de una variedad de prácticas erróneas de control de peso (Gómez, Saucedo & Unikel, 2001) llegando a comprometer su salud y de esta forma en ocasiones a presentar algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) (Casanueva & Morales, 2001).

La etapa de la pubertad y de la adolescencia es un periodo amplio y complejo en donde el individuo se encuentra en un proceso de transición que implica cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Wendkos & Duskin 2001) por lo que muchas veces la presión social por estar delgado (a) favorece que los adolescentes comiencen con alguna dieta para perder peso llevándola sin control y supervisión adecuada (Chung, 2001; Neumark-Sztainer, Wall, Story & Fulkerson, 2004).

Ante tales razones, el presente reporte de tesis tiene como finalidad aportar información acerca de la existencia o no de las semejanzas y diferencias entre las conductas alimentarias de riesgo (preocupación por el peso y la comida y dieta restrictiva) de estudiantes de primaria y secundaria (hombres y mujeres) con obesidad y las prácticas de crianza de sus madres en una población como la de Pachuca Hidalgo.

Presentando en el capítulo 1 la Conceptualización de la Obesidad desde la Epidemiología, el capítulo 2 contiene información acerca de cuestiones generales de la pubertad y adolescencia, en el capítulo 3 se tratan de explicar los Estilos y Prácticas de Crianza relacionadas con la Alimentación, mientras que el capítulo 4, llamado Conductas Alimentarias de Riesgo contiene la definición de conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de la conducta alimentaria.

Posteriormente, en el capítulo 5 se describe el método, en el 6 los resultados y finalmente en el 7 la discusión y conclusión.

Capítulo 1. Conceptualización de la Obesidad desde la Epidemiología

Concepto

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2011a).

El índice de masa corporal (IMC) -el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2)- es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, ya que la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, se considera como una guía aproximativa, ya que se ha observado que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos (OMS, 2011a).

La OMS (2011a) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 25.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006, incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta cinco años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de cinco a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.

Con relación a la obesidad en adolescentes se define como un aumento en el peso corporal, debido a un exceso de grasa en el organismo Prevención en la

Infancia y la Adolescencia [PrevInfad] / Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [PAPPS], 2004). El uso actual del concepto de obesidad varía considerablemente, específicamente para adolescentes en la mayoría de reportes se utilizan las palabras de *sobrepeso* y *obesidad*; sin embargo, desde 2006 se introdujeron los términos de “*en riesgo de sobrepeso*” (equivalente al de sobrepeso) y “*sobrepeso*” (equivalente al de obesidad). El manejo de estos dos últimos vocablos se fundamenta en el uso de expresiones de “bajo impacto emocional” (Flegal, Tabak & Ogden, 2006).

Diagnóstico

Al respecto del diagnóstico de obesidad, Serra Majem y Aranceta Batrina (2001) señalan que el criterio más exacto consiste en la determinación del porcentaje de grasa (*masa grasa*) que contiene el organismo y la cuantificación del exceso en relación con el valor esperado según el sexo, la talla y la edad; aunque refieren el inconveniente relacionado con la carencia de un estándar universalmente aceptado sobre el contenido graso “correcto” en las diferentes etapas de la vida de las personas; ya que es “difícil” en la práctica medir el tejido graso. Es por esto que se utilizan métodos indirectos de valoración de este tipo de tejido, tales como el antropométrico (peso, talla, perímetros, pliegues).

Por su correlación significativa con otros métodos indirectos de valoración del tejido adiposo y su factibilidad, el IMC relacionado con la edad y el sexo es la medida más aceptada y utilizada en América y Europa para la estimación del sobrepeso y la obesidad (Reilly, Wilson, Summerbell & Wilson, 2002; Scottish Intercollegiate-Guidelines Network, SIGN, 2003; World Health Organization [WHO], 2006).

La determinación del IMC para identificar a niños, niñas y adolescentes con obesidad parece tener una alta sensibilidad (95-100 por ciento). Sin embargo, la principal limitación es su baja especificidad (36-66 por ciento), por no distinguir entre la masa grasa y la masa libre de grasa (magra), y su incapacidad para

diferenciar qué compartimiento está originando el aumento o descenso del mismo (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2003). Además se ha observado que algunos niños y niñas con cifras de IMC dentro de los límites normales tienen valores de masa grasa en rango de obesidad. Presenta también limitaciones para el empleo en menores de dos años de edad, en algunos grupos étnicos, atletas y en adolescentes, por la influencia del estadio de desarrollo puberal (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000; Dietz & Bellizzi, 1999).

Por la variabilidad en la composición corporal en la etapa de crecimiento y desarrollo, la CDC (2003) recomienda para el diagnóstico en la infancia y adolescencia la utilización del IMC, además de otros indicadores de adiposidad corporal, como son los pliegues cutáneo tricipital y subescapular (que consisten en una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea del brazo), en comparación con los estándares específicos por edad y sexo de referencia y en la reunión de Consenso sobre Obesidad Infantil realizada en la Academia Mexicana de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo 2002), la recomendación fue utilizar las gráficas del CNC 2000 del IMC para la edad en la valoración de niños mayores de dos años de edad y considerar para la población mexicana lo siguiente: sobrepeso, valor superior al centil 75; obesidad, valor por arriba del centil 85 y obesidad grave con un valor por arriba del centil 97.

Magnitud del Problema. Ámbito Internacional, Nacional y Estatal

Ámbito Internacional

La OMS (2006) reconoció a la obesidad desde hace más de medio siglo como una enfermedad, que ha pasado en las últimas décadas de ser un problema de tipo individual a convertirse en un fenómeno social mundial. La OMS calcula que en 2005 había en todo el mundo 1,600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 400 millones de obesos y en 2008 aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) con sobrepeso y más de 300 millones de mujeres y

unos 200 millones de hombres obesos, estimando que de seguir las tendencias actuales, en 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2011a).

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años comparado con otro de peso normal (Peeters, Bonneux, Nusselder, De Laet & Barendregt, 2004); convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico. Además, representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología músculo-esquelética, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales. Las dimensiones adquiridas, su impacto sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario han llevado a la OMS a calificar a la obesidad como la epidemia del siglo XXI (WHO, 2000, OMS 2011a).

La primera característica de la epidemia de obesidad, aparte de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La OMS calculó que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso y en 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de cinco años con sobrepeso (OMS, 2006, 2011a). Un estudio que revisó la situación de la obesidad en niños en edad preescolar de los países en vías de desarrollo estimó que la prevalencia de obesidad en este grupo etario era del 3.3 por ciento. Lobstein, Baur y Uauy de la International Obesity Task Force (IOTF, 2004) estiman que entre el dos y tres por ciento de la población mundial (de cinco a 17 años) padece obesidad, es decir, entre 30 y 45 millones; y si se contabiliza junto con los que padecen sobrepeso, las cifras alcanzan el diez por ciento, un total de 155 millones de niños.

Estas cifras presentan variaciones importantes en todo el mundo, cuyos extremos están representados por el Continente Americano, con cifras de sobrepeso cercanos al 30 por ciento, y por el África Subsahariana donde la prevalencia está muy por debajo del cinco por ciento. La prevalencia es más alta

entre los cinco y los nueve años en Europa, África y Oriente Próximo, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años. En ninguna zona del planeta se observan diferencias destacables en la prevalencia de obesidad infantil en función del sexo. Las consecuencias de la epidemia de obesidad entre la población infantil y juvenil no se han hecho esperar. Los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad (diabetes tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial) aparecen cada vez más pronto y con mayor frecuencia, un fenómeno que puede observarse en zonas muy distantes del mundo unas con otras y con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre el ocho y el 45 por ciento de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes son de tipo 2 (Dietz, 2004).

De forma similar, en Asia la edad a la que aparece la diabetes tipo 2 es cada vez más baja y el número de niños y adolescentes con esta enfermedad ha aumentado considerablemente en los últimos años, superando de manera muy significativa los casos de diabetes tipo 1 (Kun-Ho, Lin-Hee, Ji-Won, Jae Hyoung, Yoon-Hee, Seung-Hyun, Zimmet et al., 2006).

Además esta epidemia, particularmente acentuada en los niños y niñas, manifiesta una prevalencia de obesidad que va en aumento de forma alarmante. Durante las tres últimas décadas, este incremento ha llegado a alcanzar entre el 0.5 y uno por ciento anual en algunas zonas del planeta, duplicando e incluso triplicando la prevalencia de obesidad durante ese período en países tan diferentes como España y Brasil. Aunque la tasa de crecimiento ha sido, en general, superior en los países desarrollados, existen algunas excepciones a este patrón. En el Continente Americano, hay un patrón con cifras más altas en los países del norte, Canadá y Estados Unidos, que en el resto. En ambos países la prevalencia de sobrepeso (incluyendo la obesidad) pasó del 13 por ciento en la década de 1970 a alrededor del 30 por ciento en la década de 1990 (Ogden, Flegal, Carroll & Johnson, 2002). Sin embargo, Brasil es un ejemplo de un país en vías de desarrollo con una tasa de crecimiento en la prevalencia de obesidad

similar o incluso superior a las de algunos países desarrollados. En este país la prevalencia de sobrepeso (incluida la obesidad) en la población de seis a 18 años pasó del 4.1 por ciento en 1975 al 13.9 por ciento en 1997, con una tasa de aumento anual de alrededor del 0.5 por ciento, muy similar a la observada en Estados Unidos (Wang, Monteiro & Popkin, 2002).

En Europa, el patrón geográfico de la obesidad en los países de la cuenca mediterránea varía entre el 20 y el 40 por ciento, en cambio, en los países del norte se sitúa entre el diez y el 20 por ciento (Lobstein & Frelut, 2003). En cuanto a la tendencia de la obesidad en Europa durante las últimas décadas, se observan patrones claramente diferenciados: los países de Europa Occidental, tanto los del norte como los del sur, han experimentado un incremento de dos y tres veces en la prevalencia de obesidad (Lobstein, James & Cole, 2003; Moreno, Sarria, Fleta, Rodríguez, Pérez-González & Bueno, 2001).

Ahora bien, los datos disponibles sobre Asia y Oceanía indican que aunque la prevalencia de obesidad varía considerablemente entre países, la tendencia al aumento se ha extendido durante los últimos años por toda la región (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). Por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños y adolescentes australianos de dos a 18 años pasó del 12 por ciento en 1985 al 20.3 por ciento en 1995 (Magarey, Daniels & Boulton, 2001).

Más significativo ha sido el incremento experimentado en los niños y adolescentes de siete a 18 años de edad de las grandes ciudades de China, en quienes la prevalencia de sobrepeso y obesidad se multiplicó ocho veces entre los años 1985 y 2000, pasando de estar por debajo del dos por ciento a situarse alrededor del 14 por ciento (Wu, 2006). En los niños chinos en edad preescolar (de 2 a 6 años) la prevalencia de obesidad aumentó del 4.2 por ciento en 1989 al 6.4 por ciento en 1997, aunque este incremento se produjo fundamentalmente en las zonas urbanas, pasando del 1.5 al 12.7 por ciento de niños obesos en el mismo periodo (Luo & Hu, 2002). Esta situación coexiste con la desnutrición infantil, que sigue siendo un grave problema en este país, situándose en torno al 16 por ciento de los niños en edad preescolar (Khor, 2003).

La prevalencia de obesidad infantil y juvenil en África es la más baja del planeta, aunque también existen diferencias importantes entre países. En Sudáfrica, el 17 por ciento de los jóvenes de 13 a 19 años presentan sobrepeso y en algunos países del norte del continente, como Egipto, las cifras también son elevadas, con un 14 por ciento de adolescentes obesos y una tendencia a aumentar en la prevalencia de obesidad (Lobstein et al., 2004). En los países del África subsahariana, donde la desnutrición infantil es un problema de primera magnitud, la prevalencia de obesidad en niños en edad preescolar es inferior al dos por ciento (De Onís & Blossner, 2000), y en algunos países de esta región la prevalencia de obesidad en preescolares ha descendido durante las dos últimas décadas.

A manera de conclusión al respecto de la prevalencia e incidencia del sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente del mundo se puede señalar que muchos países (incluyendo México) no disponen de datos representativos, seriados y de una calidad aceptable que examinen el problema de la obesidad y sus tendencias. Algunos de los resultados presentados están basados en muestras regionales o locales, que no representan necesariamente el estado de la situación a nivel nacional. La escasez de datos se observa especialmente en algunos países en vías de desarrollo, para niños mayores de cinco años y adolescentes que suelen dedicar sus escasos recursos al estudio nutricional de los niños menores de cinco años dado que la desnutrición en esa franja de edad es un problema prioritario en esos países.

La estructura corporal y los patrones de maduración sexual presentan un grado de variación muy importante entre países. Ambos factores tienen una clara influencia sobre la adiposidad corporal, lo que dificulta las comparaciones entre países. Los puntos de corte en el IMC para definir sobrepeso y obesidad no son siempre los mismos. Además, los puntos de referencia de la IOTF, basados en datos procedentes de seis países (Estados Unidos, Países Bajos, Gran Bretaña, Brasil, Hong Kong y Singapur) aunque facilitan las comparaciones internacionales, pueden no estar midiendo lo mismo en todos los casos y ser inapropiados para

algunas poblaciones. La pandemia está avanzando a tal ritmo que las estadísticas de prevalencia de obesidad quedan desfasadas cada vez más rápidamente.

A esto se añade la situación de que se trata de una problemática que, lejos de estabilizarse, está cambiando rápidamente, lo que dificulta las comparaciones entre diferentes periodos de estudio. Teniendo en cuenta estas limitaciones a continuación se revisan los principales resultados de los estudios mexicanos publicados más recientemente.

Ámbito Nacional

La revisión de estudios mexicanos sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil publicados hasta diciembre de 2006 refleja la dificultad de establecer comparaciones entre los resultados obtenidos, dada la gran variabilidad en la metodología empleada. Según los objetivos y el tipo de estudio pueden distinguirse en la mayoría de los casos estudios transversales y de evolución (dimensión temporal), y según el ámbito geográfico los que abarcan al territorio nacional y los realizados a menor escala de tipo estatal o municipal. Hay heterogeneidad en el tipo de población de estudio (por ejemplo en población general o en población escolar), así como en la definición de sobrepeso y obesidad.

La caracterización formal de la obesidad en México inicia a finales de los 80's con investigaciones en adultos de áreas urbanas y población migrante a los Estados Unidos, abordando aspectos socio-económicos y culturales (González & Stern, 1993; Hernández, Cuevas-Nasu, Shamah-Levy, Monterrubio, Ramírez Silva & García Feregrino, 2003; Kriska, La Porte, Pettit, Charles, Nelson, Kuller, et. al., 1993). A partir de entonces se describe la magnitud de la obesidad y los factores asociados en poblaciones de diferentes edades (Orozco Aviña, 2005; Peña & Bacallao, 2001).

En la Encuesta de 1988, respecto a la prevalencia de obesidad en niños (4.7 por ciento), se evidenciaron diferencias de acuerdo con la edad, siendo mayor entre el segundo semestre y el segundo año de vida; asimismo, se

analizaron datos de las mujeres de 12 a 49 años, encontrándose una prevalencia de 17 por ciento con uso del IMC como indicador de sobrepeso y valores de acuerdo con la edad (Hernández, 2000). La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC, 1993) estimó una prevalencia de obesidad del 21.4 por ciento en adultos de 20 a 60 años. Observándose mayor frecuencia en las regiones del norte y sur del país (24.7 y 21.7 por ciento respectivamente) (en Secretaría de Salud, [Ssa] -Dirección General de Epidemiología [DGE], 1993). La Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999), encontró en niños escolares una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5 por ciento, y para mujeres en edad adulta (18-49 años) la prevalencia fue de casi 60 por ciento (Rivera-Domarco, Shamah-Levy, Villalpando Hernández, González de Cossio, Hernández Prado & Sepúlveda, 1999). Entre las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1988 y 1999 se observó un incremento de 0.7 por ciento en la prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años (Sepúlveda, 1988; Ssa-Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2000; Rivera & Sepúlveda-Amor, 2003). Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 mostraron sobrepeso en la edad escolar de un 25 por ciento en la región norte del país y de un 13 por ciento en la región sur (INSP, 2001).

Como puede observarse, las primeras encuestas realizadas tuvieron un carácter “temático”, abordando el estudio de problemas específicos de salud. Entre 1999 y 2000 el INSP agrupó las diferentes encuestas en dos grandes encuestas nacionales: la de Nutrición de 1999 cuyo propósito fue el estudio del estado nutricional y la salud de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil, así como el de las políticas y programas sociales dirigidos a mejorar la alimentación y la nutrición de la población marginada; y la Encuesta Nacional de Salud 2000 que abordó las condiciones de salud y el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández & Sepúlveda, 2006; INSP-Ssa, 2006) unificó el contenido de las encuestas de nutrición y de salud, abordando problemas de nutrición y de rezago epidemiológico, que afectan especialmente a la población marginada, asimismo, se observan los problemas derivados de la transición epidemiológica y nutricional. En los datos arrojados por esta Encuesta se encontró que de 1999 a 2006 en la escala nacional hubo un pequeño decremento de 0.2 puntos porcentuales (pp.) en la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años. Esta situación se comportó de manera similar al desagregar la información por regiones, tanto la Ciudad de México como la región sur experimentaron disminuciones menores a uno por ciento en sobrepeso; en cambio, en la región norte la disminución fue de 7.4 a 5.0 por ciento. Contrariamente en la región centro el sobrepeso aumentó un pp. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de cinco a once años fue de 26 por ciento para ambos sexos (26.8 por ciento en niñas y 25.9 por ciento en niños), lo que representa a 4 158 800 escolares en el ámbito nacional. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 39.7 por ciento en tan sólo siete años para ambos sexos; el aumento en niñas fue de 33 por ciento y en niños de 52 por ciento. El aumento en la prevalencia de sobrepeso en niños fue de 41 por ciento y en niñas de 27 por ciento. El incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños, pasando de 5.3 a 9.4 pp (77 por ciento), en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7 pp (47 por ciento); la prevalencia de sobrepeso aumentó progresivamente entre los cinco y los once años de edad, tanto en niños (de 12.9 a 21.2 por ciento) como en niñas (de 12.6 a 21.8 por ciento). La prevalencia de obesidad aumentó entre las mismas edades 4.8 a 11.3 por ciento y en niñas de 7.0 a 10.3 por ciento.

En la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio; los mayores incrementos se dieron en obesidad en los hombres. En el caso de los adolescentes, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2006, uno de cada

tres hombres o mujeres adolescentes sufre sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5, 757,400 adolescentes en el país. No hay claras tendencias del sobrepeso y la obesidad en relación con la edad, solo una ligera tendencia de mayor obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres.

Se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las mujeres de 12 a 19 años en 2006 con la de 1999. Se observó un incremento ligero en sobrepeso de 7.8 por ciento y un aumento absoluto pequeño, pero elevado en términos relativos, en obesidad de 33.3 por ciento. En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5 por ciento) que en mujeres (37.4 por ciento); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5 por ciento) que en hombres (24.2 por ciento). La prevalencia de sobrepeso, y especialmente la de obesidad, tiende a incrementarse con la edad hasta los 60 años; observándose que después de esta edad la tendencia disminuye, tanto en hombres como en mujeres.

Según la ENSANUT 2006 la disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las décadas más tardías de la vida es explicada por varias razones: la primera es el mayor riesgo de muerte en los que tienen sobrepeso y obesidad, lo que lleva, por selección, a mayor sobrevivencia de los sujetos con IMC adecuado; la segunda es la pérdida de peso ocasionada por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes tipo 2 y la enfermedad de Parkinson, entre otras, que son altamente prevalentes en adultos mayores; la tercera es la desnutrición carencial debida a menor protección social o a la depresión y el deterioro fisiológico que suele suceder durante la senectud.

Asimismo, en la ENSANUT 2006 se obtuvieron datos al respecto de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con sobrepeso y obesidad en adolescentes, los resultados describen que 18.3 por ciento de los jóvenes manifestaron su preocupación por engordar, consumir gran cantidad de alimentos e inclusive perder el control para comer. Otras prácticas de riesgo del 3.2 por ciento de los adolescentes fueron las dietas, los ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. En menor proporción manifestaron la

práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos para bajar de peso. También, se manifestó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años (Olaiz et al., 2006).

Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008

A partir de los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE 2008) se observó que la magnitud del sobrepeso y la obesidad es mayor en los estudiantes de escuelas públicas del país (31.4 por ciento). Además, alrededor del diez por ciento de las escuelas no cuentan con áreas destinadas para la recreación o la actividad física. Asimismo, se pudo observar que los alimentos que predominan en las cooperativas escolares contienen alta densidad energética, alto contenido de azúcar y grasa y son bajos en fibra y la disponibilidad de alimentos sanos (frutas y vegetales frescos, cereales con fibra, alimentos caseros, etcétera) ocurre en menos de la mitad de los planteles escolares (Shamah, 2010).

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Este acuerdo tiene el propósito de revertir las enfermedades crónicas no transmisibles derivadas del sobrepeso y la obesidad por medio de acciones dirigidas especialmente a menores de edad en forma individual, comunitaria y nacional creando diez objetivos prioritarios incluyendo la temática de actividad física, el agua simple potable, la disminución de azúcares y grasas en bebidas, el aumento del consumo en frutas y verduras, el alfabetismo nutricional, la lactancia materna, la reducción de azúcares y grasas en alimentos, la reducción en porciones y la limitación en la cantidad de sodio (Córdova, 2010).

Ámbito Estatal

En el estado de Hidalgo (lugar en donde desarrolló este estudio) la prevalencia de obesidad se caracterizó en la población, sobre todo en aquellos grupos que son atendidos en Sistemas Especiales de Atención a la Salud; datos del Instituto Nacional Indigenista (INI) describieron para el ciclo 2000-2001, una prevalencia de

sobrepeso y obesidad de 16.7 por ciento en población de albergues escolares indígenas localizados en las regiones: Huasteca, Valle del Mezquital y Otomí-Tepehua de su área de influencia (INI, 2001).

Asimismo, el estado no escapa a la urbanización –la población que reside en localidades $\geq 2,500$ habitantes pasó de 30 a 60 por ciento en los últimos diez años- (INEGI, 2002). Resalta especialmente la persistencia de morbilidad propia del rezago, así como de la mortalidad relacionada con enfermedades crónico-degenerativas (Ssa-H, 2000). Estos problemas que han sido vinculados a los cambios demográficos y socioeconómicos, describen la necesidad de identificar y controlar los factores que les dan origen. La obesidad como patología emergente ha sido poco estudiada como problema de interés público en Hidalgo. Se reconoce que podría estar relacionada al espectro de mortalidad general del estado, que en el año 2000 ocupó el séptimo lugar en el país con base en este indicador, y a las primeras causas de muerte como son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes y enfermedad cerebrovascular; representando en conjunto el 41 por ciento del total de muertes ocurridas en el estado en el año 2000 (INEGI, 2002).

Datos de la Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003, en donde se realizó un estudio del estado de nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres (N= 2,100), señalan que el sobrepeso u obesidad se presenta después de los tres años, sobre todo en las localidades urbanas donde detectaron una alta proporción (la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue de 8.0 por ciento para niños residentes de áreas urbanas y de 3.9 por ciento para niños que vivían en localidades rurales). La distribución de sobrepeso y obesidad en los grupos de edad y entre los diferentes tipos de localidades en Hidalgo coincidió con estudios de otros países, donde es una constante observar tasas crecientes de obesidad en zonas urbanas pero con bajo desarrollo económico, lo que está definiendo un nuevo perfil de la población. Este estudio reflejó una población en plena transición nutricional, donde persiste la desnutrición infantil crónica y la obesidad infantil se incrementa, debido a cambios en el estilo de vida y al consumo de alimentos en la población (se encontró una magnitud importante de consumo de golosinas,

bebidas endulzadas y de alimentos industrializados). Asimismo, refiere la doble carga que representa la desnutrición y la obesidad para los servicios de salud en el estado, y hace énfasis en el abordaje a través del ciclo vital, con la finalidad de revertir la desnutrición y la obesidad en etapas tempranas, y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas en la edad adulta (Galván, González-Unzaga & López Rodríguez, 2008).

Por otro lado, los resultados de la ENSANUT 2006 de Hidalgo (INSP, 2006) (aplicando factores de expansión), se desarrolló en una muestra de niños en edad escolar estudiados en Hidalgo conformada por poco más de 411,000 escolares, representativos del estado. La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad se ubicó en 17.9 por ciento (18.1 por ciento para hombres y 17.7 por ciento para mujeres). Tanto en niños como en niñas la prevalencia de sobrepeso es mayor a la prevalencia de obesidad. La distribución de acuerdo con el tipo de localidad de residencia mostró que el ocho por ciento de los escolares de localidades rurales de Hidalgo tienen baja talla en comparación con los escolares de las localidades urbanas (5.4 por ciento). En contraste, la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es seis puntos porcentuales mayor en los escolares de las localidades urbanas (21.1 por ciento) que en los que habitan en localidades rurales (15 por ciento). La prevalencia de baja talla en escolares de Hidalgo se ubica debajo del promedio nacional. Aún cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares es menor a la prevalencia media nacional, en Hidalgo 17 por ciento de los niños padece sobrepeso y obesidad.

Ahora bien, en la Encuesta antes señalada, respecto a los datos recabados en 434,000 adolescentes (por muestreo de expansión), el 12.6 por ciento presentó baja talla y cerca de 30 por ciento exceso de peso. Para las localidades urbanas la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue de 31.7 por ciento (30.9 por ciento para hombres y 32.5 por ciento para mujeres) en comparación con el 28 por ciento reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 29.9 por ciento para hombres y 26.2 por ciento para mujeres. A manera de conclusión en la ENSANUT 2006 de Hidalgo, se señala que poco menos de una

quinta parte de los niños en edad escolar y un tercio de los adolescentes presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad.

Otro aspecto importante y poco estudiado en la población adolescente mexicana, son las acciones de riesgo en relación con las conductas alimentarias. En Hidalgo según la ENSANUT 2006 destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 15.8 por ciento de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito auto inducido con 0.9 por ciento. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2 por ciento de los adolescentes. Además, el 2.6 por ciento de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la Encuesta, hicieron ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso.

En el año 2007 el Área Académica de Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) realizó uno de los primeros estudios sobre la distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes evaluando el IMC en una muestra probabilística de 2,194 estudiantes de escuelas secundarias de Pachuca, Hidalgo, 52 por ciento hombres y 48 por ciento mujeres, de once a 15 años de edad; encontrándose un 27 por ciento de la muestra con problemas, de éstos el 10 por ciento de sujetos con desnutrición y bajo peso, y el 17 por ciento con sobrepeso y obesidad que es un dato que de alguna forma confirmó las estadísticas nacionales (Saucedo-Molina, Escamilla Talón, Portillo Noriega, Peña Irecta & Calderón Ramos, 2008).

Una vez descrita la problemática de la obesidad desde una perspectiva epidemiológica en donde se observan los datos internacionales, nacionales y estatales que evidencian la pandemia que implica actualmente esta enfermedad en el mundo, a continuación se describen los factores biopsicosociales relacionados con las causas y las consecuencias de la obesidad.

Capítulo 2. Preadolescencia y Adolescencia

La preadolescencia o adolescencia temprana es entendida como el conjunto de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven (Kail & Cavanaugh, 2006). Papalia y colaboradores (2005) la definen como “el proceso mediante el cual una persona alcanza su madurez sexual y su capacidad para reproducirse” (p. 600).

En cuanto a la adolescencia se refiere a la etapa que comprende entre los diez y 19 años de edad, en la cual tiene lugar el crecimiento puberal y el desarrollo de características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (OMS, 2000). Morris y Maisto (2001) y Breinbauer y Maddaleno (2005) dividen a la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo. En las mujeres, por lo general se llama preadolescencia o adolescencia temprana al periodo entre los 10 y los 12 años, y en los hombres abarca desde los 12 a los 14 años. La adolescencia intermedia se presenta entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía, de los 16 a los 19 años.

En general la adolescencia es la etapa en la que se alcanza el crecimiento y junto con ello se inicia la inserción en el mundo de los adultos (Delval, 2004), por lo cual el sujeto tiene que hacer ajustes más o menos grandes, en donde los cambios biológicos que señalan el final de la niñez, dan como resultado un cambio de proporciones y de la forma del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin 2005), mismos que se abordan en el siguiente apartado.

Cambios Biológicos en la Preadolescencia y la Adolescencia

El crecimiento repentino del adolescente en la etapa temprana es un rápido aumento en la estatura y peso, que generalmente suele presentarse más temprano en las mujeres que en los hombres, entre los once y 13 años de edad, ellas son más altas, pesadas y fuertes que los hombres de su misma edad

(Papalia, Wendkos & Duskin 2005). También se aprecia un desarrollo acelerado de los órganos reproductores, los cuales están controlados por las hormonas segregadas por las glándulas endócrinas, que aumentan su producción en este periodo de vida en particular. Algunos cambios son iguales en ambos sexos – incremento de tamaño, mayor fuerza y vigor- pero en general se trata de cambios específicos (Craig, 2001).

La maduración sexual incluye un cambio en las características primarias, es decir, en los órganos que intervienen directamente en la reproducción. En las mujeres son los ovarios útero y vagina; en los hombres testículos, próstata, el pene y la vesícula seminal. Por otro lado, se tienen las características sexuales secundarias, que no involucran directamente los órganos sexuales, por ejemplo el crecimiento de los senos en las mujeres y los hombros anchos en los hombres. Otras características son el cambio de voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, axilar y del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin 2005).

El principal signo de la madurez sexual es la producción de espermatozoides en los hombres y la aparición de la menstruación en las mujeres. En las mujeres el primer periodo menstrual es denominado menarquía, en donde la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde y en los hombres es conocido como espermarquía, la primer emisión de espermatozoides (Papalia, Wendkos & Duskin 2005). Las hormonas responsables de estos cambios, son los estrógenos y andrógenos que están presentes en ambos sexos, aunque a menudo se dice que los primeros son una hormona femenina y los segundos una hormona masculina (Kail & Cavanaugh, 2006).

Como consecuencia de lo anterior en la etapa intermedia de la adolescencia se tiene como primera característica el aumento de la estatura; en las mujeres alcanza su máximo valor aproximadamente a los 15 años y en los hombres aproximadamente a los 17 años de edad. No todas las partes del cuerpo maduran con la misma rapidez. La cabeza, las manos y los pies suelen crecer primero, seguida de los brazos y las piernas (Kail & Cavanaugh, 2006). El torso, el

pecho y los hombros son los últimos en hacerlo, el resultado de estas diferencias es que el cuerpo da la impresión de estar desproporcionado (Jensen, 2008).

El crecimiento de los músculos es más notable en los varones que en las mujeres (Grumbach, Roth, Kaplan & Kelch, 1974, en Jensen, 2008). También la grasa corporal aumenta, sólo que mucho más rápido en las mujeres. Finalmente la capacidad pulmonar se incrementa más en el varón que en la mujer, marcando otra diferencia entre sexos (Kail & Cavanaugh, 2006).

La adolescencia es un periodo amplio y complejo en donde el adolescentes se encuentran en un proceso de transición que implica cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Wendkos & Duskin 2005). En el siguiente apartado se abordará lo que ocurre a nivel cognoscitivo.

Características del Pensamiento Adolescente

En la adolescencia la transición de los procesos cognoscitivos son rápidamente cambiantes de la niñez a los procesos de la adultez joven. Algunos cambios cognoscitivos se realizan en la adolescencia pero son pequeños a comparación con los de la niñez (Kail & Cavanaugh, 2006). El joven piensa en forma abstracta, por lo cual pueden resolver problemas hipotéticos y reflexionar sobre las posibles respuestas; a este tipo de pensamiento se le denomina pensamiento formal operacional, que empieza alrededor de los once años y finaliza entre los 15 y los 20 años (Piaget, 1972, en Jensen, 2008). Una de las abstracciones que adquiere el adolescente es la capacidad para pensar acerca de sus propios pensamientos, también conocida como meta-cognición (Jensen, 2008). Logran mucha más fuerza cognoscitiva gracias a que mejora el procesamiento de la información. No siempre utilizan bien sus destrezas. Algunas veces recurren a estrategias más simples y menos maduras del pensamiento (Kail & Cavanaugh, 2006).

Al llegar el niño a la adolescencia los niveles de conocimiento y de comprensión que adquiere en varios dominios se asemejan a los del adulto. El

aumento de conocimiento es útil por sí mismo, pero además tiene un efecto indirecto, permite aprender, entender y recordar más aspectos de las experiencias nuevas (Schneider & Bjorklund, 1998, en Kail & Cavanaugh, 2006).

El Adolescente, su Familia y su Mundo Social

Al observar el ajuste de los jóvenes, se necesita considerar el ajuste emocional entre el adolescente y la familia, en especial con los padres. La existencia de conflicto es un elemento transicional normal (Craig, 2001), más no necesario en todos los casos ya que existen aspectos importantes de la visión de vida, en los cuales pueden coincidir las dos partes (Moore & Brooks-Gunn, 2002; Smetana, 2005). A continuación se describen los niveles y fuentes de conflicto.

Parte de la explicación de la existencia de conflicto con los padres se encuentra en los cambios biológicos y cognoscitivos en la adolescencia. En lo que respecta a lo biológico, los jóvenes se vuelven más grandes y fuertes, lo que hace más difícil que los padres impongan su autoridad en virtud al aumento de su presencia física (Jensen, 2008). En cuanto a lo cognoscitivo las mayores capacidades para el pensamiento abstracto y complejo, permiten a los adolescentes argumentar mejor y esto dificulta a los padre imponerse con rapidez, con respecto a este aspecto se puede aludir también que estos cambios producen distintas formas de percibir el margen de autonomía de los adolescentes (Smetana, 2005). Por lo tanto, muchas de las discusiones entre los jóvenes y sus padres se centran en cuanta y que tan rápido, pueden obtener su libertad para planear sus propias actividades (Craig, 2001).

La mayoría de conflictos se refieren a temas cotidianos específicos: labores domésticas, relaciones de la familia, trabajo escolar, vestido, dinero, hora de llegada y amigos (Smetana, 2005). Los padres piensan que ellos deben decidir sobre esos temas, o al menos influir y establecer límites en ellos, en cambio los adolescentes los consideran asuntos de elección personal sobre los que ellos pueden decidir (Jensen, 2008).

En relación con lo anterior una combinación de factores situacionales en los que se pueden encontrar la familia pueden incidir en estos conflictos y originar otros al mismo tiempo (Craig, 2001). Este aspecto está ligado de igual manera con cambios históricos que han sufrido los patrones actuales de la vida familiar, dentro de los cuales podemos mencionar, el aumento de número de divorcios, aumento de los hogares con un padre soltero y el aumento de las familias con dos ingresos (Jensen, 2008).

Por lo general, los conflictos con los padres surgen al comienzo de la adolescencia; los conflictos pueden ser constructivos y útiles, si fomentan un nuevo equilibrio en el sistema familiar que conceda autonomía a los adolescentes (Laursen & Collins, 2004; Steinberg, 2004).

En cuanto a los amigos y compañeros, pasan a desempeñar un papel importante, y los adolescentes tienden a agruparse. Por un lado es una fuente de apoyo al alejarse de los padres, aunque estos no dejan de jugar un papel importante en la vida del adolescente (Collins & Laursen, 2004); también permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas, el grupo de amigos se convierte en una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral (Craig, 2001).

En esta etapa no sólo cambian las relaciones con la familia y los amigos en cantidad si no también en calidad (Jensen, 2008). La influencia del grupo de coetáneos puede ser muy grande, y no siempre benéfica, e incluso el joven puede sentirlo así, pero al mismo tiempo no puede sustraerse a ella pues necesita encontrar apoyo y un ambiente para lograr autonomía e independencia de los padres (Craig, 2001; Delval, 2004).

Las amistades de los adolescentes van cambiando con los años. En la adolescencia intermedia, de los catorce a los dieciséis, lo más importante es la seguridad y la lealtad se convierte en un valor central (Delval, 2004). Por lo tanto, las amistades son más cercanas e intensas en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida (Craig, 2001).

Impacto Psicológico de la Preadolescencia y la Adolescencia

Como ya se señaló, los adolescentes experimentan cambios físicos a los cuales tienen que habituarse, que resultan difíciles por la rapidez con la que se producen, tienen que construir un auto concepto y una identidad nuevos, que debe incluir el cómo se ven a sí mismos y cómo los ven los demás (Kail & Cavanaugh, 2006).

En la niñez, no sólo se percatan de los diversos tipos ideales, sino que tienen una idea bastante clara de sus proporciones y habilidades corporales, pero en la adolescencia, examinan con mayor detenimiento su tipo somático (Craig, 2001). Este patrón es más común entre las muchachas, debido al incremento normal de grasa corporal, por lo cual su insatisfacción se incrementa durante el comienzo de la adolescencia. En algunos casos se conduce a esfuerzos obsesivos por controlar el peso (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

El proceso de maduración precoz o tardía se convierte en otro factor que puede impactar al adolescente, ya que parecen tener una conciencia aguda concerniente a las percepciones si ha llegado tarde o temprano en comparación a sus coetáneos (Jensen, 2008). En los varones que tardan en madurar, que son más pequeños y menos musculosos que los muchachos de su edad, se encuentran en desventaja en casi todos los deportes y muchas situaciones sociales (Craig, 2001). La maduración temprana en las mujeres implica diversos inconvenientes, entre los cuales encontramos estado de ánimo depresivo, imagen corporal negativa, trastornos alimentarios, consumo de drogas, problemas escolares y conflictos con los padres (Dick, Rose, Viken & Kaprio, 2000; Lanza & Collins, 2002; Obeidallah, Brennan, Brooks-Gunn & Earls, 2004; Wichstrom, 2001). En este sentido existen dos razones para explicar las diferentes problemáticas; la primera son los valores culturales predominantes con respecto a la apariencia física, citando un ejemplo son el cuerpo delgado valorado en las sociedades occidentales. Como segunda razón es que su desarrollo anticipado atrae la atención del grupo de amigos mayores, orillándolas al inicio prematuro de

su vida sexual. En resumen los efectos de la maduración precoz y tardía difieren entre niñas y niños (Jensen, 2008).

Por otro lado, la menarquía es un proceso singular, un verdadero hito en el camino que lleva a la madurez física a las jóvenes adolescentes. La primera menstruación constituye un suceso memorable. La respuesta de la mayoría de las adolescentes a la menarquía, es positiva ya que les permite alcanzar la capacidad para tener hijos (Jensen, 2008). Generalmente lo consideran traumático sólo aquellas a quienes sus padres no les hablaron al respecto o que la experimentaron a una edad muy temprana (Craig, 2001).

Finalmente, se cree que los adolescentes son personas de estado de ánimo inestable debido a que pasan de la alegría a la tristeza, de la irritación al enojo, durante la mañana o el mediodía. Se supone que la causa son las hormonas relacionadas con la preadolescencia, y generalmente se hace alusión a que “las hormonas están desatadas”. (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006).

Estilo de Vida: Saludable y No Saludable de los Adolescentes

El desarrollo de los adolescentes como ya ha sido abordado anteriormente, no se presenta en un contexto vacío. Los jóvenes viven y crecen en un mundo social, la influencia de la familia y de los amigos, particularmente desempeñan un rol importante en la salud física y mental (Papalia, Wendkos & Duskin 2005).

En esta época de la vida por lo general es saludable. Sin embargo los problemas de salud surgen de los estilos de vida y la pobreza, los adolescentes de las familias menos acomodados tienden a reportar una salud más pobre y síntomas más frecuentes. En cambio los adolescentes más adinerados suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física. Los adolescentes tienen menos probabilidad de visitar regularmente al médico, la mayoría de las veces porque postergan las cosas o por temor de que dirá el médico. Los jóvenes que no

reciben atención requerida corren mayor riesgo de problemas de salud física y mental (Papalia, Wendkos & Duskin 2005).

Relativamente pocos jóvenes mueren por enfermedad; más bien mueren en accidentes, casi siempre relacionados con automóviles y armas de fuego, este patrón depende generalmente del género y la raza (Kail & Cavanaugh, 2006). En este sentido en la etapa temprana los adolescentes tienden a consumir drogas, conducen estando intoxicados y se vuelven sexualmente activos y esas conductas se incrementan a lo largo de la adolescencia (Papalia, Wendkos & Duskin 2005).

En conclusión el adolescente tiende a concederle mayor importancia a las consecuencias sociales de sus decisiones, y menos a las de la salud (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006).

Capítulo 3. Estilos y Prácticas de Crianza relacionadas con la Alimentación.

Prácticas de crianza en la alimentación

La nutrición se define como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo (OMS, 2011b) o como el conjunto de los procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos (Casanueva, Bourges-Rodríguez, 2008, p. 600); y la alimentación es el conjunto de procesos biopsicosociales relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana (Bourges-Rodríguez, 2005), ambas se interrelacionan pues se ha mostrado, facilitan o inhiben los procesos de crecimiento y desarrollo (Peña, 2004). Siendo el crecimiento el aumento en el número y tamaño de las células, segmentos, órganos y tejidos (Grupo Mexicano de Consenso en Endocrinología Pediátrica, 1997), además de ser un proceso biológico complejo, determinado por factores genéticos, la edad y el sexo (Mesado, 2002) y, entendiéndose como desarrollo del niño a la especialización, complejidad y función de repertorios de conducta asociados al tiempo de vida (Peña, 2004).

Es por ello que en el desarrollo infantil los padres juegan un papel preponderante, ya que la conducta de estos determinará en gran medida la adquisición de nuevas experiencias en el niño, y aunque durante el desarrollo del menor el establece relaciones sociales con múltiples miembros pertenecientes a los entornos en donde se desenvuelve, la unidad básica de análisis para la comprensión de su desarrollo se establece en la diada madre-hijo (De Tejeda, González & Porras, 1996). De acuerdo a esto Roteinberg (2001) menciona que para que la disponibilidad materna a la atención de su hijo sea adecuada es necesaria una red de apoyo. Es decir, un ambiente protector para la madre: un lugar donde vivir y personas con quien compartir los cuidados del bebé.

Este vínculo afecta su desarrollo cognoscitivo, motivación para el aprendizaje (Bronfenbrenner, 1987) y su estado nutricional, el cual será adecuado si la frecuencia y calidad de la interacción es apropiada y suficiente (De Tejeda et al., 1996); es por eso, que en el problema de la obesidad infantil las prácticas de crianza juegan un papel importante, ya que se ha demostrado que el control alimentario materno puede generar obesidad infantil o modelos alterados y desordenados de alimentación (Birch & Fisher, 1998).

Esto se da en gran medida debido a que la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por lo que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente, a través de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Perry, Silvera, Neilands Rosenvinge & Hanssen, 2008); es decir, los padres disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario al servir como un modelo para el niño (Saucedo-Molina & Gómez-Peresmitré, 2005; Ventura & Birch, 2008). Ello estará determinado por factores que se relacionan con la paternidad como la historia de desarrollo de los padres, su personalidad, las relaciones matrimoniales, la salud de los padres y el niño, las redes de apoyo familiares y extrafamiliares, el trabajo, el uso de alcohol y drogas y las características del niño (Webster-Stratton, 1990). Así pues, el cuidado del niño es un concepto que descansa en la comunidad y la familia como sustento histórico-social de las prácticas heredadas de los antepasados (Peña, 2004).

En este sentido es importante definir que es un estilo, crianza, estilos de crianza y prácticas de crianza.

Definición de Estilo, Crianza y Estilo de Crianza

De acuerdo a Becerril (1997, en Mares y Vega, 2005). El término estilo considera elementos que se ajustan a un patrón conductual determinado; sin embargo, este concepto requiere un repaso histórico que permita argumentar los cambios en

base a las transformaciones económicas, sociales o culturales de la comunidad (Vera-Noriega, 1999).

Por su parte, la crianza de acuerdo a Myers (1994), Delgado (1998), Sotomayor (1999), Aguirre (2000) y Aguirre y Duran (2000) (en Bocanegra, 2007) resalta el papel que juegan los padres en la formación de sus hijos situándola en el campo de la interacción humana, esto es, en un marco de relación interpersonal muy particular, caracterizada por el poder, el afecto y la influencia. Los padres lo manifiestan en su convicción de que están ahí para cumplir una función de cuidado y orientación. También se define a la crianza como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social, y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar (Eraso, Bravo & Delgado, 2006). Es importante mencionar que la crianza es el resultado de los valores y creencias que comparten los padres de acuerdo a una cultura determinada la cual se define como los patrones de creencias, valores y prácticas que caracterizan a una sociedad en un tiempo determinado, esta es transmitida dentro de la misma sociedad por medio de instituciones sociales como lo es la escuela, la familia y la iglesia pero es en la familia donde se genera el primer contacto del individuo con la sociedad (Latané, 1994 en Peña, 2004).

De acuerdo con lo anterior el estilo de crianza se refiere al modo o costumbre particular de los padres para promover o desalentar conductas, valores y motivación a los hijos (Davidoff, 1979) o a un constructo psicológico multidimensional que representa características o estrategias de crianza de los padres (Solís-Cámara, Díaz, Medina-Cuevas, Barranco-Jiménez, 2008) lo cual tiene que ver directamente con aspectos de la personalidad de la madre y los valores culturales sobre los propósitos de la educación incluyendo también salud, alimentación y desarrollo (Peña, 2004). Entendiéndose “salud” de acuerdo al modelo biopsicosocial como el proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno social (Labiano, 2006).

Respecto a las prácticas educativas que exhiben los padres se demostró la existencia de patrones básicos, las cuales fluctúan en cuatro dimensiones fundamentales (Baumrind, 1965):

1. Grado de control: los padres ejercen control sobre sus hijos con la intención de influir sobre su comportamiento.
2. Comunicación padres-hijos: la comunicación puede tener un nivel alto o bajo. Los padres altamente comunicativos utilizan el razonamiento para obtener la conformidad del niño y piden su opinión, de manera contraria los padres con bajo nivel de comunicación no consultan a los niños en la toma de decisiones que les afectan.
3. Exigencias de madurez: cuando se exigen altos niveles de esta, presionan a los niños a aprovechar al máximo sus posibilidades haciendo hincapié en que sean autónomos, y cuando no se exige un alto nivel los padres no plantean retos a sus hijos.
4. Afecto en la relación: los padres afectuosos son aquellos que expresan interés y afectos explícitos por el niño y los que no lo son no muestran interés por sus deseos o preocupaciones.

Categorización de los Estilos de Crianza

Ahora bien, existen de acuerdo a Baumrind (1975, en Cavanaugh y Kail, 2006) cuatro estilos parentales, los cuales se describen a continuación:

1. Estilo parental autoritario: combina un control firme con poco afecto. Los padres fijan reglas y exigen que sean cumplidas prescindiendo de las necesidades y deseos de sus hijos.
2. Estilo parental autoritativo: combina un gran control con afecto y sensibilidad. Los padres explican las reglas y estimulan la discusión.

3. Estilo parental indulgente-permisivo: ofrece afecto e interés, pero poco control. Los padres aceptan la conducta de sus hijos y toman medidas de castigo rara vez.
4. Estilo parental indiferente: no ofrece afecto ni control. Los padres atienden las necesidades básicas físicas y emocionales de sus hijos sin adquirir fuertes lazos afectivos con ellos.

Modelos Explicativos de Crianza

Modelo de crianza de Belsky (1984)

El modelo “Determinantes de la crianza”, parte del supuesto de que la paternidad competente surge del bienestar psicológico de los padres, y que es el elemento mediador en la práctica de la crianza. Concluye tres aspectos: que el ejercicio de la crianza es multideterminado por características de la madre y del niño, así como por fuentes de estrés y apoyo; que las características de los padres, del niño y del contexto social no tienen el mismo peso sobre la crianza; y por último, que tanto la personalidad de los padres como la historia de su desarrollo influyen de manera indirecta, pues primero afectan la relación de pareja, las redes sociales y la experiencia relacionada con el trabajo.

Modelo de Crianza Webster-Stratton (1990)

Este modelo asume que las condiciones estresantes, tales como los eventos extrafamiliares (bajo nivel socioeconómico, desempleo y problemas cotidianos), los estresores entre los padres (divorcio, problemas maritales, padres solteros), y los estresores debidos al niño (problemas de conductas y temperamento dificultoso) son acontecimientos en los cuales los padres tendrán que instrumentar estrategias que permitan enfrentar estas situaciones. Entonces, un buen

funcionamiento de los padres y una efectiva interacción con sus hijos dependerá de su bienestar psicológico y de la accesibilidad del apoyo social.

Modelo de Crianza de Richard R. Abidin

Abidin (1990), Abidin y Brunner (1995) suponen que las fuentes de estrés van desde eventos de vida como la muerte de un familiar, hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de la crianza.

Modelo de Crianza de Vera y Velasco

Vera, Velasco y Morales (2000) proponen el modelo de correlación donde se exponen algunas características de personalidad de la madre y la evaluación subjetiva de la participación del padre implicados en el desarrollo del niño. Retoma las variables: autoconcepto, depresión y apoyo percibido (*coparticipación percibida de la pareja en tareas de la crianza*) como variables intermedias, estimulación en el hogar y estrés paterno como variables próximas al desarrollo cognitivo del niño. Además se deben analizar estas variables para identificar la relación entre las características maternas, la coparticipación percibida y la estimulación.

Pautas, Prácticas y Creencias de la Crianza

De acuerdo a lo descrito anteriormente la crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza (Myers, 1994; Delgado, 1998; Sotomayor, 1999; Aguirre, 2000 & Aguirre & Duran, 2000, en Bocanegra, 2007). Las pautas de crianza se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales, las creencias hacen referencia al conocimiento acerca de cómo se debe criar un niño, a las explicaciones que brindan los padres sobre la forma en que lo hacen, y las prácticas de crianza son acciones, comportamientos aprendidos de los padres que se exponen para guiar las conductas de los niños, (Aguirre, 2000, en Izzeddin & Pachajoa, 2009) son patrones de conducta que integran actitudes, creencias,

hábitos y costumbres acerca de la crianza de los hijos y responden a la deseabilidad social de esas conductas dentro de un contexto (Guzmán, Gómez, García & Martínez, 2009). Para Vera (1996) conjuntan conocimientos, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación de su hijo, el cual se refiere a la obtención de los nutrimentos por el organismo, a la incorporación de los nutrimentos a las células que forman el organismo, a su utilización metabólica y a la expulsión de los productos de desecho medio (Casanueva & Bourges-Rodríguez, 2008).

Como ya se ha mencionado, se sabe que las actitudes y prácticas de los padres impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños (Fishben & Ajzen, 1980). Tal afirmación se basa en varios modelos que a continuación se describen de manera general:

- Modelo de Creencias en Salud: fue desarrollado en la década de los cincuenta por Hochbaum y consolidado hacia 1977 por Becker, especifica que los aspectos cognitivos influyen en la realización de conductas, en la conservación y mejoramiento de estas (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003).
- Teoría del Aprendizaje Social: explica la relación de la cognición con la conducta y aclara la importancia de recordar que la familia sirve como un modelo reforzando o apoyando la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias (Bandura, 1977; Vázquez, 2004).
- Modelo de la Acción Razonada: detalla que los factores actitudinales y comportamentales se integran para explicar una conducta; es decir, las actitudes, valoraciones o normas subjetivas influyen en la acción comportamental siendo el objetivo de esta teoría que exista una capacidad de predecir y entender los comportamientos observables que están bajo nuestro control (Fishben & Ajzen, 1980).

- Modelo de Ajuste de Cornia: especifica que existe una interrelación entre factores económicos y el desarrollo infantil pues menciona que las políticas de ajuste y la forma en que impacta la economía nacional determinan el comportamiento de los principales factores subyacentes que afectan el bienestar de la infancia como son el gasto en: educación, precio de los alimentos, salud, infraestructura sanitaria, vivienda, y servicios de atención a la infancia (Cornia, Jolly & Stewart, 1987)
- Para Bennett (1988) el crecimiento y desarrollo del niño debe ser entendido partiendo de la economía del hogar. El autor menciona que las variables relacionadas con la familia son las influencias socioculturales, los factores demográficos, económicos, biológicos y ambientales pues todo ello se relaciona con el ajuste y programación del tiempo para cuidado del niño y la casa, las cuales a su vez afectan el ajuste y regulación del ingreso, por lo que el tiempo que la madre dedica al cuidado del niño y el hogar puede explicar el estado de salud y nutrición de los individuos de una familia.
- Modelo Médico de Crecimiento y Desarrollo: de Zeitlin y Mansour (1990) plantea que las interacciones madre-niño y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones positivas para el cuidado del hijo independientemente de las variables sociales o socioeconómicas. Sugiere que si un niño es alimentado saludablemente y se encuentra bajo menos estrés, se contribuye más a la interacción madre-hijo. Incorpora también la dimensión psicosocial y destaca el apoyo social de las personas encargadas de cuidar al niño (Peña, 2004; De Lucio, 2010).
- Vera, Peña y Domínguez (2002) señalan que la revisión del desarrollo debe enfocarse al estudio de los cambios desde una visión histórico-social que abarque el contexto de los procesos del individuo y las variables que faciliten el ajuste a la cultura evaluando tanto las condiciones de vida de la población en relación con el acceso y disponibilidad de los servicios de

salud y educación, como el estudio psicológico asociado a la dinámica familiar, la relación de pareja y el estilo de crianza.

Por otro lado, la diferencia entre los estilos de crianza y las prácticas de crianza es que los estilos se definen como actitudes o creencias generales de los padres acerca de la crianza adecuada para sus hijos, y las prácticas de crianza se refieren a los comportamientos específicos de los padres para guiar a los niños hacia el logro de metas (Darling & Steinberg, 1993).

De igual manera las prácticas de crianza son considerados comportamientos de los padres para que los niños realicen una acción específica, en este caso el controlar lo que ellos comen (Fisher, 1999), y se destacan dos aspectos fundamentales: la promoción y el control. El control es entendido como obediencia, honestidad y responsabilidad y la promoción como trabajo, estudio y superación. Ambos se transfieren al niño a través de técnicas de moldeamiento y transferencia de control de estímulos (Vera- Noriega 1998).

Instrumentos de Evaluación

Por otro lado, con relación a la evaluación de las prácticas de crianza, se han desarrollado diversos instrumentos, a continuación se describen algunos de ellos.

El “*Caregivers Feeding Styles Questionnaire*” (CFSQ) es un instrumento autoadministrado que evalúa los estilos de alimentación de los padres (Hughes, Power, Orlet, Mueller & Nicklas, 2005). Asimismo el instrumento “*Maternal Feeding Behavior*” (ISS) evalúa las conductas específicas de alimentación de los padres (Kröller & Warschburger, 2009). La “*Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños*” (EPPPCN) es un instrumento que fue desarrollado a partir de la “*Escala de Prácticas de Crianza Parentales*” (Flores, Cortés & Góngora, 2003) para padres y madres, está compuesto por cinco factores para la percepción de la crianza de papá: interacción positiva, disciplina punitiva, afecto positivo, intolerancia emocional y control restrictivo; y para la percepción de la

crianza de la madre se consideran seis factores, cinco de ellos coinciden con los del padre, y uno nuevo: apoyo escolar (Flores, Cortés & Góngora, 2009).

Investigaciones actuales relacionadas con las Prácticas de Crianza y la Alimentación en las Primeras Etapas de Vida.

Se ha encontrado que cuando existe un mayor control en la alimentación del niño este tiende a consumir más calorías (Birch & Fisher, 1998, 2000). Y que el restringir a los niños la comida que más les gusta incrementa la probabilidad de que estos ingieran esos alimentos cuando tienen un acceso libre a ellos (Fisher & Birch, 1999). Asimismo, Díaz (2000) encontró que un factor que puede influir en el estado nutricional de los niños es la percepción materna alterada del estado de sus hijos obesos, lo cual podría explicar en parte el elevado porcentaje de fracasos en el tratamiento de la obesidad.

Guzmán, Gómez, García y Martínez (2009) encontraron en diez mujeres, madres de niños de un rango de edad de entre cero y cuatro años de edad del municipio de Zapotlán de Juárez Hidalgo, particularmente en la comunidad de Acayuca una alta frecuencia de prácticas de crianza desfavorables por parte de las madres, en donde se mostraron dietas inadecuadas (incompletas, desequilibradas, antihigiénicas, insuficientes y poco variadas), permisión de ingestión de alimentos “chatarra” (utilizándolos como reforzadores de comportamientos) y una percepción nula en cuanto al riesgo en la nutrición de sus hijos, además, cierta flexibilidad en cuanto al horario, cantidad y tipo de alimento que quieren ingerir los menores, y desconocimiento respecto a la forma correcta de realizar la ablactación, pues introducen abruptamente y de manera precoz en la dieta de los menores alimentos sólidos.

Fernández-Aranda, Ramón, Badía, Giménez, Solano y Treasure (2004) señalan que la existencia de hábitos nutricionales adecuados y de una alimentación regular durante la infancia, resultado de actitudes parentales, son factores protectores para que no se presente algún trastorno de la alimentación en

otras etapas del desarrollo como lo es la adolescencia. Y por el contrario, el no desayunar antes de ir al colegio, la excesiva importancia dada por la madre a la comida y el comer dulces en exceso son predictores de riesgo. Y, de acuerdo a Brann y Skinner, (2005), las madres y padres de niños obesos presionan más a sus hijos para comer que las madres y padres de niños con un peso normal, y los padres de varones con un alto índice de masa corporal monitorean menos a sus hijos acerca de lo que comen que los padres de niños con un índice de masa corporal normal.

Mamun, Lawlor, O'Callaghan, Williams y Najman (2005) reportaron que no existe una asociación entre que tan seguido la familia se junta para comer y el sobrepeso de los niños, a pesar de que el 78 por ciento de las madres de la muestra reportaron que la familia come junta por lo menos una vez al día. Y Arredondo, Elder, Ayala, Campbell y Baquero (2006) encontraron que los padres que monitorean y refuerzan saludablemente los comportamientos de sus hijos ingieren comida más saludable y son físicamente más activos, resultado contrario cuando los padres son controladores o autoritarios.

En la ciudad de México se realizó un estudio donde se exploraron y relacionaron las creencias de alimentación de las madres con el índice de masa corporal de sus niños, en donde se encontró que la preocupación y control del peso de los niños aumenta el riesgo de que padezcan sobrepeso, además se reportó que las madres con hijos que tienen sobrepeso y obesidad presentan alto nivel en "Presión para Comer" y "Alta Responsabilidad Percibida". Para el estudio se aplicó el instrumento de "*Actitud, Creencias y Prácticas Maternas hacia la Alimentación Infantil*" (Navarro, 2006).

Además, De Lucio (2010) encontró que las madres de 417 estudiantes de primero a sexto grado de una escuela primaria de la ciudad de Pachuca Hidalgo, que presentaban riesgo de sobrepeso y sobrepeso a quienes se les aplicó el "*Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil*" (versión adaptada por Navarro Contreras, 2006) presentaron 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, de igual manera se encontró que cuando el índice de masa corporal de los niños sube las madres se preocupan y controlan más el peso del niño y disminuyen su presión para comer y cuando el índice de masa corporal de ellas aumenta también lo hace el de los niños. Asimismo se observó que a los niños son a quienes se les restringe más la alimentación, siendo ellos mismos quienes presentan un mayor porcentaje de sobrepeso. Además se apreció que las madres con estudios únicamente de primaria, tienden a presionar más para comer que aquellas con secundaria o licenciatura/posgrado.

Intervenciones referentes a la Prevención de la Obesidad considerando las Prácticas de Crianza.

Ahora bien, en el ámbito de las intervenciones, considerando las prácticas de crianza como eje principal desde un enfoque preventivo, se ha sugerido dirigir la prevención en los niños antes de que emerjan las actitudes y conductas alimentarias no saludables, las cuales representan un alto riesgo para el desarrollo de algún Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (APA, por sus siglas en inglés, 2000), tales como Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados.

Por esta razón la literatura sugiere que los programas de prevención deberían enfocarse en participantes de menor edad (Kater, Rohwe & Levine 2000, en Escoto 2008). Desde este punto es importante considerar que las intervenciones basadas en la familia con el objetivo de que el niño pierda peso son más efectivas cuando se incorpora al menos a uno de los padres como participante activo en el proceso (Kitzmann & Beech ,2006).

Algunos autores han realizado estudios de intervenciones en Prácticas de Crianza como Epstein, Paluch, Gordy y Dorn (2000), ellos realizaron una intervención de 16 semanas con un seguimiento de dos años con resultados

efectivos. La población estuvo conformada por 90 niños de ocho a 12 años que presentaban sobrepeso y sus padres. La finalidad del estudio era reducir el índice de masa corporal de los niños y que aumentara la actividad física a través del auto monitoreo, reforzamientos sociales y entrenamiento en solución de problemas. De igual forma Goldfield, Epstein, Kilanowski, Paluch y Kogut-Bossler (2001), obtuvieron resultados efectivos al intervenir a 17 niñas y siete niños con sobrepeso y sus padres por un periodo de ocho semanas, y cinco sesiones más por los siguientes tres meses, en donde a los niños y sus padres se les intervino con dietas, actividad física, automonitoreos y reforzamientos. El resultado obtenido fue que el sobrepeso disminuyó de una manera significativa.

Asimismo, Levine, Ringham, Kalarchian, Wisniewski y Marcus (2001) realizaron una intervención de doce sesiones y un seguimiento entre los cuatro y los trece meses siguientes con once niñas y 13 niños con sobrepeso y sus padres. El contenido de la intervención fue compuesta por ejercicio, entrenamiento en solución de problemas y auto monitoreo. Los resultados obtenidos fueron pérdida de peso, disminución de la depresión y ansiedad. Los cambios en el seguimiento fueron efectivos en la depresión y en la ansiedad pero no en la pérdida de peso.

Todo lo anterior, hace suponer que por un lado, es factible disminuir el peso corporal de los niños obesos, cuando se interviene directamente con los padres modificando aspectos relacionados con sus prácticas, asimismo, por otro lado, se evidencia que existe una relación entre las prácticas de crianza y las conductas alimentarias de riesgo. Es por ello que en el capítulo siguiente se abordan puntos importantes sobre este tema, lo cual permitirá un mejor entendimiento de la problemática.

Capítulo 4. Conductas Alimentarias de Riesgo

A continuación se define lo que es una conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo como lo son dietas restringidas, atracones y preocupación por el peso y la comida, los TCA como Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANEs).

Definición de Conducta Alimentaria

Para comprender lo que es una conducta alimentaria es necesario definir a la alimentación, entendida ésta como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene los nutrientes y satisfacciones indispensables para la vida, no solo se refiere a la ingesta de alimentos como tal, sino también a una conducta que se ve influenciada por factores externos a la persona más que por sus propias necesidades o por el valor nutrimental y características específicas que tiene un alimento (Bundell, 1991).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todos los seres humanos, de manera que los excesos, deficiencias y desequilibrios crean problemas no solo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área de intercambio con los demás, por esto de manera circular y multicausal la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Acosta, Lloplis, Gómez & Pineda, 2005; Rodríguez, Barneveld, González-Arratia, Unikel-Santoncini & Becerril Bernal, 2006).

Por lo anterior, la conducta alimentaria es definida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural (Saucedo-Molina, 2003) en respuesta a los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las preparaciones culinarias y las cantidades que se ingieren de ellos (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002). Es una

conducta psicosocial resultado de la influencia de la sociedad y puede llegar a transformarse en CAR, que son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pero que son conductas características de los mismos (Unikel–Santoncini, Bojorquez-Chapela & Carreño–García, 2004) tales como atracones o episodios de ingestión excesiva, sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de una dieta restrictiva, ayunos, vomito autoinducido, omitir alguna comida, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, abuso de diuréticos, laxantes y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso que afectan la salud de quienes las presentan (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2001; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA son procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones específicas y severas en el comportamiento de la ingesta de alimentos, que se pueden observar en personas que presentan patrones distorsionados en la forma de comer, caracterizados por el exceso o por no hacerlo, esto en respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad metabólica o biológica (Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008). Es decir, a conductas derivadas del miedo-pánico de estar “gordo” y a la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentarias, vómitos, hiperactividad, desgaste físico, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas y hacer ayunos, estas conductas se llevan a cabo al inicio con la finalidad de controlar el peso y posteriormente se vuelven obsesivas (Chinchilla, 2003a).

Entonces, para que exista un TCA se genera una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Marín, 2002). En lo biológico se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro llamadas neurotransmisores que controlan el hambre, el apetito y la digestión pueden estar desbalanceadas, además de que la genética puede tener contribuciones significativas. Lo

psicológico refiere a la baja autoestima, distorsión de la imagen corporal generada cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, generando malestar e interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de las personas (Rivarola, 2003) además de sentimientos de insuficiencia o falta de control en la vida, depresión, ansiedad, enojo y soledad; además de ciertos factores interpersonales como relaciones personales y familias problemáticas, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido ridiculizado por el peso o talla y abuso físico o sexual (Trujillo, 2006).

A continuación se describen los TCA, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, [APA], 2002) en el cual menciona que éstos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y se dividen en trastornos del comportamiento alimentario específicos y trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TANEs). Los específicos comprenden a la Anorexia Nerviosa (AN) y a la Bulimia Nerviosa (BN), y los TANEs incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico, por lo que pueden ser considerados como síndromes parciales.

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Sus criterios diagnósticos son:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla como la pérdida de peso que conlleva a un peso inferior del 85 % esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento.

2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Los tipos de la AN son:

1. Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas como es la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.
2. Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas como es la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Factores de riesgo asociados a la AN

La AN en cuanto a la sintomatología que puede manifestar, muestra claramente que es un síndrome diagnóstico concreto, sin embargo no necesariamente implica una patogénesis simple. Una de las formas para poder comprender la complejidad de esta enfermedad es adoptando un análisis multidimensional, puesto que este es considerado como el producto final de la combinación de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. No es válido hablar de la causa, si no que se deben analizar las distintas dimensiones que se combinan para que un TCA se desarrolle (Marco, 2004).

A continuación se describen los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de acuerdo al modelo descriptivo multidimensional de la AN de Garfinkel y Gardner (1982), versión adaptada de Toro y Vilardell (1987):

Factores predisponentes:

1. Factores genéticos
2. Edad (13-20 años)
3. Trastorno afectivo
4. Introversión/inestabilidad
5. Obesidad o sobrepeso premórbido
6. Déficit de empatía
7. Perfeccionismo
8. Antecedentes familiares depresivos o adictivos
9. Familiares con trastornos de la ingesta
10. Obesidad materna
11. Valores estéticos dominantes

Factores precipitantes:

1. Dieta
2. Cambios corporales adolescentes
3. Problemas familiares
4. Experiencias sexuales aversivas
5. Aumento de peso
6. Críticas acerca del cuerpo
7. Enfermedad adelgazante
8. Actividad física elevada
9. Acontecimientos vitales

Factores de mantenimiento:

1. Feedback fisiológico por inanición
2. Deterioro de las relaciones familiares
3. Aislamiento social
4. Cogniciones “anoréxicas”
5. Actividad física excesiva
6. Iatrogenia

Por su parte, la BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Una característica esencial de ambos trastornos es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar. Sus criterios diagnósticos son:

1. Presencia de atracones recurrentes caracterizados por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, por ejemplo en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento como no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los tipos de la BN son:

1. Tipo purgativo: la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
2. Tipo no purgativo: la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Los TANEs se refieren a los TCA que no cumplen los criterios antes descritos como son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación de vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Instrumentos para la evaluación de Conductas Alimentarias de Riesgo y algunas sintomatologías de TCA.

Entre los principales instrumentos utilizados para evaluar la sintomatología de los TCA y las conductas alimentarias de riesgo se encuentran los autoinformes en formato de cuestionarios e inventarios. A continuación se describen algunos de ellos:

- *The Restraint Scale rs*: esta escala fue elaborada por Herman y Mack (1975). Su concepto teórico principal es el de restricción de la dieta, que se define como la intención del individuo de restringir voluntariamente su ingesta de alimentos con la finalidad de mantener o conseguir el peso “ideal”. Se ha observado que cuando el individuo rompe con su restricción empieza a comer de manera excesiva, mientras que en los comedores no restrictivos no se da este patrón.
- *Eating Disorder Inventory (EDI)*: elaborado por Gardner, Olmstead y Polivy (1983). Un autoinforme diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales específicas de los TCA. Posteriormente se desarrolló el *EDI-2* (Garner, 1991) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero, además, introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social.
- *Eating Attitudes Test (EAT)*: el objetivo de este instrumento es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. En 1988, Maloney, McGuire y Daniels desarrollaron el *Children's Eating Attitudes (CHEAT)* para evaluar la sintomatología y preocupaciones características de la AN a partir de 26 reactivos con seis

opciones de respuesta. El CHEAT-26 es similar al EAT-26, pero utiliza palabras más simples. El EAT, en sus dos versiones, probablemente sea el cuestionario de autoaplicación más utilizado; para contestarlo se requiere de un nivel de lectura de quinto año de primaria. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Halloran (1997) recomendaron el EAT como una herramienta de filtro para determinar la presencia de cualquier TCA, pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con TANE; también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

- *Bulimia Test (BULIT)*: este test fue desarrollado por Smith y Thelen (1984), permite identificar la presencia de sintomatología y preocupaciones características de la BN. Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991), actualmente, es más utilizada que la versión original.
- *Bulimia Investigatory Test of Edimburg (BITE)*: la prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman (1987). Permite identificar la presencia de episodios de atracones en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico.
- *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*: el cuestionario de patrones de alimentación y peso, versión revisada, fue desarrollado por Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes, con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV.

- *Eating Disorder Examination*: es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar para la evaluación de los TCA, y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra “atracon”, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias, como es el miedo enfermizo a engordar (Fairburn & Beglin, 1994).
- *Cuestionario de Alimentación y Salud*: construido por Gómez Peresmitré (1995). El objetivo de este cuestionario es la detección de factores de riesgo asociados a conducta alimentaria y la imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. Este cuestionario tiene una sub-escala llamada *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA)* (Gómez Peresmitré, 1998) que explora cinco factores: 1) conducta alimentaria normal, 2) dieta restringida, 3) comer compulsivo, 4) preocupación por el peso y la comida, y, 5) conducta alimentaria de compensación psicológica. Tanto el Cuestionario de Alimentación y Salud, como la EFRATA, fueron diseñados para la población mexicana, habiéndose revisado y adaptado para su empleo con muestras españolas.
- *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)*: creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) con la finalidad de evaluar el grado en que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal, y que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento por razones estéticas y sociales.
- *Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo*: este cuestionario fue diseñado por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004), consta de 10 preguntas relacionadas con la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas

alimentarias de tipo restrictivo (dieta, ayuno, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

- *El Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal*, desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la ciudad de México por Unikel Juárez Gómez (2006).
- *Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)*: fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987), evalúa la insatisfacción con la imagen corporal.

Investigaciones sobre TCA y CAR.

Gustafson-Larson y Rhonda (1992) revelaron que una muestra de 457 niños y niñas entre nueve y once años de edad que acudían a diez escuelas rurales en el centro de Iowa, presentaron preocupación respecto a su imagen corporal, los alimentos y el control de peso, siendo las niñas quienes expresaban más el deseo de ser delgadas en comparación con los niños. De igual manera se ha encontrado que niñas de nueve a 12 años hacen dieta restringida para reducir peso y mejorar su figura corporal (Hill, 1993). Asimismo se ha dado a conocer que las mujeres de secundaria y preparatoria están significativamente más insatisfechas con sus cuerpos que las de primaria, lo que ha conducido a pensar que la insatisfacción tiende a incrementar con la edad (Adams, Katz, Beauchman, Coes & Zavis, 1993) además se encontró que del 46 al 55 por ciento de niñas y del 26 al 35 por ciento de niños están insatisfechos con su peso (Gómez-Peresmitré, 1997; Thomas, Ricciardelli & Williams, 2000).

Por otro lado, Gómez (1999) dio a conocer que en las preadolescentes en edad de once a 13 años se encuentra presente en una proporción mayoritaria la aceptación del estereotipo social de la delgadez, centrada en la idea de que un

cuerpo delgado es el determinante atractivo de la mujer, razón por la que tiende a haber demasiada preocupación por el peso corporal o incluso por un peso bajo, además de que las preadolescentes delgadas tienden a sobrestimar su figura corporal y las que tienen sobrepeso a subestimarla.

En 437 escolares mexicanos con edad promedio de 10.8 años, se demostró que el 25 por ciento aceptó que estaba haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más mujeres que hombres omitían un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos “engordadores” tales como tortillas, pan, y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez & Ávila, 1998). Además de que para algunos varones el comer frutas y verduras, el tratar de mantener una dieta nutritiva, con poca grasa y el cuidar lo que comen para no subir de peso (aspectos considerados dentro del factor de conducta alimentaria normal) es muy parecido a hacer dieta para bajar de peso, o sea, seguir una dieta restringida (Saucedo-Molina, 2003).

Vander Wall & Thelen (2000) valoraron a 526 niños con obesidad de nueve a once años de edad, y otros tantos niños de la misma edad sin problemas de peso y encontraron que los niños con obesidad tenían más probabilidades de una forma estadísticamente significativa de realizar conductas dietéticas, expresar preocupación acerca de su peso, restringir su dieta y mostrar más insatisfacción con su imagen corporal que los niños sin problemas de peso, además las niñas tenían más probabilidades de exhibir estas conductas que los niños.

Se ha dado a conocer que el inicio de las dietas restrictivas se da entre los nueve y los once años (Austin, 2001) de igual manera Krahnstoever, Markey y Birch (2003) encontraron que niñas de entre cinco y nueve años de edad habían hecho dieta para perder peso.

Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2002) encontraron que en los pre-púberes, púberes y adolescentes la preocupación por el peso corporal se considera como una de las variables que directamente pueden conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación, esto porque desde temprana edad ya se comienza el culto a la delgadez y el deseo por hacer dietas restrictivas que les permitan controlar su peso, como por ejemplo saltándose una de las comidas, evitando algunos alimentos considerados como engordadores y consumiendo productos light.

Gómez-Peresmitré, 2000 (en Gómez-Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernández, Platas & León, 2002) afirma que el seguimiento de dieta restrictiva a diferencia de la insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal, constituye por sí mismo un problema de salud, dada la repercusión que puede tener en la nutrición de los preadolescentes y adolescentes.

Es aquí en donde se hace hincapié en la importancia que tiene la etapa de la adolescencia, puesto que es un factor relevante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal, en cuanto al incremento de conciencia de sí mismo que tenga el adolescente, la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos y a la tendencia a compararse con las normas de origen cultural, esto demuestra que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico, generándose así de forma más fácil un trastorno de alimentación (Unikel-Santoncini, Saucedo-Molina, Villatoro-Velázquez & Fleiz-Bautista, 2002).

Saucedo-Molina y Pérez-Mitré (2004) dieron a conocer que la influencia de la publicidad es una variable que explica las dietas restringidas porque aparte de tener efectos directos sobre esta, también los hace indirectamente en el malestar, la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal, que posteriormente conlleva a que se origine algún trastorno.

Saucedo-Molina y Gómez (2005) en un estudio de tipo transversal con una muestra no probabilística de 388 púberes hombres de diez a 15 años de edad, estudiantes de primaria y secundaria de la Ciudad de México dieron a conocer que la influencia de la publicidad genera que los varones realicen dietas restringidas lo que lleva a pensar que en ellos ya hay una interiorización de los modelos promovidos por la cultura de la delgadez que favorece en ellos el seguimiento de esta conducta.

Diferentes investigaciones en México han encontrado que parte de la población joven, principalmente mujeres adolescentes y adultas jóvenes manifiestan preocupación por su peso y su figura (Unikel-Santoncini, Villatoro-Velázquez, Medina-Mora., Fleiz, Alcántara & Hernández, 2000; Chinchilla, 2003b., Lora-Cortez & Saucedo-Molina, 2006).

Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina-Mora (2006) muestran que las adolescentes de acuerdo a ciertos rangos de edad van aumentando las conductas alimentarias de riesgo, mientras que en los varones es a la inversa, aunque en todos los rangos de edad que fueron tomados en cuenta, se presenta la preocupación por engordar y el uso de métodos restrictivos. Aunque en las mujeres se muestra la preferencia por la delgadez y por ende la insatisfacción hacia su cuerpo en esta edad, porque es aquí donde se encuentran en la etapa de cambios físicos y es en este lapso del desarrollo donde los hombres se encuentran más satisfechos por la figura que poseen.

Otro estudio realizado por León y colaboradores (2008) determinó que la problemática de habilidades sociales (falta de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso, falta de control en el ámbito escolar, laboral y social) es un factor predisponente para el desarrollo de un TCA así como los

factores de riesgo cognitivo-conductual (la preocupación por el peso y la comida - que hacen referencia a sentimientos de culpa que surgen por la forma de comer y a la lucha que se sostiene por no hacerlo- así como las conductas que se siguen para no subir de peso).

En una investigación en donde se compararon adolescentes hombres y mujeres, se ha encontrado que los hombres relacionan su consumo de alimento meramente con la intención de satisfacer su hambre, fijándose en que la cantidad sea suficientes sin señalar particularmente un alimento; por su parte las mujeres además de comer por hambre, utilizan la alimentación como forma de reunión social, les preocupa que la cantidad de alimentos que consuman pueda arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con el éxito, sin embargo estas ideas sobrevaloradas sobre el peso corporal y figura contribuyen a la presencia de alteraciones alimentarias como atracón, restricción, vómito y uso de diuréticos (Vázquez, Ruíz, Mancilla & Álvarez, 2008).

Los datos de la ENSE (2008) indican que 10.5 por ciento de los hombres y mujeres de entre 14 y 20 años de edad tuvo alguna conducta alimentaria de riesgo (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9 por ciento).

Las conductas alimentarias cuando se transforman en conductas de riesgo como son las dietas restringidas, atracones y preocupación por el peso y la comida, pueden afectar la salud de quienes llevan a cabo éstas acciones hasta el punto de convertirse en un TCA que se genera por situaciones derivadas del miedo que se tiene de padecer obesidad y por la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentarias, conductas que generalmente se vuelven obsesivas y que pueden dar pauta a la AN, BN o TANEs, en donde en cada uno de estos están presentes factores

biopsicosociales que los generan, los cuales se pueden abordar desde algunos modelos como lo es el multidimensional el cual refiere que los trastornos son producto de la combinación de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes y el modelo cognitivo conductual que explica la relación que tienen los procesos de pensamiento erróneos con las conductas.

Ahora bien, después de haber abordado la epidemiología de la obesidad, la preadolescencia y adolescencia, las prácticas de crianza maternas y las CAR se prosigue con la descripción del método.

Capítulo 5. Método

Planteamiento del problema

Justificación

La población total en México es de alrededor de 103,369 millones de personas, mas de 50, 000, 000 son hombres y más de 53, 000,000 son mujeres (INEGI, 2005) de los cuales, cerca del 70 por ciento entre los 30 y 60 años son afectados por el sobrepeso y la obesidad (Olaiz et al., 2006). Y existen en la nación aproximadamente 19, 228, 246 niños de entre cinco y once años de los cuales la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad es de 4, 158, 800 que es el 26 por ciento y en el Estado de Hidalgo de más de 513, 000 niños de esta misma edad el 18 por ciento presentan este problema (INEGI, 2005). Como se puede observar la prevalencia de obesidad en nuestro país ha incrementado de manera alarmante, al grado de ocupar el primer lugar en obesidad adulta e infantil en el mundo. Ello conlleva implicaciones biológicas, como la posibilidad de padecer alguna enfermedad crónica; de lo cual se ha calculado que en el 2001 estas enfermedades causaron aproximadamente un 60 por ciento del total de 56.5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46 por ciento de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2002), psicosociales, como presentar elevados niveles de ansiedad y depresión (Alvarado-Sánchez, Guzmán-Benavides & González-Ramírez, 2005), dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos (sensaciones y emociones), dificultad para exponerse en situaciones sociales, incapacidad para el control e hipersensibilidad a la crítica, por mencionar solo algunas (Elizagarate, Ezcurra & Sánchez, 2001; Greenberg, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Guisado, López-Ibor & Rubio, 2001; Guisado, 2002; Papageorgio, Papakonstantinou, Mamplekou, Terzis & Melissas, 2002; Sarwer, Wadden & Frabricatore, 2005 en Montt, Koppmann, Rodríguez, 2005) y económicas, en donde el costo total del sobrepeso y la obesidad ha aumentado (en pesos) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones

de pesos en 2008, creando una proyección para el 2017 en donde el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (Córdova, 2010).

De acuerdo a lo anterior esta problemática es generada por una serie de factores que involucran factores genéticos y ambientales que interactúan de forma compleja con variables psicosociales y culturales (Casanueva, 2001; Katleen, 2000 en Ponce, 2008). Es así que en el problema de la obesidad infantil las prácticas de crianza juegan un papel importante ya que se ha demostrado que el control alimentario materno se puede relacionar con la obesidad infantil o modelos alterados y desordenados de alimentación (Birch & Fisher, 1998, 1999 y 2000, en Faith, Heshka, Keller, Sherry & Matz, 2003) y que la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por lo que pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Perry, Silvera, Neilands Rosenvinge, & Hanssen, 2008).

Asimismo, es importante valorar las conductas alimentarias de riesgo, ya que actualmente se presentan con mayor incidencia en estudiantes de primaria y secundaria, generando diversos problemas de salud. En la presente investigación se retomaron dos conductas alimentarias de riesgo que son relevantes para poder comprender más ampliamente la obesidad, las cuales son: Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica Restrictiva las cuales, según Austin (2001) se dan entre los nueve y los once años además de que entre los cinco y los nueve años de edad algunas niñas hacen dietas para perder peso (Krahnstoever, Markey & Birch, 2003) aunado a ello la preocupación y control del peso de los niños aumenta el riesgo de que padezcan sobrepeso (Navarro 2006). Sin embargo no se cuenta con información previa de si existe relación entre las Conductas Alimentarias de Riesgo (Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Restrictiva) de estudiantes de primaria y secundaria (hombres y mujeres) obesos y las prácticas de crianza de sus madres en una población como la de Pachuca Hidalgo por lo que ese es el objetivo de la presente investigación. Además el tipo de muestreo que se utilizó (estratificado) genera una mayor validez externa lo cual

permite que los resultados puedan ser retomados por diversas instituciones y profesionales de la salud en la planificación de programas y estrategias con la finalidad de brindar un panorama actual que puede aportar a futuras investigaciones.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las semejanzas y las diferencias entre las Conductas Alimentarias de Riesgo de estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres de acuerdo al sexo y nivel académico de los participantes?

Objetivos

Objetivo General

Determinar las semejanzas y las diferencias entre las Conductas Alimentarias de Riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres de acuerdo al sexo y nivel académico de los participantes.

Objetivos específicos

- Determinar la distribución de conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida), de acuerdo al sexo y nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes.
- Determinar la distribución de las Prácticas de Crianza de las madres de acuerdo al sexo y al nivel académico (primaria y secundaria) de sus hijos.

- Establecer la relación entre las conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) y las Prácticas de Crianza de sus madres.
- Determinar las semejanzas y las diferencias entre las Conductas Alimentarias de Riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres de acuerdo al sexo y nivel académico de los participantes.

Hipótesis

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las conductas alimentarias de riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la

Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las Prácticas de Crianza de las madres de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las Prácticas de Crianza de las madres de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad.

Definición de Variables

Tabla 1. Variables de clasificación

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Sexo	El sexo es lo que distingue a hombre y mujeres, las características de los aparatos reproductivos y sus funciones es algo con lo que se nace de manera natural (Crespo, 2008).	<ul style="list-style-type: none">• Mujer• Hombre
Nivel Académico	Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo (cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada). (Secretaría de Educación Jalisco [SEJ], 2011).	<ul style="list-style-type: none">• Los sujetos participantes de quinto y sexto grado de primaria con un rango de edad de diez a 12 años.• Los sujetos participantes de primer a tercer grado de secundaria con un rango de edad de 13 a 16 años

Tabla 2. Variables de estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Conductas Alimentarias de Riesgo	<p>“Seguimiento de patrones distorsionados del consumo de alimentos como ayuno, sobreingesta vómito autoinducido, exceso de ejercicio, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos” (Unikel, 1998).</p>	<p>Esta variable, se evaluó por medio de las preguntas incluidas en la “Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios” (EFRATA) que forma parte del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Péresmitré, 1998; Gómez Peresmitré & Acosta, 2000). Se compone por cinco factores que son Conducta Alimentaria Compulsiva, Preocupación por el Peso y la Comida, Conducta Alimentaria Normal, Comer por Compensación Psicológica y Dieta Crónica Restrictiva; de los cuales solo se utilizaron dos en este estudio que se describen más adelante (los demás factores se retoman en el apartado de instrumentos).</p>
Prácticas de Crianza	<p>Las practicas de crianza son acciones, comportamientos aprendidos de los padres que se exponen para guiar las conductas de los niños (Aguirre, 2000 en Izzeddin & Pachajoa, 2009).</p>	<p>Esta variable se evaluó a través del “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). Se compone de siete factores, los cuales se describen más adelante.</p>

Descripción conceptual y operacional de los factores que evalúa la EFRATA

Conducta de restricción o dieta crónica restrictiva

Definición conceptual: “Tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como, la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal” (Gómez-Peresmitré, 1998, p.37; Huon & Strong, 1998, p. 361).

Definición operacional: Fue evaluada por la EFRATA, mediante los ítems 12, 35, 36, 6 y 17 para hombres y 12, 35, 36, 6 , 17, 38 y 48 para mujeres (ver anexo 1 y 2) .

Preocupación por el peso y la comida

Definición conceptual: Se refiere al estado psicológico y emocional del individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere (Acosta, 2000).

Definición operacional: fue evaluada por la EFRATA, mediante los ítems: 7, 9, 24, 3, 19, 20 y 26 para hombres y 7, 9, 24, 3, 19, 20, 26, 22 y 32 para mujeres (ver anexo 1 y 2) .

Descripción conceptual y operacional de los factores que evalúa el CFQ

Peso percibido de la madre

Definición conceptual: “Percepción de las madres sobre su propia historia de peso” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 4-7 (ver anexo

Preocupación y control del peso del niño (a)

Definición conceptual: Debido a que la restricción se manifiesta como control de ciertos alimentos en los reactivos se da por preocupación del peso del niño (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 14-19 (ver anexo 3).

Monitoreo

Definición conceptual: “Medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 32-34 (ver anexo 3).

Restricción

Definición conceptual: “Es la medida en la cual los padres restringen el acceso de la comida a sus hijos” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 20, 26-28 (ver anexo 3).

Presión para comer

Definición conceptual: “Tendencia de los padres de presionar a su hijo para que coma mas” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 25, 29-31 (ver anexo 3).

Responsabilidad percibida

Definición conceptual: “Percepción de los padres de su responsabilidad sobre la alimentación de sus hijos” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 1-3 (ver anexo 3).

Peso percibido del niño

Definición conceptual: “Percepción de los padres sobre el estado actual y la historia del peso de sus hijos” (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través del CFQ, mediante los ítems: 8-13 (ver anexo 3).

Participantes

A partir de un muestreo probabilístico estratificado el cual es referente a un subgrupo en el que la población se divide en segmentos y se elige una muestra para cada segmento (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p. 311), se seleccionó a 17 escuelas de nivel básico, de los que se consideraron los grupos de quinto y sexto de primaria, y de primero a tercero de secundaria de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo. Se evaluó el peso y la talla de un total de N=3916 con la finalidad de obtener su Índice de Masa Corporal Percentilar (IMCP), identificando un total de N=314 sujetos con diagnóstico de obesidad, a los cuales conjuntamente con sus madres se les invitó a participar en este estudio. De estos, una N=274 cumplieron con el requisito de aceptar voluntariamente participar en el estudio.

Características sociodemográficas de los participantes y sus madres

Sexo

En total, se encontró que $n=113$ (41%) son hombres, con una $M_{edad}= 12.71$ y una $DE=1.32$ y $n=161$ (59 %) son mujeres, con una $M_{edad}= 12.68$ y una $DE=1.30$ (ver fig.1).

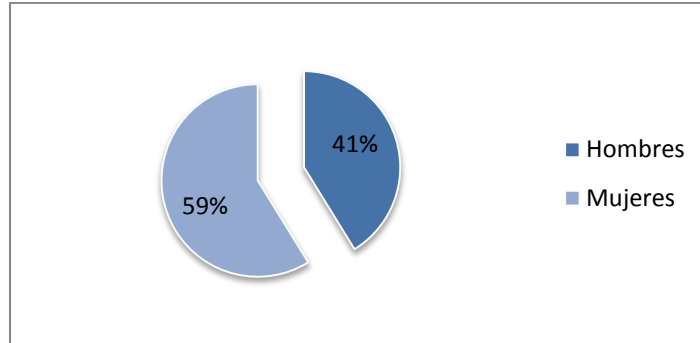


Fig. 1. Distribución por sexo de los participantes.

Nivel escolar

Un total de $n=84$ (31%) de los participantes cursan quinto y sexto de primaria con una $M_{edad}= 11.26$ y una $DE=.86$; y $n=190$ (69%) cursan de primero a tercero de secundaria con una $M_{edad}= 13.32$ y una $DE=.91$ (ver fig. 2).

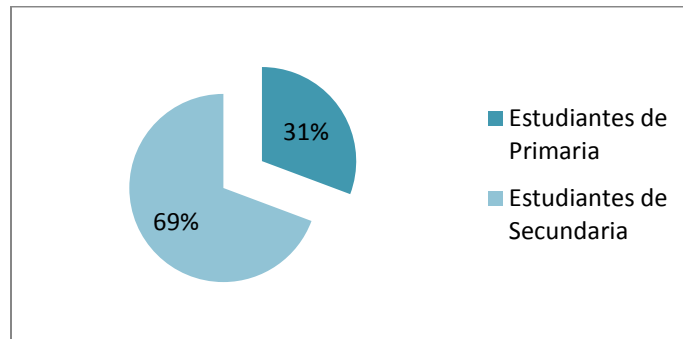


Fig. 2. Distribución por nivel académico de los participantes.

Número de participantes por sexo y nivel escolar

Un total de $n=49$ (58%) son estudiantes de primaria mujeres con una $M_{edad}= 11.29$ y una $DE=.89$; y $n=35$ (42%) son estudiantes de primaria hombres con una $M_{edad}= 11.23$ y una $DE=.84$.

Un total de $n=112$ (59%) son estudiantes de secundaria mujeres con una $M_{edad}= 13.29$ y una $DE=.93$; y un total de $n=78$ (41%) son estudiantes de secundaria hombres con una $M_{edad}= 13.37$ y una $DE=.89$ (ver fig. 3).

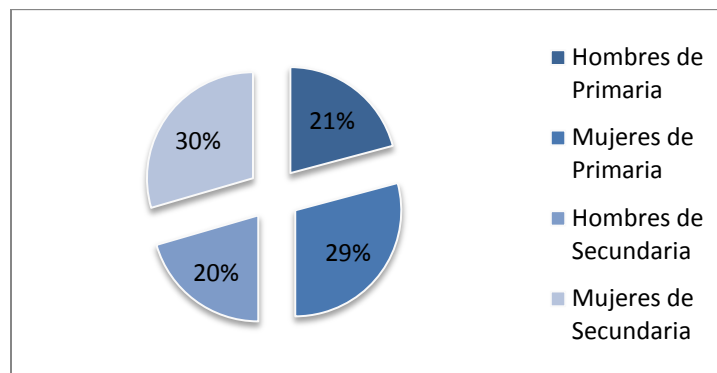


Fig. 3. Distribución por sexo y nivel académico de los participantes.

Criterios de inclusión

- Los estudiantes debían presentar un valor por arriba del centil 85.
- Los estudiantes de primaria debían cursar en primarias públicas quinto o sexto grado.
- Los estudiantes de secundaria debían cursar en secundarias públicas de primer a tercer grado.
- De manera informada y voluntaria las madres debían decidir participar junto con sus hijos.

Criterios de exclusión

- No presentarse tanto madre como hijo a las aplicaciones solicitadas.
- No entregar el instrumento debidamente contestado.

Tipo de estudio

El tipo de estudio a utilizar fue correlacional de campo que se define como aquel que evalúa la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto en particular) (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p. 121).

Diseño de investigación

No experimental, transversal. Una investigación con un diseño no experimental se refiere a estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; los diseños transversales o transeccionales recolectan datos en un solo momento, en único tiempo. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos) (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p. 267, 270).

Instrumentos

En este estudio se utilizaron dos instrumentos: a) “*Escala de Factores de Riesgo para Trastornos de la Alimentación*” (EFRATA) (Gómez Peresmitré, 2000), y el “*Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil*” (versión adaptada por Navarro Contreras, 2006).

A continuación se describe cada uno de ellos.

a) *EFRATA* (ver anexo 1 para mujeres y anexo 2 para hombres).

Para medir las conductas alimentarias de riesgo, específicamente la Preocupación por el Peso y la Comida, y la Conducta de Restricción o Dieta Crónica Restringida que fueron las que se evaluaron en este estudio, se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (*EFRATA*) (Gómez Peresmitré, 2000), la cual es una escala tipo Likert, con versiones de acuerdo al sexo, cada una con un total de 53 ítems. La *EFRATA* tiene un alpha general de confiabilidad=.9017. La versión para hombres se conforma por once factores que explican el 48.5 por ciento de la varianza, con un alpha=.8660; mientras que la versión de mujeres está compuesta por siete factores que explican el 42.8 por ciento de la varianza con un alpha=.8876.

Tabla 3. Estructura factorial para mujeres de la *EFRATA*.

Factor	Alpha	Varianza Explicada
1. Conducta Alimentaria Compulsiva	.9051	16.5%
2. Preocupación por el Peso y la Comida	.8242	7.4%
3. Conducta Alimentaria Normal	.6944	5.9%
4. Comer por Compensación Psicológica	.7434	3.4%
5. Dieta Crónica Restrictiva	.8136	2.6%

Tabla 4. Estructura factorial para hombres de la EFRATA.

Factor	Alpha	Varianza Explicada
1. Conducta Alimentaria Compulsiva	.8602	15 %
2. Preocupación por el Peso y la Comida	.8076	7%
3. Conducta Alimentaria Normal	.8121	5.6%
4. Dieta Crónica Restrictiva	.8052	4.6%
5. Comer por Compensación Psicológica	.6529	2.9%

Para los factores Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica Restrictiva se permite clasificar a los individuos en una situación de riesgo / fuera de riesgo según los valores adecuados para hombres y mujeres (ver tabla 2) (Gómez Peresmitré, 2000).

Tabla 5. Límite para clasificar a los hombres y mujeres en situación de riesgo / fuera de riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Factor	Límite sin Riesgo *Hombres	Límite sin Riesgo *Mujeres
Preocupación por el Peso y la Comida	2.83	3.21
Dieta Crónica Restrictiva	3.03	3.11

*Por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Cabe hacer hincapié en que sólo se anexa el instrumento con los dos factores que se utilizaron en esta investigación.

- b) *Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil* (versión adaptada por Navarro Contreras, 2006) (ver anexo 3).

Para medir la variable Prácticas de Crianza se utilizó el “*Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil*” que se aplica tanto a madres como a padres (versión adaptada por Navarro Contreras, 2006).

Para formar esta 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).

La versión original consta de 31 reactivos, 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, siendo la media teórica de tres; menor a esta, indica niveles bajos del factor que se evalúa y arriba de la media indica niveles altos (Navarro 2006).

En la versión adaptada de Navarro (2006) se crearon tres reactivos nuevos (reactivos 25, 26, 27), ya que la versión original no contemplaba el uso de los alimentos como castigo, si no solo como premios. Los factores convergieron en diez iteraciones, obteniendo siete factores que explican el 58.54 por ciento de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach =.8383 (ver tabla 6). El número de factores se seleccionaron no solo a través del valor propio, sino también con base en criterios de punto de quiebre y claridad conceptual.

Tabla 6. Estructura factorial del CFQ.

Factor	Alpha	Varianza Explicada	Reactivos
Peso Percibido de la Madre	.742	18%	4-7
Preocupación y Control del Peso del Niño	.774	9.8%	14-19
Monitoreo	.851	8.2%	32-34
Restricción	.772	7.39%	20, 26-28
Presión para Comer	.742	5.89%	25, 29-31
Responsabilidad Percibida	.671	4.92%	1-3
Peso Percibido del Hijo	.746	4.29%	8-13

Materiales

- a) Para el registro de los datos recabados en esta fase del estudio, se utilizaron las listas de alumnos de cada grado/grupo, de cada una de las escuelas, a las listas se les anexaron columnas que contengan los datos de edad, sexo, peso, talla, IMC y Diagnóstico (ver anexo 4).
- b) Para la evaluación *del peso*: se utilizó un monitor corporal de marca TANITA, Modelo UM 2204.
- c) Para la evaluación de *la talla*: se utilizó un estadímetro portátil marca seca 214, para medición de la talla de niños y adolescentes, con rango de medición: 2 - 207 cm, división: 1 mm.

Procedimiento

Se acudió a las autoridades educativas del Sistema de Educación Pública de Hidalgo (SEP-H) para solicitar oficialmente el permiso para intervenir en las escuelas, presentándoseles el Protocolo de Investigación, una vez que se obtuvo

el visto bueno, se les solicitó el listado de escuelas primarias y secundarias públicas ubicadas en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo. Una vez conseguida la información, un epidemiólogo identificó (a través del muestreo estratificado) escuelas primarias y secundarias participantes en el estudio. Con los datos de las escuelas seleccionadas (N=17) se establecieron rutas de trabajo para el levantamiento de los datos. Las autoridades educativas otorgaron un oficio que se presentó a cada uno de los directivos de las escuelas en donde se les pedía su participación y apoyo para la adecuada realización del estudio en las escuelas.

Ya en las escuelas, se acudió con los directivos, se les presentó el oficio y se les comentó el proyecto; posteriormente, se acordaron fechas y horarios, solicitándoles un espacio adecuado para la evaluación del peso y la talla; así como las listas de los alumnos inscritos en cada grupo. Asimismo, se les pidió que organizaran una reunión con padres de familia para explicarles el objetivo del estudio. Cabe destacar que tanto a los padres de familia como a los estudiantes participantes se les explicó el procedimiento, y se les invitó a participar garantizándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos, resaltando la importancia de su cooperación en cuanto a que se detectarían problemáticas relativas a su “estado nutricional”.

Posteriormente se realizaron las mediciones de peso y talla, dichas evaluaciones fueron llevadas a cabo por estudiantes de nutrición, previamente capacitados y estandarizados en cuanto a la obtención de las mediciones, a través del procedimiento que el Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud (Ssa) para la Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas (2002).

Con los datos obtenidos se realizó el procesamiento de la información y se obtuvo el IMC e IMCP de cada sujeto, y posteriormente se identificó a los que tuvieron un diagnóstico correspondiente a “obesidad”. Así, se les citó a las madres de familia de dichos alumnos, en donde se les informó sobre el diagnóstico de sus hijos, se les solicitó su firma del Consentimiento Informado (ver anexo 5) para contestar el *“Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil”* (versión adaptada por Navarro Contreras, 2006), y su visto

bueno para que sus hijos (as) respondieran el instrumento correspondiente. El mismo procedimiento se siguió con los alumnos, de manera cuidadosa y con el apoyo de las trabajadoras sociales y profesores de las escuelas se citó a los alumnos identificados, en un lugar independiente de su salón de clases, se les explicó el objetivo del estudio, se les solicitó su participación voluntaria, firmando el Consentimiento Informado, y ahí mismo, se les aplicó la *EFRATA*.

Como una forma de retroalimentación y agradecimiento a los participantes se realizaron en cada una de las escuelas intervenciones psicoeducativas breves tanto con los alumnos como con sus madres, informándoles sobre las causas y consecuencias de la obesidad, así como de algunas estrategias para mantenerse en el peso ideal, en estas intervenciones participaron estudiantes de nutrición y de psicología (todos ellos pasantes en sus respectivas licenciaturas).

Además, a cada uno de los directivos de las escuelas se les entregó un reporte general descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio.

Capítulo 6. Resultados

Análisis descriptivo de los resultados de las pruebas “EFRATA” y “CFQ”

El análisis descriptivo de los resultados se divide en dos apartados a partir de gráficas porcentuales. En el primero se describen los resultados de la “EFRATA” de acuerdo al sexo de los participantes y a nivel escolar (primaria y secundaria. En el segundo apartado se describen los resultados del “CFQ” también de acuerdo al sexo y nivel académico de los hijos(as) de las madres participantes.

Resultados de la EFRATA (de acuerdo a CAR)

Dieta Crónica Restrictiva

En la figura 4 se aprecia que:

- Las mujeres de primaria son las que más riesgo tienen de presentar Dieta Crónica Restrictiva con un 8.6%.

Dieta Crónica Restrictiva

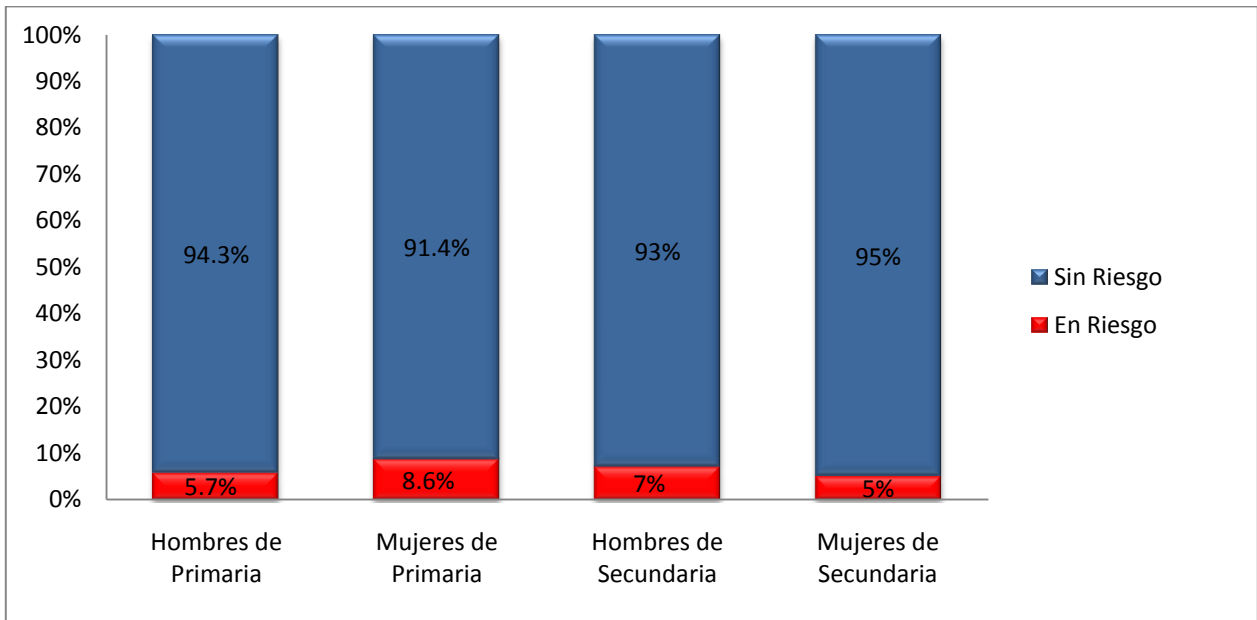


Fig. 4. Distribución del factor "Dieta Crónica Restrictiva" de acuerdo al sexo y nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes.

Preocupación por el Peso y la Comida

En la figura 5 se observa que:

- Los hombres de primaria son los que más riesgo tienen de preocuparse por el peso y la comida.

Preocupación por el peso y la comida

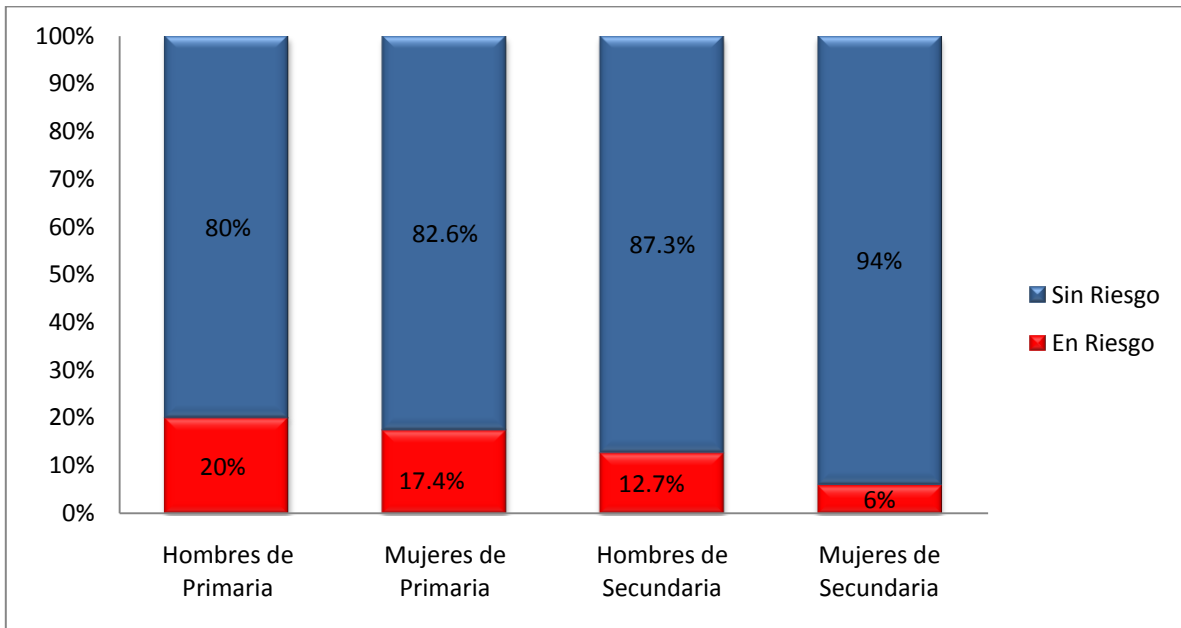


Fig. 5. Distribución del factor "Preocupación por el Peso y la Comida" de acuerdo al sexo y al nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes.

Resultados del CFQ (de acuerdo a los factores que evalúa)

Los resultados se describirán de acuerdo a la media de los factores del CFQ de la totalidad de la muestra (ver fig. 6), así como por nivel académico (ver fig. 7) y por sexo (ver fig. 8). Asimismo se puede apreciar en la tabla (ver tabla 7) la clasificación que incorpora la distribución por sexo y nivel académico de los participantes.

De acuerdo a la media de la muestra total se puede observar que los únicos factores que se encuentran por encima de la media (3.03) son la Restricción y Presión para Comer (ver fig. 6).

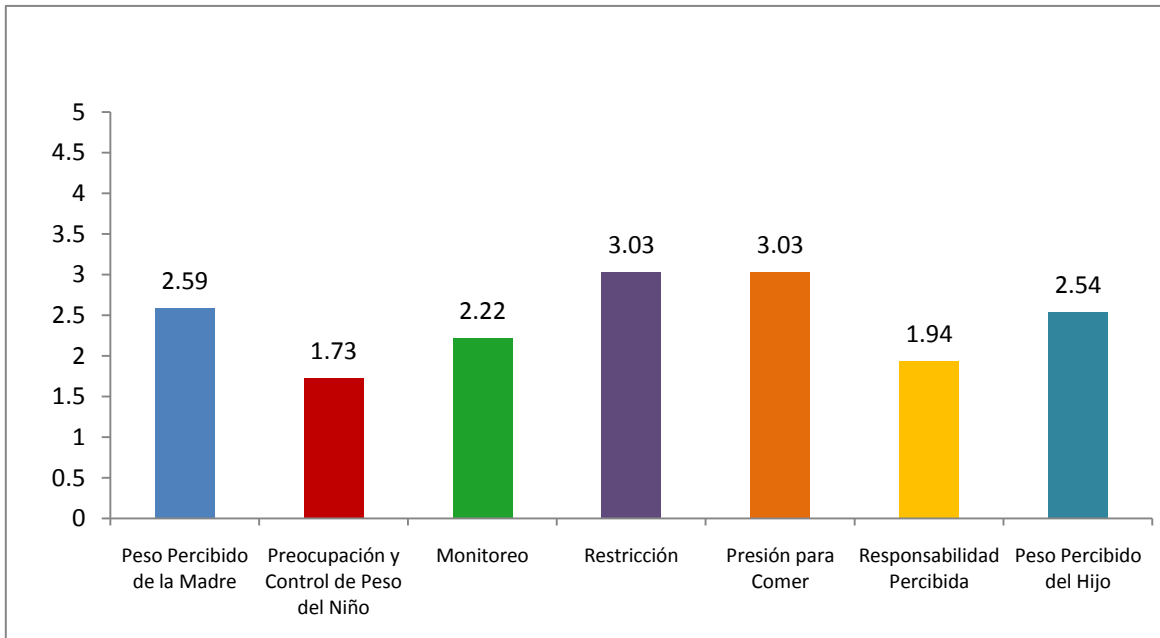


Fig.6 Distribución de medias (factores del CFQ) de acuerdo a la totalidad de la muestra

De acuerdo a las medias de la etapa de vida del total de los participantes se puede observar que las prácticas de crianza de las madres de estudiantes de secundaria (hombres y mujeres) se acercan más a la media que las de los estudiantes de primaria (ver fig. 7).

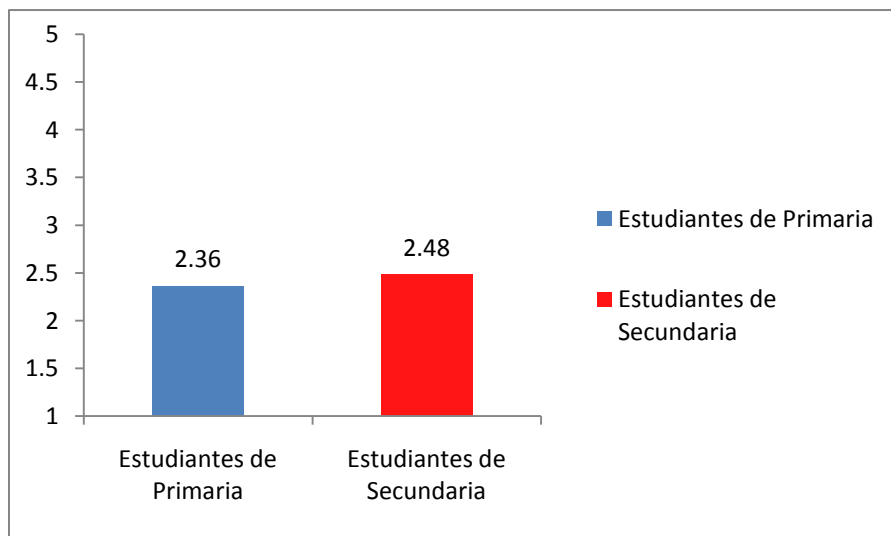


Fig.7. Distribución de la media de prácticas de crianza (madres) de acuerdo al nivel escolar de sus hijos.

Se puede observar que de acuerdo al sexo, las madres de los hombres son quienes se acercan más a la media.

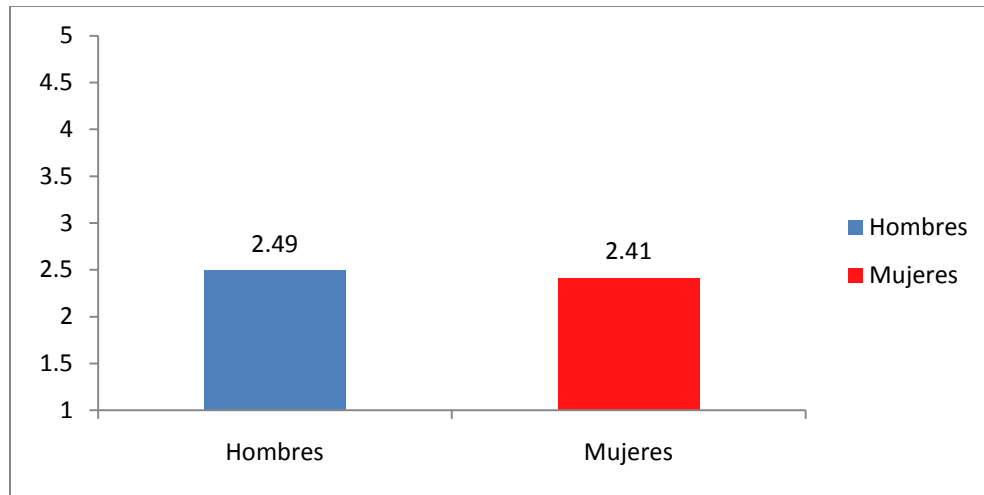


Fig. 8. Distribución de la media de prácticas de crianza de acuerdo al sexo de los hijos.

Ahora bien, en cuanto a la totalidad de la muestra por sexo y nivel académico se puede apreciar que en el factor Presión para Comer se obtuvo un puntaje por encima de la media teórica en casi todos los grupos de edad, lo que implica que sus madres los presionan para alimentarse, siendo las mujeres de primaria la única excepción. En cuanto al factor Restricción, se encontró que las madres de hombres y mujeres de secundaria les restringen los alimentos, pues el puntaje está por encima de la media teórica; en cambio, las madres de los hombres de primaria se encuentran exactamente en la media, siendo las madres de mujeres de primaria quienes presentan un nivel bajo de restricción.

En los demás factores, los valores estuvieron por debajo de la media, lo que da a conocer que a pesar de que los estudiantes de primaria y secundaria presentan obesidad, sus madres no los perciben con este problema (que se mide con el factor Peso Percibido del Hijo y que tuvo un puntaje bajo) pudiendo hacer inferencia a que es por esta razón que se presenta un nivel bajo de Preocupación y Control del Peso del Niño, Monitoreo y Responsabilidad Percibida. Por otro lado, se presentó un nivel bajo en el factor Peso Percibido de la Madre (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de Medias por nivel académico y sexo del CFQ

Factor	Estudiantes de Primaria				Estudiantes de Secundaria			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Peso Percibido de la Madre	2.62	.63	2.43	.56	2.67	.63	2.58	.77
Preocupación y Control del Peso del Niño	1.52	.62	1.79	.63	1.79	.73	1.72	.65
Monitoreo	1.97	1.01	2.13	1.02	2.41	1.01	2.20	.90
Restricción	3.00	1.09	2.72	.91	3.08	.95	3.14	.90
Presión para Comer	3.21	1.13	3.05	.71	3.13	.84	2.89	.93
Responsabilidad Percibida	1.83	.78	1.85	.61	2.01	.84	1.97	.78
Peso Percibido del Hijo	2.47	.63	2.42	.48	2.66	.77	2.5	.67

Análisis de correlación

Se realizó un análisis de correlación entre las prácticas de crianza maternas y las conductas alimentarias de riesgo (Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica Restrictiva) según el sexo y nivel académico de los participantes; con la finalidad de saber si existe relación entre estas variables.

En la tabla 8, se observa la relación entre cada factor del CFQ con las dos CAR medidas. En las mujeres de primaria se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre el Peso Percibido de la Madre y la Preocupación por el Peso y la Comida de la hija, así como entre el Peso Percibido de la Madre y la Dieta Crónica Restrictiva.

Tabla. 8. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en mujeres de primaria.

Factor	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación por el Peso y la Comida	-0.009	.050	-.090	-.049	.080	.52	.329
Dieta Crónica Restrictiva	.159	.372*	.143	.053	.155	.324	.135

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

En cuanto a las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en los hombres de primaria se puede apreciar que hay relación positiva estadísticamente significativa entre la Preocupación y Control del Peso del niño y la Dieta Crónica Restrictiva (ver tabla 9).

Tabla. 9. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en hombres de primaria.

Factor	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación por el Peso y la Comida	.513**	-0.001	.136	-.107	-.050	.140	.137
Dieta Crónica Restrictiva	.330*	.053	-.007	-.043	.119	.133	.056

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

Ahora bien, en la tabla 10, se puede apreciar que en las mujeres de secundaria existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la Preocupación por el Peso y la Comida y el Monitoreo.

Ahora bien, en la tabla 10, se puede apreciar que en las mujeres de secundaria existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la Preocupación por el Peso y la Comida y el Monitoreo.

Tabla. 10. Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en mujeres de secundaria.

Factor	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación por el Peso y la Comida	.30	-.052	-.192*	-.16	.022	-.106	.081
Dieta Crónica Restrictiva	.051	-.106	-.050	.081	.067	-.076	-.005

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

Finalmente, en los hombres de secundaria no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Análisis de diferencia

Se realizó un análisis de varianza de un solo factor 2X2 en donde se analizaron los factores de la EFRATA y del CFQ. A continuación se presentarán los resultados estadísticamente significativos de éstos análisis.

Para el factor Dieta Crónica Restrictiva (EFRATA) se realizó un 2X2 entre Nivel académico (estudiantes de primaria vs. estudiantes de secundaria) y Sexo (hombres y mujeres) empleando la media total del factor igual a 1.55. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el efecto principal de nivel académico $F(1,274) = 4.63, p < .05$. Las diferencias se deben a que el grupo de primaria obtuvo una media de 1.70 en comparación con el grupo de secundaria que obtuvo una media de 1.50 (ver tabla 11).

En la interacción se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres de primaria y secundaria con una $F(1,161) = 6.27, p < .01$ en donde son las estudiantes de primaria quienes muestran mayor riesgo de presentar esta conducta, con una media de 1.82 (ver tabla 11). No se encontraron diferencias significativas en la interacción por sexo.

Tabla 11. Medias del factor “Dieta Crónica Restrictiva” por nivel académico y sexo.

Nivel Académico	Sexo	Media	Desviación Estándar
Primaria	Mujeres	1.82	.95
	Hombres	1.56	.79
	M _{Total}	1.70	
Secundaria	Mujeres	1.46	.73
	Hombres	1.49	.86
	M _{Total}	1.50	

También se realizó para el factor Preocupación por el Peso y la Comida (EFRATA) se realizó un 2X2 entre Nivel académico (estudiantes de primaria vs. estudiantes de secundaria) y Sexo (hombres y mujeres) empleando la media total del factor igual a 2.0. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el efecto principal de nivel académico $F(1,274) = 6.68, p < .01$ siendo los de primaria quienes más la llevan a cabo. Las diferencias se deben a que el grupo de primaria obtuvo una media de 2.17 en comparación con el grupo de secundaria que obtuvo una media de 1.86 (ver tabla 12).

En la interacción se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres de primaria y secundaria con una $F(1,161) = 4.35, p < .05$. En donde son las de primaria quienes muestran mayor riesgo, con una media de 2.18 (ver tabla 12). No se encontraron diferencias significativas en la interacción por sexo.

Tabla 12. Medias del factor “Preocupación por el Peso y la Comida” por nivel académico y sexo

Nivel Académico	Sexo	Media	Desviación Estándar
Primaria	Mujeres	2.18	.99
	Hombres	2.15	.98
M _{Total}		2.17	
Secundaria	Mujeres	1.86	.89
	Hombres	1.87	.84
M _{Total}		1.86	

Finalmente en el caso del instrumento CFQ solo se encontró diferencia en el factor Restricción en donde se hizo un 2X2 entre Nivel académico (estudiantes de primaria vs. estudiantes de secundaria) y Sexo (hombres y mujeres) empleando la media total del factor igual a 3.0. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el efecto principal de nivel académico $F(1,274) = 5.01, p < .01$ siendo las madres de las de secundaria quienes más la presentan. Las diferencias se deben a que el grupo de primaria obtuvo una media de 2.84 en comparación con el grupo de secundaria que obtuvo una media de 3.1 (ver tabla 13).

En la interacción se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres de primaria y secundaria con una $F(1,161) = 6.65, p < .01$ en donde las de secundaria muestran mayor riesgo, con una media de 3.1 (ver tabla 13). No se encontraron diferencias significativas en la interacción por sexo.

Tabla 13. Medias del factor "Restricción" por nivel académico y sexo.

Nivel Académico	Sexo	Media	Desviación Estándar
Primaria	Mujeres	2.72	.91
	Hombres	3.00	1.09
M _{Total}		2.84	
Secundaria	Mujeres	3.14	.90
	Hombres	3.08	.95
M _{Total}		3.10	

Capítulo 7. Discusión y Conclusiones

Se puede afirmar que se cumplió con el objetivo general, los objetivos específicos y con las hipótesis planteadas en este estudio, a continuación se describe cada uno de estos.

El objetivo general fue determinar las semejanzas y las diferencias entre las Conductas Alimentarias de Riesgo (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad y las Prácticas de Crianza de sus madres de acuerdo al sexo y nivel académico de los participantes.

El primer objetivo específico consistió en determinar la distribución de CAR: Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida en estudiantes de acuerdo al sexo y nivel académico (primaria y secundaria) de los participantes. Las cuales fueron evaluadas por medio de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Peresmitré, 2000), en donde, entre los principales resultados en un primer momento, desde el nivel académico se encontró que el riesgo de presentar una Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida se presenta con mayor frecuencia en los estudiantes de primaria que en los de secundaria, dando a conocer que en la muestra total las CAR tienen más prevalencia entre los estudiantes de primaria.

Los resultados obtenidos en cuanto a este primer objetivo son similares a los encontrados por Hill (1993) quien indica que niñas de nueve a 12 años hacen dieta restringida para reducir y mejorar su figura corporal, y Gómez (1999) dio a conocer que las preadolescentes en edades de entre once a 13 años tienden a preocuparse por su peso corporal, lo cual concuerda con los resultados obtenidos.

Ahora bien, en un segundo momento, se encontraron resultados desde el sexo en donde se pudo observar que son las mujeres quienes con más frecuencia que los hombres realizan Dieta Crónica Restrictiva. De igual manera se puede

resaltar que las mujeres de primaria llevan con más frecuencia una Dieta Crónica Restrictiva que las de secundaria, y que los hombres de secundaria presentan con más frecuencia esta conducta que los de primaria; y de acuerdo al factor “Preocupación por el Peso y la Comida” los hombres son quienes tienden a preocuparse más que las mujeres, pudiéndose apreciar que tanto hombres como mujeres estudiantes de primaria se preocupan más que los de secundaria.

De acuerdo a lo anterior se concuerda con Gómez y Ávila (1998) quienes realizaron un estudio en escolares mexicanos con una edad promedio de once años, en donde encontraron que más mujeres que hombres omitían un alimento al día. Ahora bien Vander Wall y Thelen (2000) y Saucedo-Molina y Gómez (2004) mencionan que las mujeres con obesidad tienen más probabilidades que los hombres de expresar preocupación acerca de su peso y restringir su dieta; sin embargo solo se concuerda con la afirmación de que las mujeres tienen más probabilidades de llevar una Dieta Crónica Restrictiva que los hombres, pues en los resultados de este estudio fueron ellos quienes más Preocupación por el Peso y la Comida manifestaron.

Otro reporte menciona que las adolescentes de acuerdo a ciertos rangos de edad van aumentando las CAR mientras que en los varones es a la inversa (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Baustista y Medina-Mora, 2006). Cabe destacar, que en los resultados de esta investigación se concuerda con lo señalado al observar que los hombres estudiantes de primaria efectivamente presentan más CAR que los de secundaria en el factor “Preocupación por el Peso y la Comida”, aunque no, en “Dieta Crónica Restrictiva”, ni en que las mujeres aumenten las CAR de acuerdo a la edad. Ahora bien, las encuestas ENSANUT (2006) donde los adolescentes fueron tomados en edades de 16 a 19 años y ENSE (2008) donde los adolescentes de diez años en adelante se dividieron en estudiantes de primaria y secundaria dieron a conocer que las mujeres de este último nivel presentan con mayor frecuencia CAR, datos que no concuerdan con los resultados de este estudio pues fueron las mujeres de primaria quienes más las llevaron a cabo.

Pasando al siguiente objetivo específico, en donde se determinó la distribución de las prácticas de crianza de las madres de estudiantes con obesidad de acuerdo al sexo y al nivel académico, se encontró que de acuerdo a la distribución en la muestra total, las madres presionan a sus hijos para comer y que a su vez, paradójicamente les restringen la alimentación; además, se perciben a sí mismas con peso normal o bajo, así como a sus hijos (as), lo cual, de cierta forma evidencia el que exista baja preocupación y control del peso del niño (a), poco monitoreo y poca responsabilidad percibida. Esto tiene que ver con la percepción y los conocimientos que la madre tiene acerca de la salud, nutrición y desarrollo del niño, que son aspectos fundamentales para la explicación del cuidado de este, por lo que, si la madre no percibe a su hijo con obesidad, ésta difícilmente tomará acciones de cuidado para con este, en los ámbitos antes mencionados (Vera-Noriega, 1996).

Arredondo, Elder, Ayala, Campbell y Baquero (2006) especifican que los padres que monitorean y refuerzan saludablemente los comportamientos de sus hijos ingieren comida más saludable y son físicamente más activos, lo cual concuerda con la muestra (población con obesidad) y los resultados obtenidos en cuanto al factor “Monitoreo” en la presente investigación, pues se presentan bajos resultados del factor. Respecto al factor “Restricción” Fisher y Birch (1999) mencionan al respecto que restringir a los niños la comida que más les gusta incrementa la probabilidad de que estos la ingieran cuando tienen un acceso libre a ella; lo cual concuerda con los resultados de la investigación, pues en general existe alta restricción de parte de las madres en cuanto a la alimentación de sus hijos (as).

Ahora bien, de acuerdo con los datos por sexo y nivel académico se observó que las madres de estudiantes de primaria (mujeres y hombres) presionan para comer, y las de secundaria restringen los alimentos a sus hijos (mujeres y hombres).

En el estudio realizado por De Lucio (2010) se indica que es a los hombres a quienes más se les restringe la alimentación; sin embargo, los resultados de

este estudio contrariamente reflejan que se les restringe más a las mujeres; esto coincide con diversos reportes, como por ejemplo el de Hesketh, Wake, Graham y Waters (2007) y Saucedo-Molina et al. (2008) quienes mencionan que la aceptación o rechazo de algunos alimentos, las creencias y las costumbres de la localidad, además de la influencia de los medios de comunicación, tales como los programas televisivos, el internet, la radio, los medios impresos, entre otros influyen en la conducta alimentaria en las primeras etapas de la vida, determinando que de cierta forma para que una mujer sea atractiva debe cumplir con el estereotipo de delgadez, generando un ambiente “obesogénico”. Ahora bien, Navarro (2006) y De Lucio (2010) encontraron en sus respectivos estudios que la restricción fue la práctica menos realizada, lo cual no concuerda con los datos que se arrojaron en esta investigación pues la restricción y la presión para comer por parte de las madres hacia sus hijos(as) fueron los factores que se presentaron con puntajes elevados sobre la media teórica y que más se llevan a cabo.

La alta presión para que sus hijos varones coman, como ya se mencionó, es una de las prácticas que más se lleva a cabo por parte de las madres, lo cual concuerda de cierta forma con lo que mencionan Brann y Skinner (2005) en donde se establece que las madres y padres de niños obesos presionan más a sus hijos para comer, que las madres y padres de niños con un peso normal. Particularmente esta “predilección” por parte de las madres para que sus hijos hombres se alimenten “generosamente” puede explicarse desde una perspectiva cultural, particularmente de nuestro país en donde la interacción madre-hijo se logra a través del alimento como el satisfactor de una necesidad vital y del contacto amoroso que satisface una necesidad básica de tipo emocional y que se da con más fuerza en los hijos varones (Guzmán et al., 2008; Ramos, 1985).

En los resultados de Navarro (2006) y de De Lucio (2010) cuyos estudios fueron realizados con preescolares y escolares, y con niños de primero a sexto grado de primaria respectivamente se menciona que las madres de niños con sobrepeso y obesidad presentan alta preocupación y control del peso del niño, alta

presión para comer y alta responsabilidad percibida; sin embargo, en la muestra de esta investigación –estudiantes de primaria y secundaria- se presentaron algunos efectos contrarios, es decir, poca preocupación y control del peso del niño(a), poca responsabilidad percibida, pero alta presión para comer.

Otro objetivo fue establecer la relación entre las CAR (Dieta Crónica Restrictiva y Preocupación por el Peso y la Comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad y las prácticas de crianza de sus madres, en donde se encontró una relación positiva estadísticamente significativa en mujeres de primaria entre el Peso Percibido de la Madre y la Preocupación por el Peso y la Comida del hijo, así como entre el Peso Percibido de la Madre y la Dieta Crónica Restrictiva, lo cual implica que cuando la madre se percibe así misma con sobrepeso u obesidad la hija se preocupa por su peso y la comida y por hacer Dieta Crónica Restrictiva.

En cuanto a las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR en los hombres de primaria se puede apreciar que hay relación positiva estadísticamente significativa entre la Preocupación y Control del Peso del niño y la Dieta Crónica Restrictiva, lo que significa que si la madre se preocupa y controla el peso de su hijo, éste tenderá a llevar a cabo una Dieta Crónica Restrictiva.

En las mujeres de secundaria existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la Preocupación por el Peso y la Comida y el Monitoreo, lo que da a conocer que si la madre monitorea la alimentación de su hija, ésta no se preocupará por su peso y la comida.

El último objetivo consistió en establecer las semejanzas y diferencias entre las CAR de los participantes y las prácticas de crianza de sus madres, en donde se puede apreciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de primaria y secundaria en el factor “Dieta Crónica Restrictiva” (EFRATA), así como también, específicamente en las mujeres de los distintos niveles académicos.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de primaria y secundaria en el factor “Preocupación por el Peso y la Comida” (EFRATA), presentándose un efecto principal en las mujeres de los distintos niveles académicos.

En el factor “Restricción” (CFQ) hubo diferencias estadísticamente significativas entre las madres de estudiantes de primaria y secundaria, siendo las mujeres nuevamente quienes además presentaron diferencias entre los distintos niveles académicos.

La hipótesis de relación que se cumplió fue la alterna, ya que existe relación estadísticamente significativa entre las CAR (dieta crónica restrictiva y preocupación por el peso y la comida) de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) con obesidad y las prácticas de crianza de sus madres en todos los grupos de edad excepto en los hombres estudiantes de secundaria.

La hipótesis de diferencia de las CAR que se cumplió fue la alterna, ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) en el factor “Dieta Crónica Restrictiva” (EFRATA), lo que determina que los estudiantes de primaria tienen mayor tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como, a la eliminación de tiempos de comida con la finalidad de controlar el peso; asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en mujeres de primaria y secundaria en este mismo factor, en donde las mujeres de primaria son quienes presentan con mayor frecuencia esta conducta. Se observaron también diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de primaria y secundaria en el factor “Preocupación por el Peso y la Comida” (EFRATA) lo que indicó que los estudiantes de primaria mantienen una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingieren; también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en mujeres de primaria y secundaria en este mismo factor, en donde las mujeres de primaria son quienes más la presentan.

La hipótesis de diferencia de las prácticas de crianza que se cumplió fue la alterna, ya que existen diferencias estadísticamente significativas entre las prácticas de crianza de las madres de estudiantes de primaria y secundaria (mujeres y hombres) en el factor Restricción, siendo las madres de los estudiantes de secundaria quienes más restringen el acceso de la comida a sus hijos; asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en mujeres de primaria y secundaria en este mismo factor, en donde las madres de mujeres de secundaria son quienes presentan con mayor frecuencia esta restricción.

En general al analizar las CAR se pudo observar que la mayoría de los participantes no llevan a cabo una dieta crónica restrictiva, ni se preocupan por el peso y la comida, sin embargo, las mujeres de primaria fueron quienes registraron mayor prevalencia en el factor “Dieta Crónica Restrictiva”, y fueron los hombres de primaria quienes registraron mayor prevalencia en el factor “Preocupación por el peso y la comida. También se pudo apreciar que los factores que se presentaron por arriba de la media teórica fueron “Presión para comer” y “Restricción”, y los factores que se presentaron por debajo de la media teórica fueron: “Peso Percibido de la Madre”, “Peso Percibido del Hijo”, “Monitoreo”, “Responsabilidad Percibida” y Preocupación y Control del Peso del Niño”.

Ahora bien a partir de los resultados de esta investigación y de la premisa de que la alimentación es parte de la cultura y se transmite de generación en generación, evolucionando dentro de este proceso, debido en parte a la acción de los conocimientos alimentarios (Tovar, 2000), se propone implementar programas de intervención en el segundo nivel de prevención. En donde se genere un programa dirigido a madres con hijos que presenten problemas de obesidad que contenga aspectos informativos sobre el sobrepeso y la obesidad, sus causas y consecuencias biopsicosociales para poder contrarrestar el impacto de este problema. Es necesario ahondar en temas importantes, como por ejemplo la promoción de hábitos alimentarios saludables; en donde la educación de hábitos

nutricionales del niño(a) plantee intervenciones de acuerdo a las etapas del ciclo de vida, asimismo, la promoción de hábitos relacionados con la actividad física es trascendente pues al practicarla se generan múltiples beneficios, y, por último, las intervenciones familiares, en donde recordar que los padres y las madres actúan como agentes de cambio al modificar sus propios estilos de vida impactado en sus hijos es culminante en el proceso de salud del niño o adolescente. Cabe recordar que los programas de intervención más efectivos son lo que no solo incluyen a los hijos sino también a los padres (PrevInfa (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia, 2004). De igual forma se sugiere que un grupo interdisciplinario de especialistas (psicólogos, médicos, nutriólogos, profesores de educación física) asesore y trate a las madres y a sus hijos, con el fin de lograr un cambio sustancial y duradero en los hábitos alimentarios, imagen corporal, autoestima, autoeficacia, asertividad y de actividad física en estos. Además de abordar técnicas que auxilien en el proceso de este fin como son: pláticas sobre la alimentación correcta, psicoeducación, relajación, entrenamiento autoinstruccional, reforzamiento, dinámicas de grupos, detección de pensamiento y la realización de actividad física.

Por otro lado, para investigaciones posteriores se sugiere ampliar la muestra a poblaciones rurales para aumentar el conocimiento de las posibles causas que genera la obesidad y hacer comparaciones que nos permitan un mejor entendimiento de la problemática. De igual forma es relevante tomar en cuenta otras variables de estudio en los estudiantes de primaria y de secundaria con obesidad como son: la autoeficacia, imagen corporal, autoestima, actividad física, influencia de la publicidad, y en sus madres considerar variables como la escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico e IMC para lograr obtener un panorama más general y abordar el problema de manera integral.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio se enfrentó a la dificultad de adaptarse a los tiempos establecidos por los directivos de algunas de las escuelas participantes, asimismo se afrontó la situación de que algunas de ellas ya tenían elaboradas listas con el peso y la talla de sus alumnos, por lo que

fue complicado que accedieran a que de nuevo se les pesara y midiera. Otro obstáculo fue que la muestra no se extendió a niños con un IMC menor, es decir, que no presentaran obesidad para que de esta forma se generaran resultados más bastos. De igual manera, otra limitación fue que no se evaluaron los demás factores de la EFRATA, lo cual, pudo haber sido benéfico para comprender más ampliamente las CAR y su relación con las prácticas de crianza maternas.

Referencias

- Abidin, R. & Brunner, J. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40
- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: The stress of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298-301.
- Academia Mexicana de Pediatría (2002). *Reunión Nacional de Consenso sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes*. México: Autor
- Acosta, G. V. (2000). *Factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación: Imagen corporal y Conducta alimentaria. Una investigación transcultural entre España y México*. Tesis Doctoral. España: Universidad de Almería.
- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5,3, 223-232 [versión electrónica].
- Adams, P., Katz, R., Beauchamp, K., Cohen, E. & Zavis, D. (1993). Body dissatisfaction, eating disorders, and depression: A developmental perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 40, 409-417.
- Alvarado-Sánchez, A.M, Guzmán-Benavides, E. y González-Ramírez, M.T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 2,417-42 [versión electrónica].
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Revised text*. Washington, DC, EE. UU: Author
- 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? *Oxford University Press*, 21, 6,862-871 [versión electrónica].

- Arrivillaga, M., Salazar, I. & 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.
- Austin, S. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model. *Preventive Medicine*. 32, 268-283.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 195-215.
- Baumrind, D. (1965), "Parental Control and Parental Love". *Children*, 12, 230- 234.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting a process model. *Child development*. 55,1, 83-96.
- Bennett, L. (1988). The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health. *Food and Nutrition Bulletin*, 10, 3, 16-26.
- 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 practices influence daughters' eating and weight. *American Journal Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- 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 practices About child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- Bocanegra, E. (2007). Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 5, 1 [versión electrónica].
- Bourges-Rodriguez, H. (2005). *Nutrición y vida*. México: Conaculta/Tercer Milenio.
- Brann, L. S. & Skinner, J. D. (2005). More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average body mass index compared with parents of boys with a high body mass index. *Journal American Diet associations*, 105, 9,1411-6.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Organización Panamericana de la Salud*.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología de Desarrollo Humano, Cognición y Desarrollo Humano*. España: Paidós.
- Bundell, J.E. (1991). The Biology of appetite. *Clinical Applied Nutrition*, 1, 21-3.
- Carretero, M., Palacios, J. & Marches, A. (1998). *Psicología Evolutiva: Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Casanueva, E. & Bourges-Rodriguez, H. (2008). Los Nutrimientos. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, A. Perez-Lizaur & P. Arroyo (Eds), 3 era ed. *Nutriología Médica*. (pp. 600). México: Médica Panamericana.
- Casanueva, E. & Morales, M. (2001). *Nutrición del adolescente*. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, A. Perez-Lizaur & P. Arroyo (Eds), 3 era ed. *Nutriología Médica*. (pp. 85-101). México: Médica Panamericana.
- Cavanaugh, J. & Kail, R. (2006). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital*, 3 Mexico: CENGAGE Learning.
- CDC. (2003) CDC Training Module: *Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage*.
- Chinchilla, A. (2003a). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: revisión histórica. En trastornos de la conducta alimentaria. *Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. (pp. 1-13). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2003b). ¿Es real la actual epidemia de los trastornos de la conducta alimentaria?. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 143-160). México: Masson.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-1243.
- Cooper, J., Taylor, J., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- Córdova, J. (2010). *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado el 16 de Marzo de 2011 de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf
- Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. (1987). *Ajuste con rostro humano: protección de los grupos vulnerables y promoción del crecimiento*. Madrid, España. Siglo XXI Editores.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*, 8. (pp. 346-406). México D. F: Prentice Hall.
- Cruz, R., Ávila, M., De la Cruz, M., Vázquez, R. & Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18, 2, 189-198 [versión electrónica].
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological bulletin*, 113, 487-496.
- Davidoff, L. (1979). *Introducción a la Psicología*, 3. México. McGraw Hill
- De Lucio, M. (2010). *“Prácticas de crianza alimentarias en madres con hijos con riesgo de sobrepeso y obesidad”*. Tesis de Licenciatura: UAEH, Hidalgo.
- De Onís, M. & Blössner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, 1032- 1039.
- De Tejeda, M., González de Tineo, A. & Porras, R. (1996). Aproximación del perfil conductual de madres con niños desnutridos graves. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 59, 1.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*, 8. México D. F: Siglo XXI, pp. 531-589.
- Díaz, M. P. (2000). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Revista Chilena pediátrica*, 71, 4.
- Dick, D., Rose, R., Viken, R. & Kaprio, J. (2000). Pubertal timing and substance use: Associations between and within families across late adolescence, *Developmental Psychology*, 36, 180-189.
- Dietz, W. H. & Bellizzi, M. C. (1999). Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 123S-125S.

- Dietz, W. H. (2004). Overweight in childhood and adolescence. *New England Journal of Medicine*, 350, 855-857.
- Epstein, L., Paluch, R., Gordy, C. & Dorn, J. (2000). Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Archives of pediatric adolescent medicine*, 154, 220-226.
- Eraso, J., Bravo, Y. & Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de pediatría*, 41, 3, 23-40.
- Escoto, M. (2008). *Prevención de actitudes y conductas alimentarias alteradas*. Tesis de doctorado: UNAM, México.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Faith, M; Heshka, S; Keller, K; Sherry, B; Matz, P; Pietrobelli, A y Allison, D. (2003). Maternal-child feeding patterns and child body weight. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 157, 926-932 [versión electrónica].
- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D. & Treasure, J. (2004). *Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2010, de www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/.../298/html.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Fisher, J.O. & Birch, L.L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*. 32, 405-419.
- Flegal, K. M., Tabak, C. J. & Ogden, C. L. (2006) Overweight in children: definitions and interpretation. *Health Education Research*, 21, 755-60.
- Flores, G., Cortés, A. & Góngora, C. (2009). Desarrollo y validación de la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 28, 2, 45-66.
- Flores, M., Cortés, L. & Góngora, E. (2003). Estilos de crianza: una aproximación a su identificación en familias de Yucatán. *Educación y ciencia*. 7, 14, 31-42.

- Galván, M., González-Unzaga, M. & López Rodríguez, G. (2008). *Estado de Nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres en el estado de Hidalgo (Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003)*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- García-Camba, E. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Obesidad*. (pp. 3-26). Barcelona: Masson.
- Garner DM. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Psychological Odessa FL:Assessment Resources, Inc.
- Garner, DM. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, DM., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34.
- Goldfield, G., Epstein, L., Kilanowski, C., Paluch, R. & Kogut-Bossler, B. (2001). Cost-effectiveness of group and mixed family-based treatment for childhood. *Obesity International Journal of obesity*, 25, 1843-1849.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, 35-58.
- Gómez Peresmitré, G. (1998) Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 27-33.
- Gómez, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.
- Gómez, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anorética y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16,1, 153-165.

- Gómez, G., Alvarado, G., Moreno, L. Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 3, 313-324 [versión electrónica].
- Gómez, G., Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2001). Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En *Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México*. (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 1185-198.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal como muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. & León, R. (2002). Dieta Restrictiva y Conducta Alimentaria compulsiva en una muestra de Adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 2, 125-132 [versión electrónica].
- González Villalpando, C. & Stern, M. (1993). La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. *Revista de Investigación Clínica*, 45,1.
- Grupo Mexicano de Consenso en Endocrinología Pediátrica. (1997). *Enfoque diagnóstico del crecimiento normal y de sus alteraciones*. Academia Mexicana de Pediatría AC, editor. México: Publicaciones técnicas.
- Gustafson-Larson, A. & Rhonda, D. (1992). Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children. *Journal American Dietetic Association*, 92, 818-22.
- Guzmán, M., Gómez, G., García, R. & 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 [versión electrónica].

- Henderson, M. & Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. *The BITE. British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Hernández, B. (2000). Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años en México. *Salud Pública de México*, 38, 3, 178-188.
- Hernández, B., Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Monterrubio, E. A., Ramírez-Silva, C. I., García-Feregrino, R., *et al.* (2003). Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Salud Pública de México*, 45 (Suppl. 4), S551- S557.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*, 3. México: Mc Graw Hill.
- Hesketh K, Wake M, Graham M, Waters E. (2007). Stability of television viewing and electronic game/computer use in a prospective cohort study of Australian children: relationship with body mass index. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 60.
- Hill, J.A. (1993). Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders. *Journal Review Psychiatry*. 5, 87-100.
- Hughes, O, Power, G, Orlet, F, Mueller, S. & Nicklas, T. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44, 83-92.
- Huon, G. F. & Strong, G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural Models for Large-scales longitudinal investigations. *International Journal Eating Disord*, 23, 361-369 [versión electrónica].
- Instituto Nacional de Salud Pública (2001). *Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)*. México: Autor

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). *Principales causas de mortalidad general en la entidad 2000 en aspectos sociodemográficos de Hidalgo*. México: Dirección General de Estadística INEGI.
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía (2005). *Conteo de población y vivienda 2005*. Recuperado el 3 de septiembre de 2010, de <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa Hidalgo*. México: autor.
- Instituto Nacional Indigenista (2001). *Concentrado estatal del estado nutricional de albergues escolares correspondientes al informe semestral del ciclo escolar 2000-2001*. México: Área de Salud del Instituto Nacional Indigenista.
- International Dietary Energy Consultancy Group. (1987). *Chronic energy deficiency: consequences and related issues*. Guatemala: IDECG.
- Izzedin, R. & Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*, 15, 2, 109-115 [versión electrónica].
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*, 3. México: Pearson.
- Kail, R. & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*, 3. (pp. 300-369) México, D.F: CENGAGE Learning.
- Kathleen, L. & Escott-Stump, S. (1998). Control ponderal y trastornos del consumo de alimentos. En *Nutrición y dietoterapia de Krause*. Novena edición. (pp. 463-498). México: Mc Graw-Hill.
- Khor, G. L. (2003). Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Medical College Journal*, 5,2, 113-122.

- Kitzmann, K. M. & Beech, B. M. (2006). Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *Journal of Family Psychology, 20*,2, 175-189 [versión electrónica].
- Klebanoff, M. A. & Yip, R. (1988). Influence of maternal birth weight on rate of fetal growth and duration of gestation. *Journal of Pediatrics, 82*, 828-834.
- Krahnstoever, D., Markey, C. & Birch, L. (2003). A Longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders. 33*, 320-332.
- Kriska, A., LaPorte, R., Pettitt, D., Charles, M., Nelson, R., Kuller, L., et al. (1993). The association of physical activity with obesity, fat distribution and glucose intolerance in Pima Indians. *Diabetología 36*, 863–869.
- Kröller, K. & Warschburger, P. (2009). Maternal feeding strategies and child's food intake: considering weight and demographic influences using structural equation modeling. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6*,78.
- Kun-Ho, Y., Jin-Hee, L., Ji-Won, K., Jae Hyung, Ch., Yoon- Hee Choi, S., Hyun, K., Zimmet, P. & Ho-Young, S. (2006). Epidemic obesity and type 2. Diabetes in Asia. *Lancet, 368*, 1681–1688.
- Labiano, M. (2006). Introducción a la Psicología de la Salud. En *Psicología de la Salud y Calidad de Vida. 2*. (pp. 4). L. Oblitas (Ed). Thompson.
- Lamas, M. (1996). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp.287). México: Pueg-Unam/ Miguel Angel Porrúa,
- Lanza, S. & Collins, L. (2002). Pubertal timing and the onset of substance use in females during early Adolescence. *Prevention Science, 3*, 69-82.
- Laursen, B. & Collins, W. (2004). *Parent-child communication during adolescence. Handbook of family communication*. (pp 333-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- León, R., Gómez-Peresmitré, G. & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Salud Mental*, 31, 6 [versión electrónica].
- Levine, M., Ringham, R., Kalarchian, M., Wisniewski, L. & Marcus, M. (2001). Is family based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity?. *International Journal of Psychiatry*, 13, 535-540.
- Lobstein, T. J., James, W. P. & Cole, T. J. (2003). Increasing levels of excess weight among children in England. *International Journal of Obesity Relation of Metabolic Disorders*, 27, 1136-1138.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, 5 (Suppl. 1), 4-104.
- Lobstein, T. & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4, 195-200.
- Lora-Cortez, C. & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una Muestra de Mujeres Adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 29, 3, 60-67.
- Luo, J. & Hu, F. B. (2002). Time trends of obesity in pre-school children in China from 1989. to 1997. *International Journal of Obesity Related to Metabolic Disorder*, 26, 4, 553-558.
- Magarey, A. M., Daniels, L. A. & Boulton, T. J. (2001). Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985. and 1995. Data against new standard international definitions. *Medical Journal Australian*, 174, 561–564.
- Maloney, M. J., Mc Guire, J. B. & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.

- Mamun, A., Lawlor, D., O'Callaghan, M., Williams, G. & Najman, J. (2005). Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obesity Research*, 13, 8, 1422-1430 [versión electrónica].
- Mancilla-Díaz, J., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X. & Téllez-Girón, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47.
- Marco, J. (2004). Tratamiento de los trastornos alimentarios: Eficacia diferencial de la terapia cognitivo conductual con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. *Tesis Doctoral. Universitat Jaume. Facultat de Ciències Socials*.
- Mares, E. & Vega, D. (2005). *Factores psicosociales relacionados con estilos de crianza de madres solteras que habitan en Pachuca, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura: UAEH, Hidalgo.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de nutrición*. 29, 2 [versión electrónica].
- Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V. & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemisa* [versión electrónica].
- Mesado, A. (2002). *Regulación del crecimiento posnatal. Tratado de Endocrinología Pediátrica*, 3 (pp 233-243). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Montt, D., Koppmann, A. y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16, 4 [versión electrónica].
- Moore, M. & Brooks-Gunn, J. (2002). *Adolescent parenthood. Handbook of parenting, 3: Being and becoming a parent*, 2 (pp. 173-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 3, 3 [versión electrónica].

- Moreno, L. A., Sarría, A., Fleta, J., Rodríguez, G., Pérez-González, J. M. & Bueno, M. (2001). Sociodemographic factors and trends on overweight prevalence in children and adolescents in Aragón (Spain) from 1985 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 921-927.
- Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2001). Métodos en la psicología del desarrollo. En: Introducción a la Psicología. Morris, C. G. & Maisto, A. A. (Eds). (pp. 413-439). México: Prince Hall.
- 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.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. & Fulkerson, A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Journal of Adolescence Health*, 35, 5, 350-359.
- Obeidallah, D., Brennan, R., Brooks-Gunn, J. & Earls, F. (2004). Links between pubertal timing and neighborhood contexts: Implications for girls violent behavior. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43, 1460-1468.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D. & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999–2000. *JAMA*, 288, 1728–1732.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, A., Hernández, M & Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México:INSP.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado el 17 de febrero de 2011 de http://www.who.int/child/adolescent_health-topics/development/es/.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2010, de http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.p

- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 3 de Septiembre de 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2011a). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva (311). Recuperado el 5 de febrero de 2011 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2011b). *Nutrición*. Recuperado el 28 de febrero de 2011 en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
- Orozco Aviña, S. L. (2005). Propuestas para intentar disminuir la incidencia de obesidad infantil en las escuelas primarias y preprimarias del estado de Jalisco. *Diabetes Hoy para el Médico y el Profesional de la Salud*, 6, 5, 1486-1491.
- Ortíz, M. (2007). *Alimentación y Nutrición*. Recuperado el 6 de Enero de 2011 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de nutrición*, 29, 3 [versión electrónica].
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*, 9 (pp.425-441). México: Mc Graw Hill.
- Peeters, L. Bonneux, W. J. Nusselder, C. De Laet, & Barendregt, J. J. (2004). Adult Obesity and the Burden of Disability throughout Life *Obesity Research*, 12, 7, 1145 - 1151.
- Peña, M. & Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 2, 75-78.
- Peña, M. (2004). *Crianza y desarrollo infantil en familias rurales de la región sur del estado de Sonora*. Tesis de Maestría: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C, Hermosillo, Sonora.

- Perry, J., Silvera, D., Neilands, T., Rosenvinge, J. & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13-24 [versión electrónica].
- Ponce, S. I. (2008). *Comparación de la asociación entre la estatura y la masa libre de grasa y la masa grasa con el índice de masa corporal en niños de 4 a 7 años de edad*. Lic. en Nutrición (pp. 10-20). México: UAEH.
- PrevInfad (AEPap)/PAPPS (2004). *Prevención de la obesidad infantil*. Madrid: Autor
- Ramos, G. R. (1985). *Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y práctica*. México: Manual Moderno.
- Reilly, J. J., Wilson, M. L., Summerbell, C. D. & Wilson, D. C. (2002). Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Archives of Diseases in Childhood*, 86, 392-394.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 7, 149-161 [versión electrónica].
- Rivera, J. y Sepúlveda Amor, J. (2003). Conclusions from the Mexican National Nutrition Survey 1999: Translating results into nutrition policy *Salud Pública de México*, 45(S4):S565-S575.
- Rivera-Domarco J, Shamah-Levy T & Villalpando-Hernández S. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. (2001). Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, B., Barneveld, O., González-Arratia, N., Unikel-Santoncini, C. & Becerril, M. (2006). conductas alimentarias de riesgo en mujeres del nivel superior del Estado de México. *Revista Electrónica de Psicología. ICSa-UAEH*. 6. [versión electrónica].

- Roitenberg, J. (2001). *Uso del tratamiento Psicológico en niños con trastornos genéticos: Razones y ventajas*. ANSARES, Consultorio Especializado en Desarrollo Infantil. Recuperado el 17 de febrero de 2011, de http://www.ansares.com.ar/uso_trat_psi.htm
- Rubio, M.A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X., Foz, M., De Pablos, P.L., García-Luna, P.P., Grierda, J.L., López de la Torre, M., Martínez, J.A., Remesar, X., Tebar, J y Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 7-48 [versión electrónica].
- Ruíz, A., Meza, S., Laredo, M., Hernández, D. & Rodríguez, M. (2007). Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. *Universidad del Valle de México*, 10, 3 [versión electrónica].
- Saucedo-Molina, T. & Gómez, G. (2005). Modelo Predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría. Fac Med Barna*. 32, 2, 67-74.
- Saucedo-Molina, T. & Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo Predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista Psiquiatría, Fac Med Barna*, 31,2, 69-74 [versión electrónica].
- Saucedo-Molina, T. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. de J., Escamilla-Talón, T. A., Portillo-Noriega, I. E., Peña-Irecta, A. & Calderón-Ramos, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60, 3, 231-240.
- Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en

estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada.
Salud Mental, 33, 1, 11-19.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2003). *Management of obesity in children and young people. A national clinical guideline*. England: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Secretaría de Educación Jalisco [SEJ] (2011). *Definiciones básicas*. Recuperado el 29 de Marzo de 2011 en <http://www.jalisco.gob.mx/wps/portal/sriaEducacion/consulta/educar/dirrseed.html>.

Secretaría de Salud (2002). *Manual de Procedimientos. Toma de medidas clínicas y antropométricas*. México: Autor

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. México DF: SSA.

Secretaria de salud-Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2000). *Encuesta Nacional de Nutrición*. Tomo 1. México: INSP.

Sepúlveda, J. (1988). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Gaceta Médica de México*, 26, 3, 207-225.

Serra Majem, L. & Aranceta Bartrina, J. (2001). *Estudio enKid*. Barcelona: Masson.

Shamah, T. (2010). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública (ENSE).

Smetana, J. (2005). Adolescent-parent conflict: Resistance and subversion as developmental process. *Conflict, contradiction, and contrarian elements in moral development and education* (pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 167-179.

Solís-Cámara, P., Díaz, R., Medina-Cuevas, Y., Barranco-Jiménez, L. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de pareja con niños pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 2.

- Spitzer R., M., Devlin, B., Walsh, D., Hasin, R., Wing, M., Marcus, A., Stunkard, T, Wadden, S., et al. (1992). Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- SSA-INSP-INEGI (2000). *Encuesta Nacional de Nutrición. Tomo 1*. México: INSP.
- Steinberg, L. (2000). We know some things parents-adolescent relations in retrospect and prospect. *Presidential Address, presented, presented at the la reunion bienal de la Society for Research on Adolescence*, Chicago, Il.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D. & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.
- Thomas, K., Ricciardelli, L. A. & Williams, R. J. (2000). Gender traits and self- concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles*, 43, 441-458.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994) Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Tovar, V. (2000). *La situación alimentaria como expresión sociocultural: el caso de las comunidades indígenas*. Recuperado el 1 de Mayo de 2011 de <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen16/TOVAR.htm>.
- Trujillo, E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria?. *National Eating Disorders Association* [versión electrónica].
- Turón, V. (2008). *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Recuperado el 10 de Febrero de 2011 de <http://www.feacab.org/anorexia.html>
- Unikel, S. C. (1998). *Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales de ballet*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Unikel, C., Juárez, F. & Gómez, G. (2006) Psychometric properties of the attitudes towards body figure questionnaire in Mexican female students and patients with eating disorders. *European Eating Disorders*, 14, 430–435.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997 -2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58,1, 15-27 [versión electrónica].
- Unikel-Santoncini, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro-Velázquez, J. y Fleiz-Bautista, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 2, 49-57 [versión electrónica].
- Unikel-Santoncini, C., Villatoro-Velazquez, J., Medina-Mora, I., Fleiz, B., Alcantara, M. & Hernandez, R. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. 52, 2, 140-147.
- Vázquez, R., Ruíz, A., Mancilla, M. & Álvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de la Facultad de Salud Pública y nutrición*, 9, 3 [versión electrónica].
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados para el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 132-142.
- Ventura, A. & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5,15, 1-12 [version electrónica].

- 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-Noriega, J. A. (1999). Un estudio psicosocial de los estilos maternos y el cuidado del niño en la zona rural. *Revista de Estudios Sociales*, 9, 17, 97-126 [versión electrónica].
- Vera-Noriega, J. A., Peña, M. & Domínguez, S. (2002). *Crianza, desarrollo y aprendizaje. Tópicos de Comunicación*. Consultado el 28 de Febrero de 2011 en <http://www.psicom.uson.mx/topicos/index.htm>.
- Vera-Noriega, J. A., Peña, M., Hernández, F. & Laga, A. (1998). Estimación de riesgo y disciplina alimentaria en niños preescolares en comunidades rurales del Estado de Sonora. *Psicología y salud*, 5, 11 [versión electrónica].
- Vera-Noriega, J. A., Velasco, A. F. & Morales, N. D. (2000). Estudio Comparativo de familias urbanas y rurales: desarrollo y estimulación del niño. *Familia: Naturaleza amalgamada*. Universidad de Tlaxcala. 309-330.
- Wang, Y., Monteiro, C. & Popkin, B. M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 971–977.
- Webster-Stratton, C. (1990). Strees: A Potencial Disruptor of Parent Perceptions and Family Interacctions. *Journal of clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Whitehouse, A., Cooper, J., Vize, C., Hill, C. & Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorder en three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*, 42, 57-60 [versión electrónica].
- WHO (2000). *The world health report 1998: Life in the 21st century. A vision for all; executive summary*. Geneva: Autor.
- WHO (2006). *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva: Autor
- Wichstrom, L. (2001). The impact of pubertal timing on adolescents alcohol use, *Journal of Research on Adolescence*, 11, 131-150.
- Wu, Y. (2006). Overweight and obesity in China. *British Medical Journal*, 333, 362–363.

Anexos

Anexo 1. EFRATA Versión mujeres.

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestro estudio depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (Aprox. la mitad de veces)	Muy frecuentemente	Siempre

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Comer de más me provoca sentimientos de culpa | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Ingero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos engordadores | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Me deprimó cuando como de más | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

Anexo 2. EFRATA Versión hombres.

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestro estudio depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (Aprox. la mitad de veces)	Muy frecuentemente	Siempre

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Comer de más me provoca sentimientos de culpa | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Ingero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos engordadores | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

Anexo 3.

Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)

Folio _____

Nombre del niño(a): _____ Grado y grupo _____

Los datos que nos proporcione son confidenciales y sólo se usarán con fines académicos.

1. Edad Mamá: _____			
2. Estado Civil:		Casada	Soltera
		Unión Libre	Divorciada
3. Escolaridad: Marque con una X su nivel máximo estudios:			
1 ^o de Primaria	1 ^o Secundaria	1 año Carrera Técnica	Estudios Maestría
2 ^o de Primaria	2 ^o Secundaria	2 años Carrera Técnica	
3 ^o de Primaria	3 ^o Secundaria	3 años Carrera Técnica	Estudios Doctorado
4 ^o de Primaria			
5 ^o de Primaria	1 ^o Preparatoria	Licenciatura incompleta	
6 ^o de Primaria	2 ^o Preparatoria	Licenciatura completa	
	3 ^o Preparatoria		
4. Ocupación (suya): A qué se dedica? _____			
Horario de Trabajo _____			
5. Ocupación del sostén de la casa:			
En que trabaja?		_____	
Dónde trabaja?		_____	
6. Datos de su hijo (a):		7. Anote la edad y sexo de otros hijos	
Sexo	F M	Edad	Sexo
Edad _____		1.	

Enfermedades: _____	2.	
Tratamientos: _____	3.	
PESO: IMC:	4.	
TALLA:	5.	

Instrucciones: Recuerde que hay **cinco** opciones de respuesta después de la frase, debe marcar con una **X** el cuadro que mejor representen **a usted y su hijo**. Conteste en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

		Siempre				Nunca
1	¿Cuando su niño está en casa con qué frecuencia es usted la responsable de alimentarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo ha comido el tipo adecuado de comida?	<input type="checkbox"/>				
	Cómo definiría ud. SU PROPIO PESO durante:	Con mucho sobre peso				Muy baja de peso
4	Su niñez (5 a 10 años de edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Su adolescencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	De sus 20 a 29 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cómo definiría el peso de SU HIJO (A):							
8	Durante el primer año de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	En preescolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	De preescolar a segundo grado de primaria						
12	De tercero a quinto de primaria.						
		Mucho				Nada	
13	¿Qué tanto le preocupa que su hijo coma demasiado cuando usted no está con él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	¿Qué tanto le preocupa que su hijo tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	¿Qué tanto le preocupa que su hijo llegara a tener sobrepeso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Tengo que asegurarme que mi hijo(a):	Siempre				Nunca	
16	No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	No coma muchos alimentos grasosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	No coma mucho de sus alimentos favoritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Mantengo <i>a propósito</i> algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo como premio por su buena conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Ofrezco a mi hijo su comida favorita a cambio de que se porte bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo, él comería mucha comida chatarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Si yo no controlara o guiara la alimentación de mi hijo, él comería más de las cosas que le gustan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Mi hijo debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Le prohíbo comer a mi hijo(a):						
25	Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas papitas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	Su comida favorita cuando no me obedece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

28	Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo coma suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Si mi hijo me dice "no tengo hambre", trato de hacer que él coma de cualquier manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hijo comería mucho menos de lo que debe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Mucho				Nada	
31	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad alimentos grasosos que come su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	¿Qué tan riesgoso es que mi hijo (a):	Mucho				Nada	
34	Presente un problema de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	Se ponga grave por un problema de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Coma solamente si le prometo sabritas, refrescos, dulces, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Coma solamente si le prometo salir a jugar, darle dinero, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Coma a diario los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	Coma entre horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	Le ofrezca golosinas y frituras como recompensa o premio cuando se porta bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41	Le pegue o le regañe cuando no quiere comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	No quiera comer cuando tiene diarrea o resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¡Muchas gracias por su colaboración

Anexo 4.

Listas de alumnos.



Proyecto Conductas Alimentarias de Riesgo



Nombre de la Escuela: _____

No.	N O M B R E	EDAD	SEXO	GDO. Y GPO.	PESO	TALLA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Anexo 5.

Consentimiento.



Autorización voluntaria para participar en el estudio

"Factores psicosociales relacionados con conducta alimentaria"



Yo _____ voluntariamente, autorizo a la Psicóloga Rebeca Guzmán Saldaña y a su equipo de trabajo para que a mi hijo _____ le sean tomadas las medidas antropométricas de peso y estatura. Además de que en caso de que se lo requieran conteste la Encuesta acerca de sus hábitos de alimentación, ejercicio, etc., comprometiéndome a recomendarle que conteste con toda sinceridad.

Así mismo, me comprometo a que en caso de que se solicite mi presencia para responder a una Encuesta relacionada con el estudio, también acudiré a la Escuela en la hora y fecha que se me indique.

Manifiesto que tengo conocimiento de que estos datos forman parte de un estudio que tiene como propósito conocer los factores relacionados con la conducta alimentaria de niños y jóvenes de 11 a 15 años de edad.

Quedo en el entendido de que la participación en el estudio es completamente voluntaria y la información que se genere es anónima y confidencial, respetando la integridad física y moral de mi hijo.

Responsable del estudio: Psic. Rebeca Guzmán Saldaña



Has sido elegido entre 25 mil estudiantes del Estado de Hidalgo para participar en un estudio, en el que pretendemos saber cómo están los jóvenes de nuestro estado en cuanto a peso y estatura; y así poder tomar medidas para ayudarles a estar más saludables.

Nombre y firma de autorización de la madre o tutor:

Nombre y firma del testigo: _____

Teléfono: 71-7-20-00 Ext. 5118

INFORMES
Psic. Rebeca Guzmán Saldaña
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología
Camino a Tilcuautla S/N San Agustín
Tlaxiaca