



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO  
DE HIDALGO**

---

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“Conductas Alimentarias de Riesgo en  
Estudiantes de Secundaria y Prácticas de  
Crianza y Alimentación de sus Madres, en  
Pachuca de Soto Hidalgo.”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**PAVANA VERA MARIO**

**DIRECTORA:** Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña



PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Psicología

MTRA. ANTONIA Y. IGLESIAS HERMENEGILDO  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
P R E S E N T E

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Pavana Vera Mario**, bajo la **modalidad de Tesis** cuyo título es: **“Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de secundaria y prácticas de crianza y alimentación de sus madres, en Pachuca de Soto, 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
Dr. Arturo Del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dra. Melissa García Meraz	Segundo Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Tercer Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Secretario	
Dr. Sergio Santamaría Suarez	Suplente	
Mtra. Verónica Rodríguez Contreras	Suplente	

Pachuca de Soto, Hgo. 12 de noviembre de 2012



c.c.p. Archivo

Ex. Hacienda la Concepción

Tilcuautila, Hidalgo

Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104

Fax: 01 771 71 720-00 ext. 5111

## Agradecimientos

*A **mi familia**, por enseñarme a volar, pero no a volar su vuelo. Enseñarme a soñar, pero no a soñar su sueño. Enseñarme a vivir, pero no a vivir su vida. Sin embargo...en cada vuelo, en cada vida, en cada sueño, perdurará siempre la huella del camino enseñado.*

*Vane, Reyna, Cory, Alicia y a **todos lo amigos** que no escribí su nombre pero que están y estuvieron presentes en la elaboración de esta tesis; por su apoyo, por las alegrías y tristezas, una a una y que tuvimos como testigos al sol, al viento, a la noche y el pasto.*

*A mis maestros, por lo enseñado en el aula y su apoyo para mi crecimiento profesional y personal. En especial a **Toño y Anita** por sus consejos, apoyo y paciencia.*

*A los **doctores Angélica, Melissa y Arturo** por iniciarme en el mundo de la investigación, sus consejos y orientación.*

***Doctora Rebe**, su entereza, dedicación y paciencia me enseñaron que en la simple sencillez se encuentra la noble grandeza.*

*No hay mayor lujuria que el pensar.  
Se propaga este escarceo como la mala hierba  
en el surco preparado para las margaritas.*

*No hay nada sagrado para aquellos que piensan.  
Es insolente llamar a las cosas por su nombre,  
los viciosos análisis, las síntesis lascivas,  
la persecución salvaje y perversa de un hecho desnudo,  
el manoseo obsceno de delicados temas,  
los roces al expresar opiniones; música celestial en sus oídos.*

*A plena luz del día o al amparo de la noche  
unen en parejas, triángulos y círculos.  
Aquí cualquiera puede ser el sexo y la edad de los que juegan.  
Les brillan los ojos, les arden las mejillas.  
El amigo corrompe al amigo.  
Degeneradas hijas pervierten a su padre.  
Un hermano chulea a su hermana menor.*

*Otros son los frutos que desean  
del prohibido árbol del conocimiento,  
y no las rosadas nalgas de las revistas ilustradas,  
pornografía esa tan ingenua en el fondo.  
Les divierten libros que no están ilustrados.  
Sólo son más amenos por frases especiales  
marcadas con la uña o con un lápiz.*

Wisława Szymborska

INDICE	
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
<b>Capítulo 1. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y obesidad</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 2. Adolescencia</b>	<b>12</b>
Cambios biológicos en preadolescencia y adolescencia	13
Características del pensamiento en preadolescencia y adolescencia	15
Adolescencia, desarrollo socioemocional	16
Adolescencia y salud	17
Impacto psicológico de la adolescencia	19
<b>Capítulo 3. Prácticas de crianza de la madre</b>	<b>21</b>
Definición de estilo, crianza y estilo de crianza	22
Categorización de los estilos de crianza	23
Pautas, prácticas y creencias de la crianza	24
Modelos Explicativos de Crianza	25
Estudios Relacionados	32
Instrumentos	35
<b>Capítulo 4. Conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo</b>	<b>38</b>
Clasificación de las conductas alimentarias de riesgo	39
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	41
Modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria	48
Estudios Semejantes	55
Instrumentos	61
<b>Capítulo 5. Método</b>	<b>63</b>
Justificación	63
Pregunta general de investigación	65
Objetivo general	65
Objetivos específicos	65
Hipótesis	66
Definición de Variables	67
Participantes	71
Criterios	74
Criterios de inclusión	74

Criterios de exclusión	74
Criterios de eliminación	
Tipo de diseño	74
Tipo de estudio	74
Instrumentos	75
Materiales	78
Procedimiento	78
<b>Capítulo 6. Resultados</b>	<b>80</b>
<b>Capítulo 7. Discusión y Conclusiones</b>	<b>104</b>
<b>Limitaciones y sugerencias</b>	<b>117</b>
Referencias	120
Anexos	132
Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los padres hacia la Alimentación de los Hijos	133
Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios Forma XY	137
Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios Forma XX	141
Lista de alumnos	145
Consentimiento. Autorización voluntaria para participar en el estudio	146

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes de la crianza	28
Figura 2. Modelo de crianza Webster-Stratton	29
Figura 3. Modelo de crianza de Abidin	30
Figura 4. Modelo de crianza de Vera y Velasco	31
Figura 5. Modelo de crianza de Peña	32
Figura 6. Desarrollo de las CAR y TCA, dentro de un marco biológico, psicológico y social	48
Figura 7. Estrategias maternas de alimentación saludable y no saludable	54
Figura 8. Distribución porcentual por sexo	72
Figura 9. Distribución porcentual del diagnóstico de IMC en saludable y no saludable	73
Figura 10. Distribución porcentual por sexo de la conducta alimentaria compulsiva	81
Figura 11. Distribución porcentual por sexo de la preocupación por el peso y la comida	82
Figura 12. Distribución porcentual por sexo de la dieta crónica y restringida	83
Figura 13. Distribución porcentual de la conducta alimentaria por compensación psicológica por sexo	84
Figura 14. Distribución de medias del IMC y la ocupación para la preocupación por el peso y la comida	99
Figura 15. Distribución de medias por IMC para la preocupación y control del peso	101
Figura 16. Distribución de medias por ocupación para la preocupación y control del peso	101
Figura 17. Distribución de medias por ocupación para el monitoreo	102
Figura 18. Distribución de medias por ocupación para el peso percibido del hijo	103

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los grupos de CAR	40
Tabla 2. Factores involucrados en el desarrollo de los TCA.	43
Tabla 3. Variables de Categorización	67
Tabla 4. Variables Dependientes	68
Tabla 5. Puntos de corte del IMC para púberes	70
Tabla 6. Recategorización del IMC para púberes	71
Tabla 7. Distribución porcentual del diagnóstico del IMC	72
Tabla 8. Ocupación de las madres	73
Tabla 9. Confiabilidad y validez de cada uno de los factores que conforman la EFRATA	76
Tabla 10. Límite para clasificar a hombres y mujeres en situación de riesgo/fuera de riesgo de padecer un trastorno alimentario	76
Tabla 11. Estructura Factorial del CFQ	77
Tabla 12. Distribución porcentual de la conducta alimentaria compulsiva por sexo	81
Tabla 13. Distribución porcentual de la preocupación por el peso y la comida por sexo	82
Tabla 14. Distribución porcentual de la dieta crónica y restringida por sexo	83
Tabla 15. Medias de respuesta por cada factor del CFQ	85
Tabla 16. Relaciones entre prácticas de crianza maternas y las CAR	87
Tabla 17. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por IMC saludable	89
Tabla 18. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por IMC no saludable	90
Tabla 19. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por ocupación ama de casa	92
Tabla 20. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por ocupación empleada	93
Tabla 21. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por ocupación profesionista	95
Tabla 22. Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por otra ocupación	96
Tabla 23. Análisis de varianza para la preocupación por el peso y la comida	98
Tabla 24. Análisis de varianza para las prácticas de crianza	100

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar las interrelaciones, diferencias e interacciones entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres. Mediante un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios, se obtuvo el índice de masa corporal, el 34% corresponde a saludable y el 66% a no saludable; teniendo  $N=361$  sujetos,  $M_{\text{edad}}=12.8$ ,  $DE=1.2$ ,  $n=203$  (56.2%) mujeres y  $n=158$  (43.8%) hombres, en un rango de edad de 10 a 16 años; así mismo, participaron sus madres ( $N=361$ ). Se midieron conductas alimentarias de riesgo con la *Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios*; las prácticas de crianza con el *Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación de los Hijos*; el índice de masa corporal se obtuvo a partir de los puntos de corte señalados por el National Center for Health Statistics. Los resultados, al desarrollar un análisis de varianza de dos vías arrojaron diferencias en el factor preocupación y el control del peso, el índice de masa corporal  $F(1,353)=24.09$ ,  $p=.011$ , y la ocupación  $F(3,353)=16.37$ ,  $p=.023$ ; y diferencias de acuerdo a la ocupación de la madre para los factores monitoreo  $F(3,353)=20.36$ ,  $p=.017$  y peso percibido del hijo  $F(3,353)=49.08$ ,  $p=.005$ . La preocupación por el peso y la comida mostró una interacción significativa respecto al índice de masa corporal de los adolescentes y la ocupación de las madres,  $F(3,352)=1.575$ ,  $p=.009$ . Esto brinda información relevante para el desarrollo de programas de prevención, considerando el índice de masa corporal de adolescentes y la ocupación de la madre.

**Palabras clave:** conductas alimentarias de riesgo, prácticas de crianza materna, índice de masa corporal, ocupación.

## Abstract

The objective of this research was to determine the relationships, differences and interactions between eating risk behaviors of adolescent and rearing practices of their mothers. Using a non-probability sample of volunteer subjects was obtained Body Mass Index, 34% were healthy and 66% unhealthy, having  $N = 361$  subjects,  $M_{age} = 12.8$ ,  $SD = 1.2$ ,  $n = 203$  (56.2 %)  $n = 158$  women (43.8%) were men, ranging in age from 10 to 16 years, likewise, took their mothers ( $N = 361$ ). Were measured with disordered eating Scale Risk Factors Associated with Eating Disorders; parenting practices Questionnaire Attitudes, Beliefs and Practices of the fathers to the Feed the Children, the body mass index was obtained from cutting points identified by the National Center for Health Statistics. The results, to develop an analysis of variance showed differences in two-way concern the factor and weight control, body mass index  $F(1,353) = 24.09$ ,  $p = .011$ , and occupation  $F(3,353) = 16.37$ ,  $p = 0.023$ , and differences according to the occupation of the mother for monitoring factors  $F(3,353) = 20.36$ ,  $p = .017$  and perceived child weight  $F(3,353) = 49.08$ ,  $p = .005$ . The preoccupation with weight and food showed a significant interaction with respect to body mass index of adolescents and occupation of mothers,  $F(3,352) = 1575$ ,  $p = .009$ . This provides important information for the development of prevention programs, considering the body mass index of adolescents and occupation of the mother.

**Keywords:** disordered eating, mothering practices, body mass index, occupation.

## Introducción

La conducta alimentaria se entiende como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, vinculada a la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003). Esta conducta puede ser influenciada por factores de diversa naturaleza que pueden rebasar el valor nutrimental de los alimentos y de las necesidades dietéticas de las personas (Bundell, 1991).

La conducta alimenticia es un fenómeno complejo en el que se amalgaman factores de naturaleza muy diversa: biológicos, geográficos, psicológicos y socioculturales (Bourges-Rodríguez, 1990; Vargas y Aguilar, 2002). Desde este enfoque multifactorial es como se han venido estudiando en los últimos años las anomalías de dicho comportamiento, dentro de los que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), caracterizados por alteraciones graves de la señalada conducta (Asociación Psiquiátrica Americana, [APA], 2002) que comprometen la salud no solamente del individuo, sino de grupos sociales de diversas edades y culturas.

El ambiente familiar influye de manera determinante en el desarrollo de la obesidad. Las prácticas de crianza de los padres no solo pueden intervenir en cuanto al estatus de peso corporal de los hijos, sino también en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los hijos para regular su selección e ingesta (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001; Ventura & Birch, 2008).

La adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida. Una de las principales señales de maduración es el rápido aumento de la estatura y del peso, que en las mujeres empieza entre los nueve años y medio y los 14 años y medio, y en los hombres entre los diez y los 16 años, prolongándose, aproximadamente durante dos años (Berhman & Vaughan, 1997).

Se sabe que el IMC 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 TCA (Casanueva & Morales, 2001).

Ante tales razones, el presente proyecto tiene como finalidad aportar información con respecto a las interrelaciones, diferencias e interacciones entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes (considerando el sexo y el IMC) y las prácticas de crianza de sus madres (y características sociodemográficas de la madre como el estado civil, la escolaridad y la ocupación) en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Así, en el capítulo 1 se describe la prevalencia de las conductas alimentarias; el capítulo 2 contiene información general respecto a la adolescencia; en el capítulo 3 se tratan de explicar las prácticas de crianza materna con respecto a la alimentación; mientras que el capítulo 4 contiene la definición de conducta alimentaria, conducta alimentaria de riesgo y trastorno de la conducta alimentaria.

En el capítulo 5 se describe el método; posteriormente el capítulo 6 muestra los resultados obtenidos en la investigación, y finalmente el capítulo 7 contiene la discusión y conclusiones del trabajo de investigación, para finalizar se integra el listado de referencias revisadas, así como los anexos que contienen los instrumentos que se aplicaron durante el trabajo de campo.

## Capítulo 1

### Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo y Obesidad

Los nuevos patrones de crecimiento infantil presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril del 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 por que no hay una definición del sobrepeso y la obesidad infantil que se aplique a todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad referencias internacionales del crecimiento de los niños de edad escolar y adolescentes.

Así, la OMS (2006) reconoció 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, incluyendo aspectos biopsicosociales; todo lo anterior interactuando con CAR y TCA.

La OMS (2010), calcula que en el año 2010 había 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países de desarrollo.

México al día de hoy está en el segundo lugar, ya que el 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso (OMS, 2010). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) se señala que en la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio (principalmente en hombres). Olaiz-Fernández (2006) indica que en el caso de los adolescentes, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad.

El estado de Hidalgo ocupa el primer lugar a nivel nacional en obesidad infantil, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2009) reportó que el 20% de los pacientes atendidos con este diagnóstico corresponden a niños y niñas.

La ENSANUT 2006 de Hidalgo, mostró una prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad de 17.9 % (18.1% para hombres y 17.7 % para mujeres).

Por otro lado, de manera reciente se realizó el estudio denominado “Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010 (PENUTEH)” (Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011). El sobrepeso y la obesidad en el estado de Hidalgo es un grave problema de salud pública, todos los municipios de la entidad presentan prevalencias iguales o mayores al 10%, incluyendo aquellos en los que aún hay escolares con desnutrición crónica. La prevalencia de sobrepeso u obesidad en los escolares de Hidalgo fue de 28%; El sobrepeso u obesidad afectó en mayor proporción a los hombres que a las mujeres, 30.5% vs 26.5%, respectivamente; así como a los escolares de escuelas primarias particulares y generales, 42.5% y 30.0%, respectivamente.

Los TCA son enfermedades que se desarrollan en el periodo de adolescencia y el 90% - 95% de los casos son mujeres. Las estadísticas señalan que la prevalencia de la AN fluctúa entre 0.2% y 0.5% y la de la bulimia nervosa entre 2% y 3%, mientras que la prevalencia de los TCA no especificados (TCANE) es del 3% al 5% (Raich, 1995). Asimismo, se encuentra que la relación hombre – mujer de la anorexia nervosa es de uno por cada 20 casos, esta relación es de uno por cada 10 casos de BN (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro & Medina, 2001).

Las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vómito autoprovocado, en una población mexicana con muestra del Distrito Federal (Unikel, Villatoro, Medina –Mora, Alcántar, Fleiz & Hernández, 2000).

Según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek & van Hoeken, 2003), establecen una ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres; aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN y de aproximadamente 3% de TCANE.

La prevalencia de AN en población general de países occidentales se estima en 3,3%, mientras que la prevalencia de bulimia nerviosa alcanza el 1% en mujeres y el 0,1% en varones. Se estima que la incidencia de AN a nivel mundial es de 8 por cada 100 000 habitantes. La anorexia nerviosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de éstas entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nerviosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 14 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos.

En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de CAR en muestras de mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato. Los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27% (Unikel, Borjóquez –Chapela & Carreño – García, 2004).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001-2002, realizada con población de 18-65 años estimó una prevalencia de 1.8% de BN en mujeres y de 0.6% en hombres y no se encontraron casos de AN. Esta prevalencia es similar a la referida en estudios internacionales que fluctúa entre 1 y 1.5% en mujeres en edad de mayor riesgo, es decir, entre 15 y 29 años.

En estudios recientes realizados en población mexicana se ha confirmado la presencia de estas conductas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, y de manera preponderante en el sexo femenino. En un estudio efectuado en muestras representativas de estudiantes de ambos sexos del Distrito Federal, con una media de edad de 14.5 años, se observó un incremento en la proporción de sujetos que reportaron tres o más CAR entre la medición llevada a cabo en 1997 (hombres, 1.3%; mujeres, 3.4%) y la del 2003 (hombres 3.8%; mujeres, 9.6%).

Así mismo, 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% 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% 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. Así mismo, 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).

En la Encuesta Nacional de Salud en los Escolares (ENSE 2010) se exploraron las conductas alimentarias en los tres meses previos a la encuesta, identificando a sujetos en riesgo, así como indicadores clínicos clasificados como presencia de: a) pérdida del control para comer, cuando refirieron tener preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control para comer; b) vómito autoinducido; c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas y ejercicio en exceso; y d) las medidas compensatorias: la ingesta de pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso.

Los datos indicaron que el 8.2% de los adolescentes refirieron que tuvieron la sensación de no poder parar de comer en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Al revisar la información por sexo, se observó que una mayor proporción de mujeres (9.8%) experimentaron esa sensación en comparación con los hombres (6.4%). Estratificando los datos por nivel educativo y sexo, las mujeres de secundaria, tienen el doble del porcentaje de la pérdida del control en lo que comen (13.0%) comparado con los hombres del mismo nivel educativo (6.7%).

El vómito autoinducido es otra práctica alimentaria de riesgo en los adolescentes y se encontró que el 0.7% de la población de diez años y más la presentan. Al igual que la práctica alimentaria anterior, se presenta en mayor proporción en las mujeres de secundaria (0.8%).

En cuanto a las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para tratar de bajar de peso) se observaron en 0.9% de los escolares de diez años y más. Los datos indican que los adolescentes que asisten a primaria, presentan porcentajes superiores de dichas medidas compensatorias con respecto

a los de secundaria (1.2% vs 0.5%). La proporción de hombres que hacen uso de estas medidas compensatorias es mayor a la de las mujeres (1.4% vs 1.0%) de nivel primaria.

Por otro lado, el 3.3% de la población de diez años y más contestó que han tenido prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso, en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta. Observando la información por sexo y nivel educativo, la proporción de hombres de primaria que tuvieron prácticas restrictivas (3.4%) fue mayor a la de las mujeres de este mismo nivel (2.5%). En cuanto a los escolares de diez años y más que asisten a la secundaria, se observó una proporción diferente que mostró prácticas restrictivas entre las mujeres (4.0%) y los hombres (3.4%) de este mismo nivel educativo.

De forma global, se pudo ver que el 10.5% de los escolares presentó al menos una conducta alimentaria inadecuada en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Al revisar la información por sexo, se observó que una mayor proporción de mujeres (11.7%) experimentaron este tipo de conductas en comparación con los hombres (9.2%). Estratificando los datos por nivel educativo y sexo, las mujeres de secundaria, tienen mayor porcentaje de presentar al menos una conducta de riesgo (14.9%) comparado con los hombres del mismo nivel educativo (9.4%).

Ahora bien, respecto a la distribución porcentual de adolescentes de diez años y más, que presentaron un mayor porcentaje con al menos una conducta alimentaria inadecuada, por entidad federativa, que asistían a primaria fue en el siguiente orden: Nayarit (19.2%), Chihuahua (16.4%) y Baja California (15.7%); mientras que las entidades con porcentajes más bajos fueron, Chiapas (1.3%), Sinaloa (1.3%) y Michoacán (3.7%).

Por otra parte, los estudiantes de secundaria que reportaron mayor frecuencia de al menos un desorden alimentario se encontró en Colima (18.7%), Campeche (17.8%) y Chihuahua (17.7%); y los estados que presentaron los

menores porcentajes de dichas conductas inadecuadas fueron Sinaloa (3.1%), Puebla (6.9%) y el Estado de México (8.6%).

Los datos de la ENSE 2010 indicaron que el 12% de los adolescentes, tuvieron alguna conducta alimentaria inadecuada (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias, y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9%).

En Hidalgo, según la ENSANUT 2006 destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 15.8% de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 0.9%. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2% de los adolescentes. Además, el 2.6% 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 de la distribución e interrelación de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes en una muestra de 2 194 estudiantes de escuelas secundarias públicas de Pachuca, Hidalgo, 52% hombres y 48% mujeres, de once a 15 años de edad; encontrándose un 27% de la muestra con problemas, de éstos el 10 % con desnutrición y bajo peso, y el 17% 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).

De igual manera, en la misma institución se llevó a cabo el estudio de prácticas de crianza en madres de preadolescentes y adolescentes obesos y su relación con conductas alimentarias de riesgo, con una muestra de 274 preadolescentes y adolescentes de quinto a sexto grado de primaria y de primero a tercero de secundaria de escuelas públicas de Pachuca, Hidalgo; con sus

respectivas madres. De éstos, las mujeres de primaria, con el 8.6%, son las que más riesgo tienen de presentar dieta crónica restrictiva seguida con el 7% por hombres de secundaria, mientras que los hombres de primaria, en menor proporción, con el 5.7% y por último las mujeres de secundaria con el 5%. Con respecto a la preocupación por el peso y la comida, los hombres de primaria presentan un 20%, las mujeres de primaria con 17.4%, los hombres de secundaria con el 12.7% y las mujeres del mismo nivel educativo con el 6% (Guerrero & Márquez, 2011).

Una vez descrita la problemática de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo desde una perspectiva epidemiológica en dónde se observan datos a nivel internacional, nacional y estatal que evidencian lo que implica esta enfermedad, a continuación se describen aspectos relacionados con las causas y consecuencias de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo.

## **Capítulo 2**

### **Adolescencia**

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, por lo cual es sujeto tiene que hacer ajustes más o menos grandes (Delval, 2004), debido a la interacción de estos y más factores que se describen a continuación.

Para comenzar, definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. El segundo factor consiste en las variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas. La tercera dificultad es que innumerables adolescentes y niños pequeños de todo el mundo trabajan, están casados, atienden a familiares enfermos o participan en conflictos armados, todas ellas actividades que corresponden a los adultos coartando la niñez y adolescencia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2011).

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida (UNICEF, 2011).

La adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la “pubertad”, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “pubertas” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación (Domínguez, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define la adolescencia como la etapa que comprende entre los 10 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. Por su parte Kail y Cavanaugh (2006), definen la preadolescencia o adolescencia temprana como el conjunto de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven. Papalia, Wendkos, y Dusjin (2005) la definen como el proceso mediante el cual una persona alcanza su madurez sexual y su capacidad para reproducirse.

Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, Casas Rivero y Ceñal González Fierro (2005), dividen las fases madurativas de la adolescencia en temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años). Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional, así como el desarrollo biológico.

### Cambios biológicos en preadolescencia y adolescencia

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez, dan como resultado un cambio de proporciones y de la forma del cuerpo (Papalia et al., 2005), mismos que serán explicados a continuación.

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas (Casas Rivero & Ceñal González Fierro, 2005; Guyton, 1987).

De acuerdo con Guyton (1987) y Jácome (2005) en la adolescencia se dan los siguientes procesos:

En los hombres la hormona folículo estimulante (FSH) actúa sobre la células primitivas que se encuentran en el testículo, promoviendo el desarrollo y estimulando la espermatogenesis, la hormona luteinizante (LH) desarrolla las células de Leyding, que ante el estímulo, producen testosterona, que esta a su vez estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal.

En las mujeres la FSH estimula la producción de estradiol y actúa a nivel de los de los folículos primordiales que se encuentran en el ovario. Algunos folículos se desarrollan más que otros en presencia de la LH, uno de ellos (el más maduro) se transforma en el óvulo femenino. La LH se secreta de manera cíclica e interactúa con la FSH para controlar el ciclo menstrual.

Las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos desde los 6 a 7 años de edad siendo más significativo su aumento en la pubertad, estos incidirán en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial en el adolescente, en las niñas, los ovarios iniciaran su producción de estrógeno, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. En los muchachos, los testículos incrementan la producción de andrógenos, particularmente de testosterona, que estimulan el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal, los muchachos y las niñas tienen ambos tipos de hormonas pero las niñas tienen niveles más altos de estrógenos y los muchachos de andrógenos; en las chicas, la testosterona influye en el crecimiento del clítoris, lo mismo que en el de los huesos y el vello púbico y axilar, estos cambios físicos también son conocidos como características sexuales secundarias.

Las hormonas antes mencionadas, andrógenos y estrógenos, también se encargan de la producción de esperma en 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 primera emisión de esperma (Papalia et al., 2005).

## Características del pensamiento en preadolescencia y adolescencia

Durante la preadolescencia o adolescencia temprana, se produce un avance en el pensamiento abstracto. El córtex prefrontal (situado detrás de la frente) desarrolla nuevas e importantes funciones y no madura totalmente hasta la edad de 18 años. Es responsable de la planificación, organización y juicio, encargado de resolver problemas y del control emocional. Además, áreas del cerebro asociadas con funciones como la memoria se desarrollan durante la adolescencia (UNICEF, 2002); la memoria de trabajo tiene más o menos la misma capacidad que la del adulto, lo cual significa que están mejor capacitados para guardar la información necesaria para realizar los procesos cognoscitivos (Kail & Cavanaugh, 2006).

Dentro del pensamiento abstracto, el adolescente amplía su pensamiento más allá de lo concreto y lo real. En esta etapa denominada por Piaget como periodo de las operaciones formales, que abarca de los once años a la adultez; el pensamiento más refinado del adolescente se manifiesta en la capacidad de sacar conclusiones de hechos, a lo cual se le da el nombre de razonamiento deductivo (Kail & Cavanaugh, 2006), que se refleja en el interés por teoría generales y elaboración de juicios en temas de su interés (Domínguez, 2008).

Una de las abstracciones que adquiere el adolescente es la capacidad para pensar acerca de sus propios pensamientos, también conocida como metacognición (Jensen, 2008).

Por su parte, Kohlberg, en 1969, distinguió tres etapas del desarrollo moral desde una posición intelectualista, debido a que, el tránsito de un nivel de desarrollo de los juicios morales a otro, depende del desarrollo intelectual alcanzado por el sujeto (Domínguez, 2008), esto es, el nivel del razonamiento moral deberá estar íntimamente relacionado con la edad y con el nivel del desarrollo cognoscitivo (Kail & Cavanaugh, 2006).

## Adolescencia, desarrollo socioemocional

Los padres son un elemento esencial en la tarea de proporcionar apoyo y orientación a los jóvenes; los individuos, los miembros de las familias ampliadas y las escuelas desempeñan todos ellos también una función fundamental. Numerosos estudios han demostrado que la forma en que los adolescentes conectan con su mundo social influye en su salud y desarrollo y les protege frente a conductas de alto riesgo. Al establecer lazos coherentes, positivos y emocionales con adultos responsables, los jóvenes pueden sentirse seguros y a salvo, y obtener la resistencia que les permita confrontar y resolver los problemas que les depare la vida (UNICEF, 2002). Una forma de ensayo, para la resolución de dichas dificultades, son los conflictos con los padres; la existencia de conflicto es un elemento transicional normal (Craig, 2001).

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 (Laursen & Collins, 2004; Steinberg, 2001).

Los cambios biológicos y cognoscitivos parecen ser parte de la explicación a los conflictos. Con respecto a lo biológico, los adolescentes crecen y se vuelven más grandes y fuerte, dificultando la imposición de autoridad por parte de los padres debido a la imposición de su presencia física (Jensen, 2008). En cuanto a lo cognoscitivo, las capacidades de pensamiento abstracto y complejo permiten una mejor argumentación dificultando a los padres su pronta imposición. La mayoría de los conflictos se refieren a temas cotidianos: labores domésticas, relaciones de familia, trabajo escolar, dinero, Hora de llegada y amistades (Smetana, 2005).

Los amigos y compañeros desempeñan un papel fundamental, por un lado son fuente de apoyo al alejarse de los padres, aunque no dejan de ser importantes para el adolescente (Laursen & Collins, 2004), también permiten compartir experiencias con otras personas que tienen los mismo problemas, el grupo de

amigos se convierte en una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral (Craig, 2001).

Las amistades de la adolescencia van cambiando con los años; en la adolescencia intermedia, de los catorce a los dieciséis años, lo más importante es la seguridad y la lealtad se convierte en un valor central (Delval, 2004). Esta interacción con personas del mismo sexo y sexo opuesto confiere una señal distintiva a la adolescencia, las relaciones románticas (Kail & Cavanaugh, 2006). Entre los adolescentes más jóvenes, las relaciones románticas ofrecen camaradería como la del mejor amigo (a) y una oportunidad a la exploración sexual. Entre los adolescentes mayores, la confianza y el apoyo se convierten en aspectos importantes de una relación romántica (Shulman & Kipnis, 2001).

La exploración sexual es un aspecto importante en la adolescencia tardía (Shulman & Kipnis, 2001), la sexualidad adolescente, como la sexualidad en general, no es un hecho puramente biológico. La excitación sexual genital y la descarga son experiencias nuevas que se imprimen en el psiquismo y permiten resignificar experiencias anteriores, que, junto con las nuevas vivencias, van estableciendo la forma que adquirir la identidad sexual adulta. En el niño la masturbación es un proceso de descarga de tensión, y el placer, placer de órgano. En el adolescente, en cambio, además de descarga, la masturbación es una forma de preparación para el encuentro sexual (Weissmann, 2004).

### Adolescencia y salud

El crecimiento físico en la pubertad significa que el cuerpo tiene necesidades nutricionales específicas (Kail & Cavanaugh, 2006). En la primera adolescencia, debido al rápido crecimiento físico, las necesidades de hierro tanto para los niños como para las niñas son elevadas. En fases posteriores de la adolescencia, las niñas, a causa de la pérdida de hierro durante la menstruación, en general padecen anemia más frecuentemente que los muchachos (UNICEF, 2002).

La obesidad es la principal causa de hipertensión pediátrica, está asociada a la diabetes tipo 2, aumenta el riesgo de padecer enfermedades coronarias, aumenta la presión sobre las articulaciones que sustentan el peso del cuerpo, disminuye la autoestima y afecta a las relaciones con los demás. La AN (dejarse morir de inanición) y la BN (grandes atracones seguidos de purgas y vómitos inducidos) tienden a afectar especialmente a los adolescentes en los países industrializados. Uno de cada diez individuos con AN fallece a consecuencia de su enfermedad. Las niñas son casi diez veces más propensas a desarrollar esos TCA que los niños (Kail & Cavanaugh, 2006; UNICEF, 2002).

La UNICEF (2002) establece, con respecto a la salud en la adolescencia que:

Aunque un joven puede probar las drogas por diversas razones — curiosidad, presión de otros jóvenes de su misma edad, deseo de rebelarse, baja autoestima— los jóvenes que son drogadictos crónicos tienden a estar desescolarizados, desvinculados de sus familias y a ser presa fácil de la influencia de compañeros.

Por cada joven que se mata en carretera, otros diez resultan heridos de gravedad o discapacitados de por vida. Los alcohólicos y drogadictos tienen mayores posibilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual y VIH. Cuanto más joven es el individuo cuando empieza a consumir drogas, más probable es que pruebe otros tipos de estupefacientes y los use con más frecuencia.

La mayoría de los fumadores empiezan antes de cumplir los 18 años. Un estudio de 12 países con economías en transición o en desarrollo puso de manifiesto que alrededor del 20% de los niños escolarizados en esos países son fumadores habituales. El estudio también descubrió que aproximadamente el 25% de los niños fumadores empezaron a fumar antes de cumplir los diez años de edad.

Frecuentemente, las primeras señales de trastorno emocional aparecen durante la adolescencia, si bien a menudo no se diagnostican ni se tratan. Los jóvenes con trastornos mentales tienen mayor riesgo de abandonar los estudios, de acabar en la cárcel y de no llegar a ser miembros productivos de la sociedad cuando llegan a la edad adulta.

### Impacto psicológico de la adolescencia

Los adolescentes se percatan bien de los cambios que ocurren en su cuerpo, no sorprende, pues, que algunos influyen en su desarrollo psicológico. La apariencia personal es algo que preocupa más a los adolescentes que a los niños (Kail & Cavanaugh, 2006).

En general, a las mujeres les preocupa más su aspecto y tienden a estar más insatisfechas con él (Unger y Crawford, 1996), debido al incremento normal de grasa, 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 et al., 2005).

La madurez precoz o tardía es un factor para producir efectos psicológicos distintos en ambos sexos (Jensen, 2008; Kail & Cavanaugh, 2006). En varones que tardan en madurar se sienten, a menudo, frustrados, porque la gente los trata como niños y no como jóvenes (Kail & Cavanaugh, 2006), en los deportes se encuentran en desventaja por ser pequeños y poco musculosos que los muchachos de su edad 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 con sus padres (Dick, Rose, Viken & Kaprio, 2000; Lanza & Collins, 2002; Obeidallah, Brennan, Brooks-Gunn & Earls, 2004; Wichstrom, 2001). La maduración precoz puede beneficiar a los hombres pues los demás los perciben como maduros mientras que a las mujeres puede obstaculizar su desarrollo social alentándolas a realizar actividades inapropiadas para su edad (Ge, Conger & Elder, 1996).

Por otro lado, la primera menstruación constituye un hecho memorable. La respuesta de la mayoría de las adolescentes a la menarquía, es positiva ya que les permita alcanzar la capacidad reproductiva (Jensen, 2008). Generalmente lo consideran traumático sólo aquellas a quienes sus padres no le hablaron al respecto o que la experimentaron a una edad muy temprana (Craig, 2001). A diferencia de la menarquía, se conoce poco al respecto de la espermarquía, en general, cuando se está preparado, los varones, muestran una actitud positiva. Con todo, rara vez lo comentan con amigos o padres (Stein & Reiser, 1994).

Se cree que los adolescentes son personas de estado de ánimo inestable: pasan de la alegría a la tristeza, de la irritación al enojo durante la mañana o el medio día. Se considera que la causa son las hormonas relacionadas con la pubertad: *Las hormonas están desatadas* (Kail & Cavanaugh, 2006).

El desarrollo de la adolescencia, como ya se ha mencionado anteriormente, no se presenta en un contexto vacío. Los adolescentes viven y crecen en un mundo social, bajo la influencia de la familia y de amigos, particularmente desempeñan un rol importante en la salud física y mental (Papalia et al., 2005).

## Capítulo 3

### Prácticas de crianza de la madre

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 él 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 (1996) 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 Aguirre (2000), Aguirre y Duran (2000), Delgado (1998), Myers (1994) y Sotomayor (1999), resaltan 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).

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) 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 (Beneit & Latorre, 1994).

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):

*Grado de control:* los padres ejercen control sobre sus hijos con la intención de influir sobre su comportamiento.

*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.

*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.

*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) cuatro estilos parentales, los cuales se describen a continuación:

*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.

*Estilo parental autoritativo:* combina un gran control con afecto y sensibilidad. Los padres explican las reglas y estimulan la discusión.

*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.

*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.

#### 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 (Aguirre, 2000; Aguirre & Duran, 2000; Delgado, 1998; Myers, 1994, y Sotomayor, 1999). 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) 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) y para Vera (1996) conjuntan conocimientos, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación de su hijo, además también se consideran dentro de

éstas a las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención y/o tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación.

#### Modelos Explicativos de Crianza

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 serán esbozados:

#### Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud desarrollado en la década de los cincuenta por Hochbaum y consolidado hacia 1977 por Becker especifica que los aspectos cognoscitivos influyen en la realización de conductas, en la conservación y mejoramiento de estas. (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003).

#### Teoría del Aprendizaje Social

La 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 Acción Razonada

El 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 y Ajzen, 1980).

#### Modelo de Ajuste de Cornia

El 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).

#### Planteamiento de Bennet

Para Bennett (1988) el crecimiento y desarrollo del niño debe ser entendido partiendo de la economía del hogar. El 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 de crecimiento y desarrollo

En el modelo médico de crecimiento y desarrollo de Zeitlin, Ghassemi y Mansour (1990) se plantea que las interacciones madre-niño y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones positivas para el cuidado del niño independientemente de las variables sociales o socioeconómicas. Sugiere que cuando un niño es alimentado saludablemente y se encuentra bajo menos estrés contribuye más efectivamente a la interacción madre-hijo lo cual a su vez dirige a una mejor alimentación salud y menos estrés. Incorpora también la dimensión psicosocial y destaca el apoyo social de las personas encargadas de cuidar al niño.

#### Modelo de Vera, Peña y Domínguez

Vera, Peña y Domínguez (2002) sugieren 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 desde las condiciones de vida de la población en relación con el acceso y disponibilidad de los servicios de salud y educación hasta el estudio psicológico asociado a la dinámica familiar, la relación de pareja y estilo de crianza.

Ahora bien, 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 modelamiento, moldeamiento y transferencia de control de estímulos (Vera- Noriega, 1998).

#### Modelo de crianza de Belsky

El modelo “Determinantes de la crianza”, parte del supuesto de que la paternidad competente surge del bienestar psicológico de los padres que es el elemento mediador en la práctica de la crianza. Y 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 tanto 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 influye de manera indirecta, pues primero afectan la relación de pareja, las redes sociales y la experiencia relacionada con el trabajo.

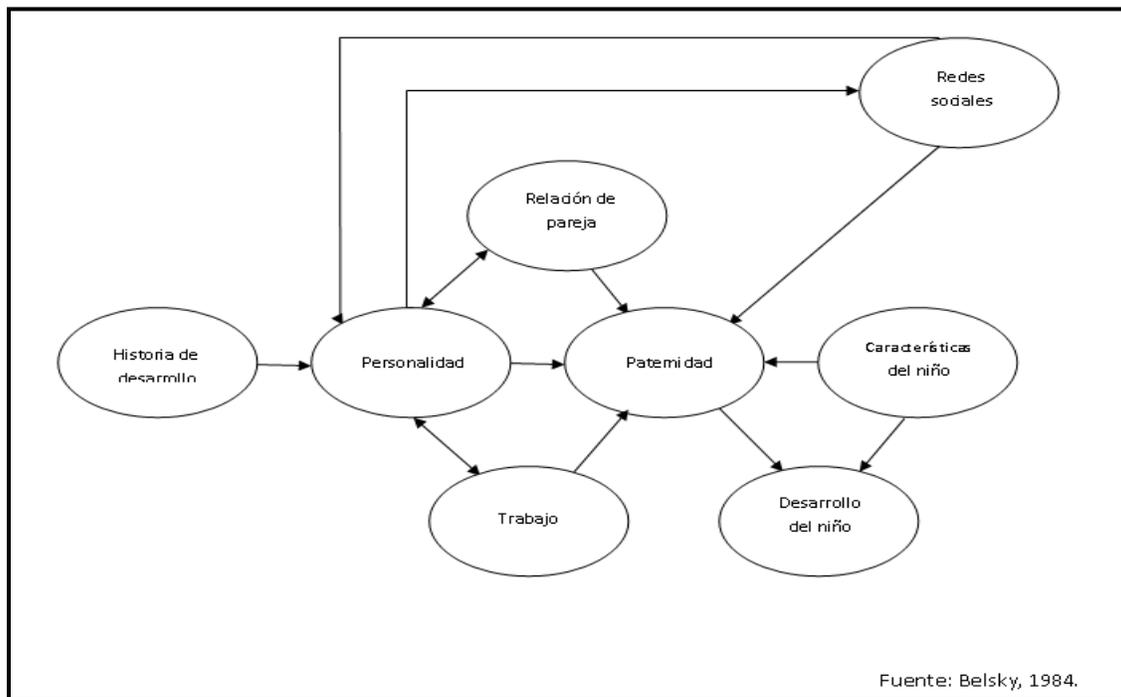


Figura 1. Determinantes de la crianza.

#### Modelo de crianza Webster-Stratton.

Este modelo asume que las condiciones estresantes tales como los eventos extrafamiliares (bajo nivel socioeconómico, desempleo y problemas cotidianos), estresores entre los padres (divorcio, problemas maritales, padres solteros) y estresores debido 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 del bienestar psicológico de los padres y de la accesibilidad del apoyo social.

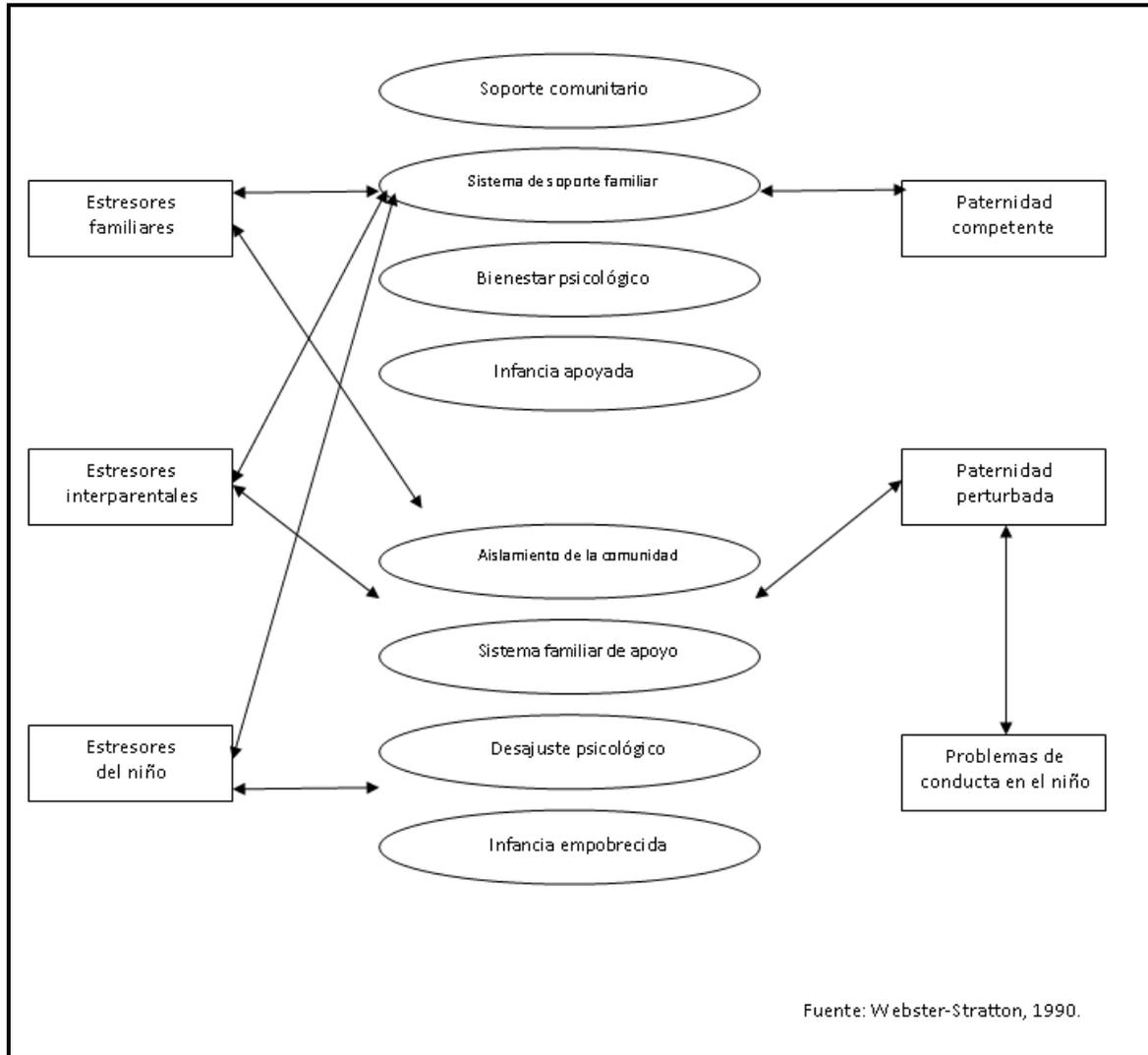


Figura 2. Modelo de crianza Webster-Stratton.

## 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.

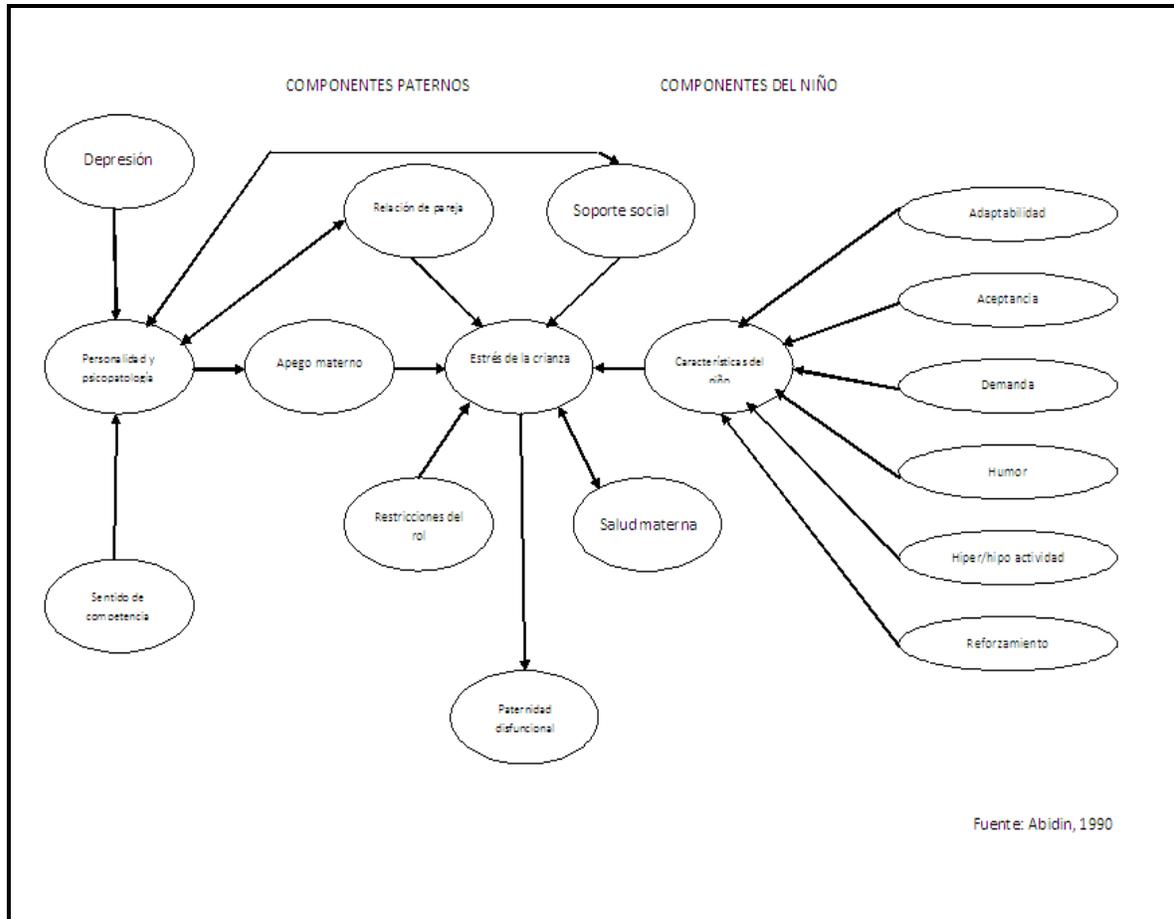


Figura 3. Modelo de crianza de Abidin.

## Modelo de crianza de Vera y Velasco

Propusieron el modelo de correlación donde se exponen algunas características de personalidad de la madre y la evaluación subjetiva de la participación de los padres implicados en el desarrollo del niño. Retoma como variables intermedias: autoconcepto, depresión, apoyo percibido y como variables

próximas al desarrollo cognitivo del niño: la estimulación en el hogar y estrés paterno.

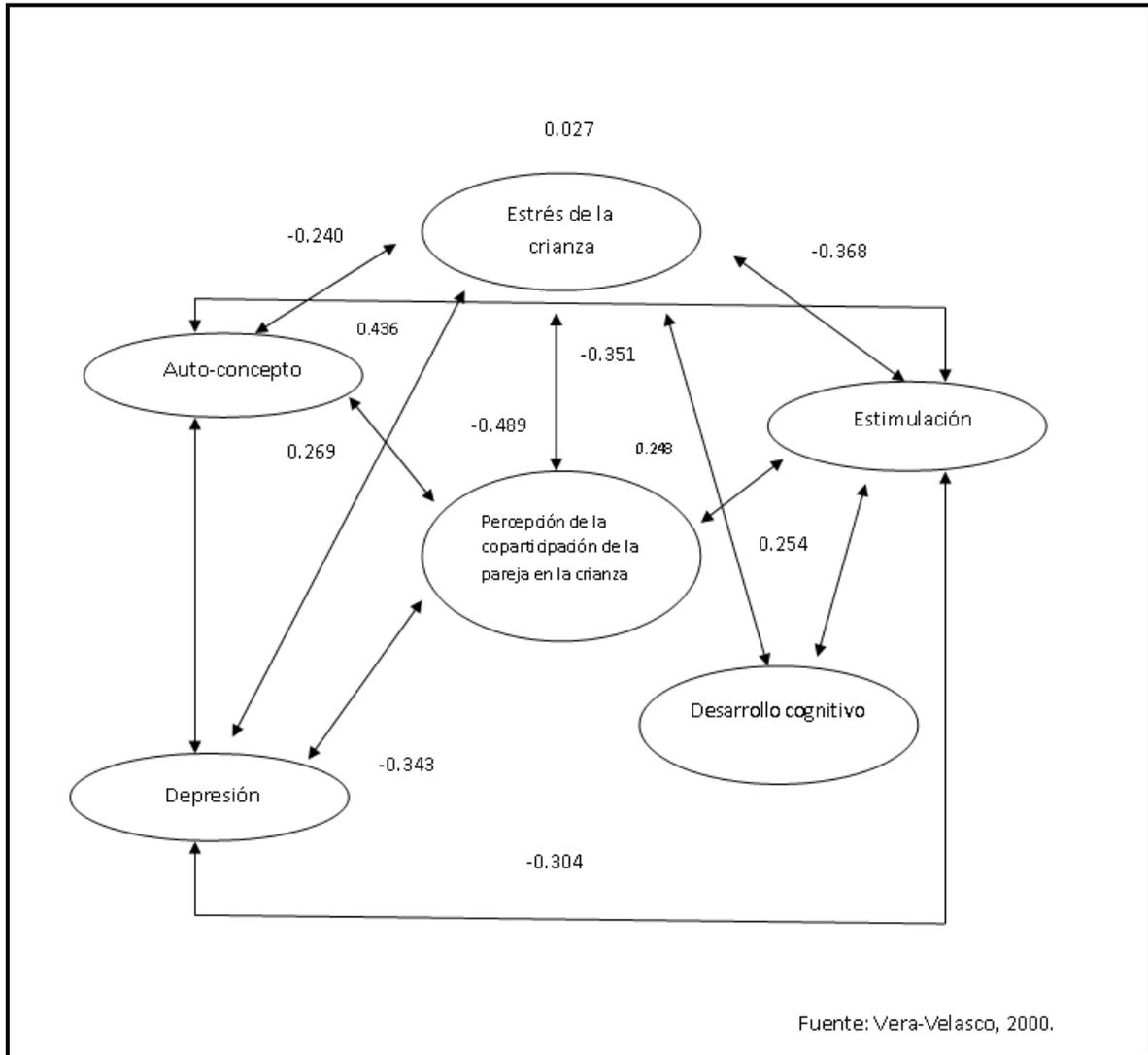


Figura 4. Modelo de crianza de Vera y Velasco.

### Modelo de crianza de Peña

Este modelo propuso que para que la madre pueda ejercer con éxito la maternidad son necesarias condiciones familiares y personales, ya sea que funjan como facilitadores o dispocionales sobre el desarrollo del niño. Como parte inmediata a la promoción del desarrollo integral del niño ve la interacción madre-hijo. Como elemento dispocional o variable mediadora se observa el estrés de la crianza. Como elementos subyacentes se observa el estilo de autoridad y percepción de la coparticipación del padre en la crianza.

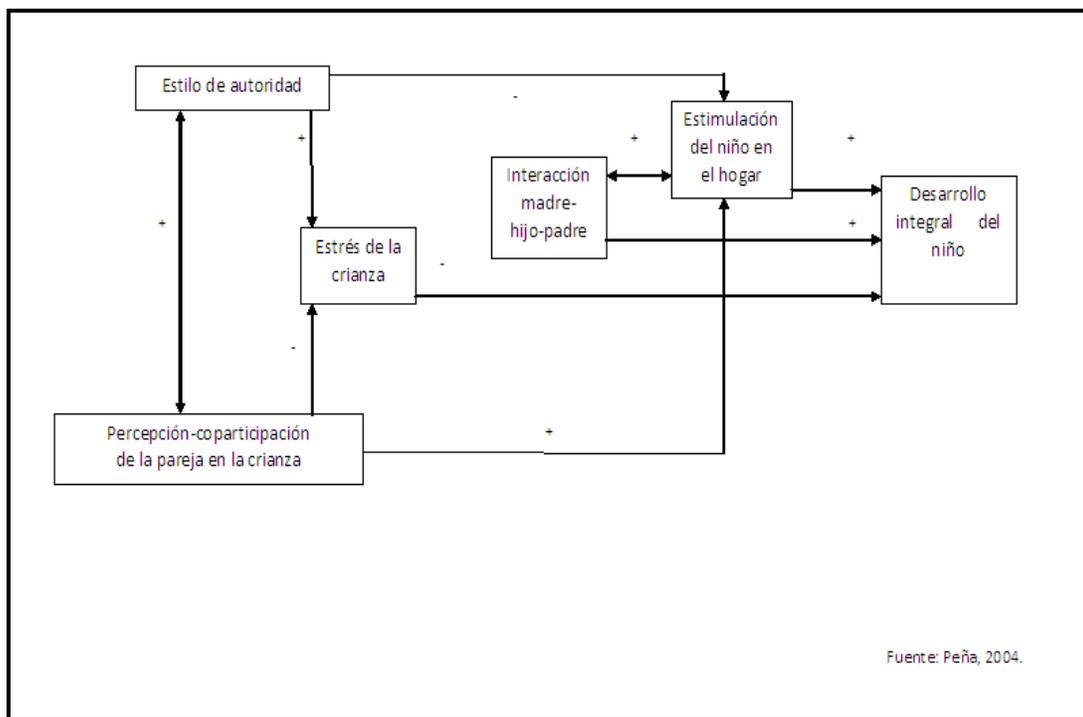


Figura 5. Modelo de crianza de Peña.

### Estudios Relacionados

Por otro lado, en el análisis de resultados de estudios relacionados con las prácticas de crianza y la alimentación en las primeras etapas de vida, señalan 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.

Los estudios sobre la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida en relación a la alimentación de los niños: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos (Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007). Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación.

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 TCA 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.

De acuerdo con 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% de las madres de la muestra reportaron que la familia come junta por lo menos una vez al día. 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 el Estado de Hidalgo se realizó un análisis cuali-cuantitativo para describir y comprender los estilos de crianza de madres solteras habitantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo con la finalidad de conocer las circunstancias en las que se lleva a cabo el proceso de la crianza de los hijos e hijas. La muestra estuvo conformada por siete madres solteras cuya edad promedio fue de 37.2 años. Se encontró que la mayoría de las madres empleaban estilos de crianza democráticos, pues estas madres mostraron un alto grado de control debido a que establecían al niño/a reglas claras y explícitas, además ante la transgresión de una norma las madres recurrirían a retirar algunos privilegios haciéndoles reflexionar del porqué de su acción, en contraste, ante un acontecimiento aceptable reforzaban este tipo de conducta mediante premios o felicitaciones. Con respecto a la comunicación, las madres solteras mostraban un alto nivel, debido a que acostumbraban tener un tipo de comunicación abierta con sus hijos/as donde existía respeto por los puntos de vista de estos/as, además de que pedían opinión al niño/a y le animaban a expresar sus argumentos. En cuanto a las exigencias de madurez, las madres mostraban un alto nivel, ya que alentaban a que el niño/a tomara sus propias decisiones. Y en cuanto al afecto, estas madres mostraban altos niveles afectivos expresados a través de verbalizaciones y demostraciones (Mares & Vega, 2005).

Asimismo 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. Para el estudio se aplicó el instrumento de *Actitud, creencias y prácticas maternas hacia la alimentación infantil* (Navarro, 2006).

Otro estudio realizado en el estado de Hidalgo también constató que las prácticas de alimentación de las madres se relacionan con el estado nutricional de los menores (De Lucio, 2010), ya que se 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.

En el mismo estado, Guerrero y Márquez (2011) señalan que las madres presionan a sus hijos para comer y que, paradójicamente, les restringen la alimentación, además, se perciben a sí mismas con peso normal o bajo, así como a sus hijos (as), evidenciando baja preocupación y control del peso del niño (a), poco monitoreo y poca responsabilidad percibida.

Finalmente, Guzmán Saldaña (2012), señala que en las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación, las madres de varones ofrecen a sus hijos su comida favorita a cambio de que se porten bien, además de golosinas como premio, y ejercen presión para que el hijo coma y se acabe todo lo que le sirve en el plato; en cambio las madres de mujeres se preocupan y tratan de

controlar el peso de las hijas restringiéndolas de ciertos alimentos. Coinciden en cuanto a que independientemente del sexo de los hijos las madres perciben poca responsabilidad y preocupación y control por el peso de su hijo (a) respecto a ingerir alimentos altos en grasas o golosinas.

### Instrumentos

A través de los distintos estudios que se han realizado en cuanto a esta variable, se han utilizado diferentes instrumentos para medir dicha variable.

- Un instrumento utilizado y para medir esta variable (aunque no directamente) es el Índice de Estrés Parental (Abdin, 1990).

Que es un instrumento de identificación y diagnóstico diseñado para proporcionar un índice de malestar de la madre alrededor de su labor de crianza. El cual permite identificar tres áreas como fuentes de estrés: 1) características del niño a través de seis subescalas (distractibilidad/hiperactividad, humor, demanda, reforzamiento al padre, adaptabilidad y aceptabilidad); 2) características de la madre a través de siete subescalas (competencia, incapacidad de desempeñar su rol de madre, aislamiento, depresión, apego, relación marital y salud) y 3) estresores de vida demográficos-situacionales (que van desde eventos de vida objetivos, como la muerte de un familiar a eventos de vida subjetivos, como problemas interpersonales).

- Se ha medido con el inventario *Home Observation Measurement of the Environment* (HOME) (Caldwell & Bradley, 1968, versión adaptada por Vera, Dominguez y Laborín, 1991).

Este inventario de observación es para preescolares de 3 a 6 años de edad que contiene 55 reactivos agrupados en las subescalas: a) estimulación del aprendizaje; b) estimulación del lenguaje; c) ambiente físico; d) calor y aceptación;

e) estimulación académica; f) modelamiento; g) variedad en la experiencia y, h) aceptación.

- Otro instrumento que se ha utilizado es el Inventario Alianza para la Paternidad (Abdin & Brunner, 1995).

Dicho inventario consta de 20 reactivos que responden en una escala Likert de 5 puntos. Este instrumento permite describir la parte de la relación de la pareja que concierne al ejercicio de la paternidad y las prácticas de crianza.

- Además el Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil (Navarro Contreras, 2006).

Este instrumento mide patrones de crianza de la madre relacionados con la alimentación de los hijos, contiene 42 ítems, se responde a través de una escala pictográfica tipo Lickert, de 5 intervalos de respuesta,  $\alpha=.8166$ .

Todo lo anterior, hace suponer que el peso está relacionado directamente con las madres y sus prácticas de crianza, asimismo se evidencia el vínculo que existe entre las prácticas de crianza y las conductas alimentarias de riesgo. Es por ello que en el siguiente capítulo se abordan aspectos importantes sobre este tema, lo cual permitirá un entendimiento más profundo sobre la problemática.

## Capítulo 4

### Conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo

Para comprender lo que es la 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 nutrimentos y satisfacciones indispensables para la vida, no solo se refiere a la ingesta de alimentos como tal, sino también a una conducta que se está influenciada más por factores externos a la persona que por sus propias necesidades, o por el valor nutrimental y características específicas que tiene un alimento (Bundell, 1991).

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 como lo son dietas restringidas, atracones y preocupación por el peso y la comida que afectan la salud de quienes las presentan (Lora, 2003).

Ahora bien, las CAR se conceptualizan como “alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación”, y también son conceptualizadas según Unikel (1998), como el seguimiento de patrones distorsionados del consumo de alimentos como ayuno, sobreingesta vómito autoinducido, exceso de ejercicio, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, que suelen presentarse como síndromes parciales que pueden convertirse en casos de TCA, en donde las personas experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado. Las conductas alimentarias de riesgo no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un

individuo que se presentan como un *continuo*, entre una alimentación normal y la presentación de un TCA (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

Entre las principales conductas alimentarias de riesgo se observan: eliminar tiempos de comida, practicar dietas restringidas y ayunos, el uso de diuréticos y laxantes, vómito autoprovocado, que se realizan como prácticas erróneas para controlar el peso corporal (Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina Mora, 2006). Otras conductas de riesgo se relacionan frecuentemente con problemas en la percepción de la imagen corporal, las cuales pueden ir desde una insatisfacción hasta una alteración de la imagen corporal (Gómez Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2001).

#### Clasificación de las conductas alimentarias de riesgo

Las principales CAR pueden describirse de acuerdo a tres grandes grupos: alteraciones relacionadas con la alimentación, prácticas erróneas de control de peso y alteraciones de la percepción de la imagen corporal (Neumark-Staizner., Butler & Palti, 1996). Esta clasificación se establece en base a comportamientos alimentarios descritos en la literatura, que pueden ser vinculados con el desarrollo tanto físico como mental y emocional de un individuo, en este caso en particular en adolescentes (Neumark-Staizne, Butler & Palti, 1996; Neumark-Sztainer, Hannan, Story & Perry, 2004).

Tabla 1.

Clasificación de los grupos de CAR

1. Alteraciones relacionadas con la alimentación:	2. Prácticas erróneas de control de peso:	3. Alteraciones de la percepción de la imagen corporal:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar tiempos de comida</li> <li>• Atracarse</li> <li>• Comedor compulsivo</li> <li>• Preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos</li> <li>• Preocupación por la preparación de los alimentos</li> <li>• Preocupación por los tipos de alimentos</li> <li>• Actitudes erróneas frente a la realización de las comidas</li> <li>• Evitar comer con miembros de la familia o amigos</li> <li>• Esconder la comida</li> <li>• Tirar los alimentos</li> <li>• Alteraciones en la ingesta habitual de los alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Estar a dieta”</li> <li>• “Dietas mágicas” (<i>Fad diets</i>)</li> <li>• Dietante compulsivo</li> <li>• Dietante crónico</li> <li>• Vómito autoinducido</li> <li>• Uso de medidas purgativas</li> <li>• Ayuno</li> <li>• Decir que no se tiene hambre</li> <li>• Decir que ya comió</li> <li>• Miedo a la ganancia de peso</li> <li>• Frecuencia excesiva en la medición del peso corporal</li> <li>• Ejercicio desmedido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsión de la imagen corporal</li> </ul>

Fuente: Neumark-Staizner, Butler y Palti (1996).

A continuación se definen algunas de las CAR:

La *dieta crónica restringida* es la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día con la finalidad de tener un control en el peso y mejorar la figura corporal (Cruz, Ávila, Escalante, De la Cruz, Vázquez & Mancilla, 2008).

Los *atracones* (también denominado comer por compulsión) están caracterizados por episodios de alimentación compulsiva, pero sin el uso de conductas compensatorias como puede ser purgarse. Se caracteriza por dos patrones comunes que son el ir picando entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos, y/o un consumo de grandes cantidades de una sola vez, este es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal (Sarason & Sarason, 2006). Los episodios de ingestión voraz se asocian

con: a) comer más rápido de lo normal, b) comer hasta sentirse incómodamente lleno, c) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente lleno, d) comer sin compañía debido a que se siente vergüenza por la gran cantidad de comida que se ingiere, e) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer (APA, 2001).

La *preocupación por el peso y la comida* se refiere al estado psicológico y emocional que presenta una persona, el cual se determina por sus creencias y valores, implicando atención considerable y/o excesiva con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere (Gómez-Peresmitré & Acosta, 2000).

*Comer por compensación psicológica*: conducta alimentaria inapropiada, relacionada con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar las sensaciones displacenteras (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998).

## 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, diferenciados 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, 2003).

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).

Garner (1993, 1997) señala que la etiología de los TCA es multifactorial e incluye la combinación de diversos factores de riesgo que difieren en especificidad y naturaleza. En cuanto a especificidad algunos son generales (se encuentran presentes en otros trastornos mentales), tales como el abuso sexual infantil y/o tener padres con algún trastorno mental, el ser mujer, la adolescencia, entre otros, y los hay específicos para TCA (más adelante se abordan estos aspectos con detalle).

Además, Striegel-More y Steiner-Adair (2000) identifican a un efecto acumulativo de diversos factores de riesgo que incluyen factores genéticos (vulnerabilidad genética), psicológicos (imagen corporal), familiares (comentarios negativos sobre el peso y la figura) y socioculturales (idealización de la delgadez).

Álvarez (2006) describe un modelo de factores de riesgo, en donde la influencia de la publicidad conduce a la insatisfacción corporal, la cual es un factor de riesgo para la motivación para adelgazar que puede conducir a la restricción en la alimentación o a sentimientos negativos posteriores al atracón; a su vez la restricción alimentaria conduce a la preocupación por la comida y al atracón. Unikel y cols. (2005) presentan un modelo en el que la insatisfacción corporal es el factor más estrechamente relacionado con la patología alimentaria.

Tabla 2.

Factores involucrados en el desarrollo de los TCA.

Biológico	Sociedad	Social	Psicológico
1. Predisposición genética que lleva a una vulnerabilidad biológica 2. Cambios físicos y endocrinológicos relacionados con la pubertad que llevan a alteraciones de la conducta alimentaria.	1. Sobrevaloración de ser delgado como un ideal cultural de la belleza femenina. 2. Cambios sociales bruscos de la occidentalización, urbanización o migración. 3. Publicidad que define los TCA como condiciones médicas legítimas.	1. Ejemplo de compañeros y modelos (héroes). 2. Dinámica familiar distorsionada y la lucha por el control. 3. Mejoramiento del desempeño deportivo y artístico (baile).	1. Establecimiento de un sentido de identidad y autonomía. 2. Expresión de la devoción religiosa de acuerdo a ideales estéticos. 3. Detenimiento de la maduración sexual y la etapa adulta. 4. Impulso al ayuno independiente del motivo inicial.

Fuente: adaptado de Weiss (1995).

Los TCA, de acuerdo con la APA (2001) y el DSM-IV-TR se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y se dividen en TCA específicos y TCANE. Los específicos comprenden a la AN y a la BN, y los TCANE 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. A continuación se define cada uno de los trastornos de acuerdo al DSM-IV-TR:

La AN se identifica 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. Se han definido dos subtipos de AN: el restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin recurrir a los atracones o a las purgas, y el compulsivo/purgativo en el que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, o bien a ambas conductas. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas de tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, además de algunos signos y síntomas físicos atribuibles a la inanición como la amenorrea, estreñimiento,

dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva; hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel.

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. En la BN existen dos subtipos: el purgativo en el cual las personas recurren a la provocación de vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas, con el fin de evitar la ganancia de peso resultante del atracón y el no purgativo, en el que se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas que no sean purgativas, como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con BN es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo. En muchas personas la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la BN o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la BN. Así mismo hay una incidencia elevada de trastornos de ansiedad y el consumo en el abuso de ciertas sustancias. Las personas con BN por los vómitos recurrentes que presentan, muestran una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, sus dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos, las glándulas salivales aumentan de tamaño, pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, miopías esqueléticas y cardíacas.

La AN y BN en cuanto a la sintomatología que pueden manifestar, muestra claramente que son síndromes diagnósticos concretos, sin embargo no necesariamente implican una patogénesis simple. Una de las formas para poder comprender la complejidad de los TCA es adoptando un análisis multidimensional de los trastornos, puesto que estos son considerados como el producto final de la combinación de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. El interés de este enfoque es que 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).

Los TCANE se refieren a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica como son:

En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.

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.

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.

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).

Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

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

Por otro lado, la multicausalidad de los TCA, en la que los factores de riesgo están en constante interacción, ha llevado a diferentes investigadores a que los dividan de acuerdo a supuestos funcionales procesales, en factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner & Garfinkel, 1981; Toro & Vilardell, 1987; Polivy & Herman, 1993). A continuación se describen estos.

*Factores predisponentes:* estos factores son los antecedentes del comportamiento por cambiar y el sustento de su lógica o motivación. Incluyen las actitudes, creencias, valores, habilidades y necesidades sentidas que motivan las acciones del individuo o grupo. En los TCA se consideran como predisponentes a las características de personalidad, familiares y socioculturales, así como a la predisposición genética (Vargas y Casillas, 1999).

*Factores precipitantes:* algunos autores los señalan como facilitantes, y corresponden a los antecedentes para motivar la realización del comportamiento buscado. Habitualmente son condiciones concretas del ambiente y facilitan su adopción. Están asociados con la facilidad de acceso y la relación costo-beneficio de algo así, como son las condiciones de vida que son afectadas, e incluyen la adopción de nuevos hábitos que serán adquiridos. Toro y Vilardell (1987) señalan que en estos factores se encierra el hecho de que una enfermedad determinada sea esa y no otra. Se incluyen factores relacionados con estrés, modificaciones biológicas y corporales propias de la pubertad, contactos sexuales, pérdidas y separaciones, enfermedades somáticas, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales, entre otros.

*Factores mantenedores:* estos factores también son señalados como perpetuantes (Crispo, Figueroa & Guelar, 2001), o de refuerzo, y se refieren a acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o se repita: Se considera a la influencia social de personas semejantes o pares, sus consecuencias para la vida social: autoestima, recompensas o castigos tangibles (ingresos económicos, premios, castigos), pérdida de peso corporal, entre otros (Vargas & Casillas, 1999).

Para Ortíz (2007) entre los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes para la AN destacan:

*Factores individuales,* relacionados con lo genético en donde se encuentra la presencia de hermanos enfermos y madres con sobrepeso y en lo biológico la pubertad, un Índice de Masa Corporal alto o bajo. Los factores psicológicos relacionados con algunos traumas, baja autoestima, perfeccionismo, trastornos efectivos y bajo rendimiento escolar, también incluyen conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal.

*Factores familiares* que muestran la historia de TCA en familiares de primer orden de sexo femenino, trastornos afectivos, abuso de alcohol y otras drogas.

*Factores socioculturales:* el papel de estos factores de riesgo se deriva de algunos estudios que han señalado que la exposición a los medios de comunicación que idealizan la delgadez contribuye a que las mujeres principalmente puedan desarrollar una preocupación excesiva por la apariencia física, insatisfacción corporal y restricción en la dieta (Álvarez, 2006). En el caso de los hombres, las investigaciones señalan menor prevalencia de obsesión por la delgadez que en las mujeres, excepto en el caso de varones que necesitan ser ligeros para propósitos específicos (e. g. nadadores, corredores y luchadores); sin embargo, socialmente es deseable en los hombres ser corpulentos con buen volumen físico, a lo que se le denomina figura mesomórfica (McCreary & Sasse, 2000).

Ahora bien, los factores precipitantes son aquellos que dan origen a los trastornos y tienen que ver con los fracasos que puede tener el individuo ante las exigencias que se le presentan, situaciones estresantes y aquellas que pueden provocar restricción dietética.

Los factores perpetuantes o de mantenimiento como la realización de dietas, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal negativa.

La presencia de CAR, la utilización de métodos erróneos de control de peso, y la alteración de la percepción de la imagen corporal, tienen una serie de consecuencias tanto mediatas como a largo plazo y se puede asociar con el desarrollo de TCA. La presencia de una CAR puede llevar al desarrollo de gradientes de gravedad y una acumulación de CAR (señaladas por las flechas) en el transcurso del tiempo, que a su vez están determinadas en gran parte por los marcos biológicos, psicológicos y sociales, con este orden de importancia.

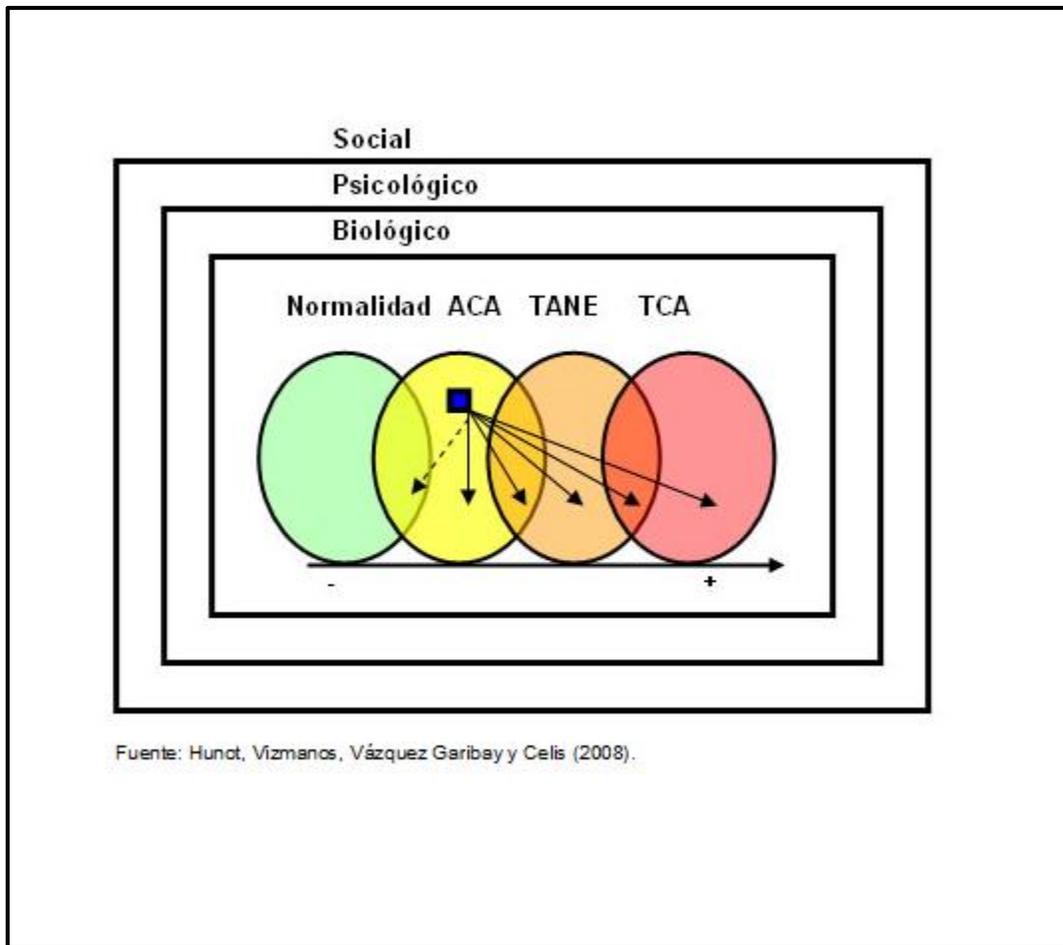


Figura 6. Desarrollo de las CAR y TCA, dentro de un marco biológico, psicológico y social

#### Modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria

El desarrollo evolutivo de los modelos teóricos sobre los TCA contempla cuatro posturas teóricas generales las cuales guardan las siguientes características (según Sánchez Sosa, Villarreal González & Musitu Ochoa, 2010):

1) Posturas Psicopatológicas. - Los modelos con esta orientación teórica tienen en común un planteamiento ontológico internalista cuya característica principal es la de referir atributos causales de índole interna, que dan lugar a considerar los TCA como trastornos producto de una psicopatología.

2) Posturas Sociales. – La influencia cada vez mayor de los aspectos sociales como factores determinantes en el comportamiento humano ha dado lugar a estos modelos que explican la relación de variables culturales y contextuales con los TCA.

3) Hibridaciones Eclécticas. – Contemplan diversos factores interactuantes los cuales integran una serie de variables que lejos de formar una estructura teórica integradora se convierten en una ensalada conceptual producto de hibridaciones teóricas endebles.

4) Las posturas psicopatológicas, tienen en común la característica de referir atributos causales de naturaleza innata. Este planteamiento ontológico internalista ha dado lugar a dos tipos de modelos teóricos: a) Modelos simbólicos como el psicoanalítico. b) Modelos reduccionistas: centran sus explicaciones en alteraciones preceptuales y/o actitudinales (cognitivo-afectivas) de imagen corporal (Garner & Garfinkel, 1981).

Dado el interés de esta investigación por estudiar la relación entre las CAR y la obesidad a través de la generación de modelos explicativos y predictivos, es importante destacar que en la investigación documental realizada se encontraron principalmente modelos relacionados con los TCA y el bajo peso, por tal razón se considera importante describir esos modelos.

Cabe señalar que no hay un único mapa conceptual que represente un modelo explicativo, ya que las corrientes para explicar los determinantes de los TCA son variadas, según del campo del que procedan, con mayor énfasis en algunos factores que en otros. En general las corrientes están basadas de teorías psicológicas aceptadas y estudiadas por médicos, psiquiatras y psicólogos. Entre los modelos explicativos se encuentra el Psicoanálisis Clásico, el modelo Conductual y los modelos Multicausales. Este último grupo de modelos multicausales son los más referidos, sin embargo dependiendo del tipo de estudio se utiliza uno u otro.

Vale la pena detenerse para considerar que el término modelo ha sido ampliamente utilizado como herramienta conceptual en la investigación social; sin embargo, su carácter polisémico ha ocasionado confusión, por lo que es preciso delimitar y clarificar el concepto, así como su relación con la teoría: un modelo es la representación de un determinado fenómeno en el que todos sus elementos conceptuales han sido operacionalizados y expresados en una relación causal entre ellos, la cual ha sido validada por una teoría. Desde esta perspectiva se considera al modelo como una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado (Callejo, 2000).

A continuación se abordan brevemente los modelos teóricos más representativos de los TCA, específicamente de los relacionados con el bajo peso.

a) *Modelo psicoanalítico freudiano* de los TCA se expresa en el manuscrito G de 1895. Sobre la melancolía, sostiene que la neurosis alimentaria paralela a ésta es la anorexia, argumentando que la AN de las adolescentes parece representar, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. Algunas variaciones psicoanalíticas están representadas por la perspectiva transpersonal jungiana en donde la AN podría ser un camino hacia la individuación en el que la mujer se reúne con la madre y recupera para sí el significado que tiene para ella su existencia femenina (Araya, 2001).

Durante la década de los setenta surgen las posturas neopsicoanalíticas que destacan el papel preponderante de las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) en los TCA. Bruch (1982) de orientación neofreudiana atribuye las alteraciones de la IC a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Para Bruch (1973) la distorsión de la IC, así como las disfunciones alimentarias, tiene un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de AN: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la IC;

una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

Desde entonces, se considera un criterio diagnóstico de AN y BN a la alteración de la IC (Morales, 2006). Otra herencia de la postura psicopatológica de los TCA es su relación con trastornos de personalidad, especialmente asociado a rasgos obsesivos, histéricos y compulsivos (González, Unikel, Cruz & Caballero, 2003).

En resumen, para el psicoanálisis en cualquiera de sus acepciones, la explicación de los TCA tienen una base psicopatológica en la que no se constituyen conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica, llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999).

b) *Modelos cognoscitivo-afectivos*: como ya se ha mencionado, el abordaje de los TCA considera a la alteración de la IC como el factor psicológico determinante, tanto en la etiología como en el diagnóstico de los TCA. Baile, Raich y Garrido (2003) asumen que una alteración de la IC, como la insatisfacción corporal se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otras alteraciones como las distorsiones perceptivas del tamaño corporal, como un criterio diagnóstico. Esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la IC incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognoscitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas (Garner & Garfinkel, 1981).

Algunos autores (Espina, Ortego, Ochoa, Alemán & Juaniz, 2001; Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol & Ferrer, 2002; Benedito, Perpiñá, Botella & Baños, 2003; Johnson & Wardle, 2005), han encontrado una relación directa y significativa entre insatisfacción con la IC y las CAR. Johnson y Wardle (2005) analizaron los efectos de diversos factores respecto a los TCA, encontrando que las correlaciones

simples confirman la expectativa que los niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria están asociados con los niveles de ingesta alimentaria anormal y bajo peso, sintomatología bulímica, depresión, baja autoestima y estrés. Al utilizar una regresión logística múltiple para examinar la capacidad predictiva de las variables, se determinó que tanto las dietas restrictivas como la insatisfacción con la IC aparecían como los factores que mejor predicen la ingesta alimentaria anormal y el infrapeso.

En un estudio similar, Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Moral (2009), reportaron que, a mayor IMC mayor insatisfacción con la imagen corporal y también mayor presencia de CAR, concluyeron, que existe una estrecha relación entre estas variables, dicha asociación no presupone la presencia de rasgos preclínicos de TCA. Los hallazgos de esta investigación indican que tanto la insatisfacción con la IC como las CAR están más asociada con el sobrepeso que con el infrapeso.

Específicamente dentro de estos modelos el propuesto para explicar la BN con su secuencia de acontecimientos hasta producirse el atracón y conducta purgativa, así como el ciclo bulímico. La ansiedad es el factor más importante en la enfermedad, la conducta atracón-purgación acentuado por la ansiedad, se desarrollan en un círculo vicioso donde ésta, genera la conducta de atracón y posteriormente se genera mayor ansiedad ante el miedo a engordar por lo que la respuesta será el vómito. Según Fairburn y Beglin (1994), lo más relevante en el tratamiento era destruir la dinámica de dieta restrictiva-atracón-vómito, e instaurar un patrón de ingesta adecuado, modificando los pensamientos y creencias distorsionadas y erróneas, identificando la naturaleza de los problemas que precedían a los atracones para intentar solucionarlos (Turón-Gil, 1997).

*c) Modelos multideterminados/multicausales.-* El carácter multifactorial de las más modernas explicaciones en la ciencia, ha conducido a replantear el abordaje de la conducta alimentaria, y por ende, encaminar los esfuerzos hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos acordes con la perspectiva holística. En un estudio realizado por March y cols. (2006), acerca de los TCA conceptualizaron

a éstas como enfermedades multicausales. De igual forma, Acosta-García, Llopis, Gómez-Péresmitré y Pineda (2005), contemplan que los TCA se definen como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Así mismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración sexual y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera, aparecen los primeros modelos bio-psico-sociales para explicar este tipo de trastornos.

El primer modelo conocido, que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores, es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas (1988) y posteriormente ampliado y modificado por Ploog y Pirke (1987). Dicho modelo parte de tres factores: la predisposición biológica, la predisposición psicológica y el entorno social, que interactuarían entre sí para dar lugar al TCA. El modelo de Lucas, da mayor importancia a los determinantes psicológicos en el origen y mantenimiento de la enfermedad.

Paralelamente, Toro y Vilardell en 1987, consideraron el trastorno anoréxico como un modelo multicausal de la enfermedad, resultado de varios factores que interactuaran entre sí, relacionados con las diferentes dimensiones de la persona, en cuanto lo biológico, psicológico y social. Así establecen la existencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno anoréxico. En esta misma línea, Garner (1993) presenta la interacción de tres tipos de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes, como un proceso que desencadena la sintomatología final.

Por otro lado, dado el interés de esta investigación en cuanto a la importancia de variables vinculadas con las prácticas de crianza maternas, se revisó el trabajo desarrollado por Kröller y Warschburger (2009), realizado con N=566 madres de hijos de uno a diez años de edad, en quienes se estudió la relación entre las prácticas de crianza maternas y la ingestión de alimentos saludables y no saludables de los hijos, a través de un modelo estructural; se

encontró que el modelo explicó el 73% de la varianza del consumo de alimentos saludables por parte de los niños, y el 34% de alimentos no saludables; variables como el estatus social de las madres, la edad del niño (variable mediadora) y el modelado de conductas alimentarias por parte de las madres influyen significativamente en la alimentación de los hijos. Específicamente la restricción, la presión y las recompensas por parte de la madre se asocian con conductas no saludables, en cambio el modelado, el control del niño y el monitoreo están relacionados con las conductas alimentarias saludables.

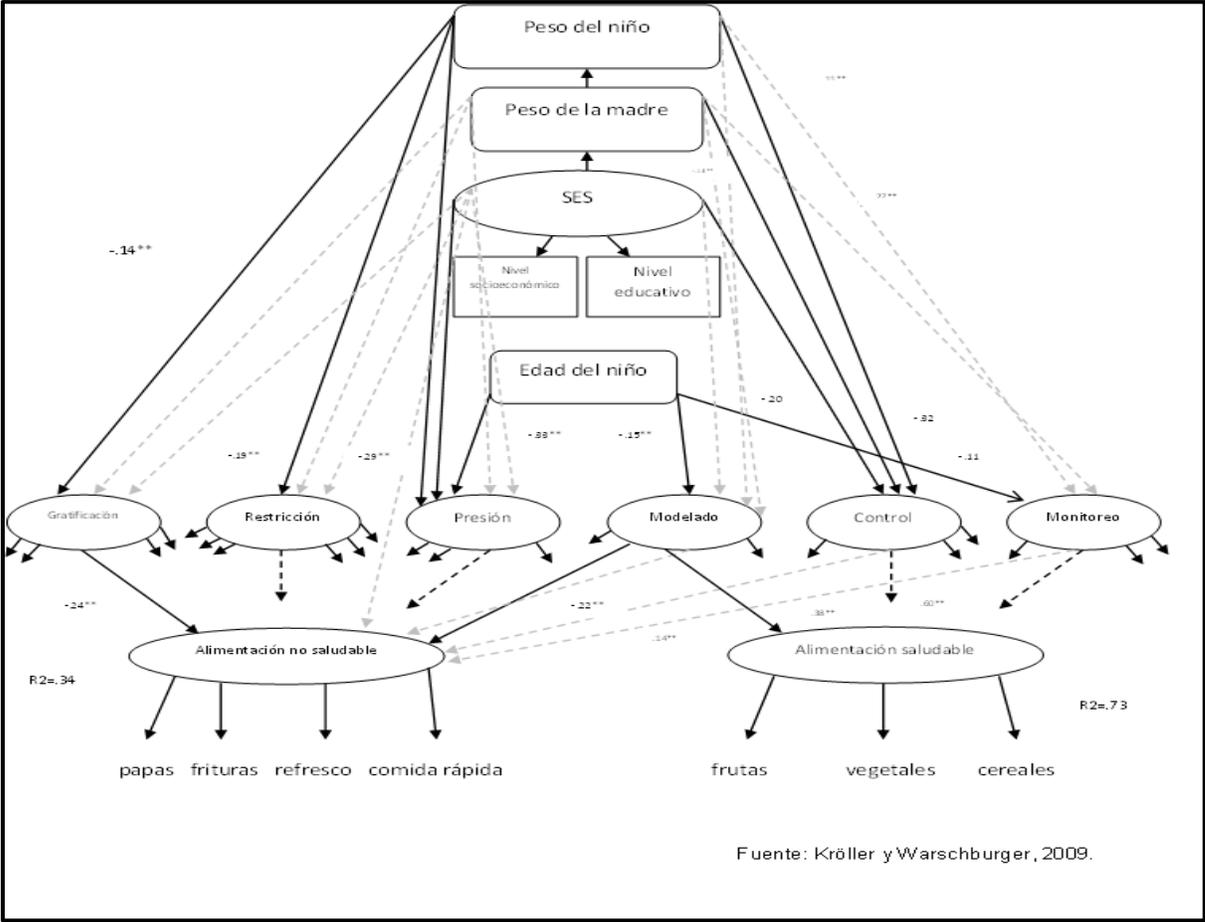


Figura 7. Estrategias maternas de alimentación saludable y no saludable.

Además, la identificación de factores familiares y socioculturales asociados con la etiología de los TCA, así como la prevalencia de la enfermedad entre la población escolar, provocan una amplia discusión sobre las posibilidades de prevención y detección precoz, en diversos contextos sociales, como pueden ser el ámbito educativo, la familia y los medios de comunicación (March et al., 2006).

### Estudios Semejantes

Para finalizar este capítulo a continuación se describen algunos de los estudios desarrollados en población de adolescentes y jóvenes sobre algunas variables específicas vinculadas con las CAR.

Ahora bien, en diversas investigaciones realizadas en México se ha demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países, la presencia de CAR en población comunitaria (Álvarez, Franco, Mancilla & López, 2000; Álvarez, Vázquez, López, Bosques & Mancilla, 2002; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002; Bojorquez & Unikel, 2004; Gómez & Saucedo-Molina, 2004; Lora-Cortés & Saucedo-Molina, 2006; Unikel, Aguilar & Gómez, 2005, entre otros). De manera relevante la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como las actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación se identifican en la pubertad. A continuación se describen algunas de ellas.

Por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró en una muestra de 200 púberes mexicanos con edad promedio de 10.8 años, que las niñas expresaban satisfacción con su figura corporal en un 49% en comparación con un 46% de los niños. El 51% restante de las niñas y el 54% de los niños manifestaron insatisfacción por su figura.

En otra investigación realizada con 200 niñas de primaria y 200 de secundaria, con un promedio de edad de 11.9 años, se encontró que un 57% de las niñas estaban satisfechas con su imagen corporal, mientras que el 43% restante mostraban insatisfacción, ya fuera porque se percibían más gruesas de lo

que estaban (29%) o más delgadas de lo que en realidad estaban (14%) (Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999) en un estudio exploratorio llevado a cabo en 200 niños escolares hombres y mujeres que abarcaban de los nueve a los 13 años, llegaron a los siguientes resultados: los niños, más que las niñas realizaban mayor número de comidas al día. Este hallazgo confirmó dos situaciones: primero la demanda energética de los niños es mayor, y segunda, su preocupación por el peso corporal es menor. En esta misma línea, se encontró que eran los niños de quinto grado los que consumían mayor cantidad de alimentos al compararlos con los de sexto. Esto hace pensar que a mayor edad y a mayores cambios corporales debidos a la pubertad, hay mayor preocupación por el peso y la figura.

En otro estudio de Gómez Pérez-Mitré (1999), realizado en una muestra de 962 niñas de nueve a 13 años, se detectaron factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA. Los hallazgos mostraron que casi la mitad de las púberes estaban insatisfechas con su imagen corporal y más de la mitad (n = 519 niñas) presentaron un efecto de alteración en la percepción de su imagen corporal. Así mismo se confirmó que en edades de once a 13 años, ya está presente, en una proporción mayoritaria (94%) la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer. También se encontró que las tres cuartas partes de las niñas de la muestra están preocupadas (mucho y demasiado) por su peso corporal, no obstante que muchas de esas niñas eran de peso normal o peso bajo.

Un hecho aún más inquietante, es que en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio edad de 10.8 años, se haya encontrado que un 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos como "engordadores", tales como tortillas, pan, y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998).

Se debe resaltar que la presencia de algunos síntomas de los TCA son más comunes que los cuadros clínicos completos, y más frecuentes de lo que se ha esperado encontrar en población general, aunque los síntomas de forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, sí de alguna manera señalan a los grupos e individuos con mayor riesgo de adquirirla. Además, desde el punto de vista epidemiológico, el detectar tempranamente cualquier sintomatología permite intervenir precozmente limitando o evitando los daños causados por la psicopatología (Sánchez, 2000). Por ello, es urgente profundizar e identificar los factores que están favoreciendo esta conducta de riesgo en este tipo de población.

Por otro lado, respecto a los adolescentes, en la actualidad se ha detectado que ellos presentan con mayor incidencia CAR en donde tratan de lograr una disminución de peso, a través de una variedad de prácticas erróneas del control de éste y algunas alteraciones en la alimentación, además de presentar distorsiones en la percepción de la imagen corporal, en donde las mujeres hacen suya una figura ideal delgada y en el caso de los hombres un cuerpo musculoso (Gómez et al., 2001) llegando a comprometer su salud y de esta forma en ocasiones a presentar algún TCA (Casanueva & Morales, 2001).

Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2002) encontraron que en 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 TCA, esto debido a que desde temprana edad ya se comienza el culto por la delgadez y el deseo por hacer dietas crónicas restringidas que les permitan controlar su peso, por ejemplo, saltándose una de las comidas y evitando algunos alimentos considerados como engordadores y consumiendo productos light.

En otro estudio, Gómez-Peresmitré (2000) afirma que el seguimiento de dieta crónica restringida 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 preadolescentes y adolescentes.

Otro estudio de corte epidemiológico fue realizado por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002), cuyo objetivo fue conocer la relación entre el IMC (percentilar) y la práctica de CAR en adolescentes mexicanos en una muestra (N=7 597) de 13 a 18 años de edad, a partir de los datos recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997. Se utilizó un cuestionario autoaplicable de once preguntas para medir la conducta alimentaria en los tres meses previos a la aplicación. Se hicieron comparaciones por sexo y grupos de edad. Los resultados muestran una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el IMC y la edad de los sujetos. Si bien en ambos sexos se observó la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Conforme a los resultados obtenidos se concluyó que 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria; mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, son los que mostraron mayores porcentajes de CAR. Este hecho además de mostrar la presencia de CAR, señala la importancia que tiene considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de los TCA. Los adolescentes de las categorías de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son).

Por otra parte, Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004) evaluaron y estimaron el riesgo de alimentación anómala considerando algunas conductas y actitudes asociadas con los TCA en una muestra comunitaria, en donde participaron N=1625 estudiantes de primer ingreso de una institución de educación superior (n=1115 mujeres, n=470 hombres), los resultados mostraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los

hombres en seis de diez reactivos de un instrumento. Un total de 436 estudiantes había intentado bajar de peso durante los últimos tres meses. El análisis de riesgo mostró que las mujeres que habían intentado bajar de peso presentaron mayor riesgo, en comparación con los hombres, “por dejar de comer más de un día” y “realizar dietas para bajar de peso”. Estos resultados sugieren que una cantidad importante de mujeres ha pretendido bajar de peso llevando a cabo dietas restringidas. La preocupación por la figura fue la variable más relevante entre las mujeres; en el caso de los hombres, la variable comer grandes cantidades de alimento.

Unikel et al., (2006) identificaron las tendencias de las CAR en estudiantes del Distrito Federal en el periodo de 1997 a 2003. Se analizaron los datos de las Encuestas sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil de los años 1997, 2000 y 2003. Los resultados mostraron un incremento general en la proporción de estudiantes que mostraron tres o más CAR, entre los tipos de CAR más frecuentes se encontraron: preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso; la sobrestrimación del peso corporal disminuyó considerablemente en los hombres, mientras que en las mujeres se incrementó junto con la práctica de atracones en la medición del 2000, pero disminuyó en la medición del 2003.

Saucedo-Molina y Pérez-Mitré (2004) informaron que la influencia de la publicidad es una variable que explica la dieta crónica restringida debido a que tiene efectos directos sobre ésta, también los hace indirectamente sobre el malestar, la insatisfacción y la percepción de la IC, que posteriormente puede conllevar a la presencia de un TCA.

Unikel et al., (2006) muestran que adolescentes de diferentes rangos de edad van aumentando las CAR, mientras que en los varones es a la inversa, aunque en todos los rangos de edad se presenta la preocupación por engordar y el uso de métodos restrictivos. Particularmente en las mujeres se muestra la preferencia por la delgadez y por ende la insatisfacción hacia su cuerpo, porque es en la adolescencia 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.

Así mismo, León, Gómez-Peresmitré y Platas (2008) determinaron identificaron a la carencia de habilidades sociales como 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, además de los factores de riesgo cognoscitivos-conductuales como 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, son factores predisponentes para el desarrollo de TCA.

En una investigación en donde se compararon adolescentes hombres y mujeres, se encontró que los hombres relacionan su consumo de alimentos con la intención de satisfacer su hambre, fijándose en que la cantidad sea suficiente, 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 verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con el éxito; sin embargo, estas ideas de sobrevaloración del peso corporal y la figura, contribuyen a la presencia de alteraciones alimentarias como atracón, restricción, vómito y uso de dietéticos (Vázquez, Ruíz, Mancilla & Álvarez, 2008).

Según Guerrero y Márquez (2011) el riesgo de presentar dieta crónica restringida 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, los CAR tienen más prevalencia entre los estudiantes de primaria.

También, en otra investigación con respecto a las conductas alimentarias de riesgo, la conducta que mayor porcentaje de riesgo presentó fue la

preocupación por el peso y la comida (más alto en hombres que en mujeres), le sigue la conducta alimentaria compulsiva o atracón (más en mujeres que en hombres) y después dieta crónica y restrictiva (más hombres que mujeres) (Soto Martínez, 2012).

Guzmán Saldaña (2012), señala que la conducta alimentaria preocupación por el peso y la comida se presenta con mayor frecuencia (más en los hombres que en mujeres), le sigue la conducta alimentaria compulsiva o atracón (más en mujeres que en hombres), después dieta crónica restringida (más en hombres que en mujeres) y finalmente el comer por compensación psicológica (mayor en mujeres que en hombres).

### Instrumentos

A lo largo de las diversas investigaciones que se han realizado en relación con esta variable, se han utilizado distintos instrumentos para la medición de la variable mencionada:

- Se ha medido con la prueba auto aplicada Eating Attitudes Test (EAT) (Garner & Garfinkel, 1979).

Esta prueba auto aplicada consta de 40 ítems y permite evaluar las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación a la comida, peso y ejercicio.

- También el Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).

Este cuestionario auto aplicado consta de 34 ítems y sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), la clasificación es en base a las puntuaciones en 4 categorías: no preocupado por la IC < 81, leve preocupación= 81-110, moderada= 111-140, extrema > 140.

- Otro instrumento que se ha utilizado es el Cuestionario de Alimentación y Salud, versión adolescente (Gómez-Peresmitré, 1988).

El objetivo del cuestionario es la detección de factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria y la imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. La versión actual del instrumento consta de 56 reactivos. Este cuestionario contiene una escala de factores de riesgo para trastornos alimentarios (EFRATA), que en su versión para mujeres evalúa conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida y dieta crónica y restringida. Los reactivos se califican bajo el criterio de mayor valor asignado a la respuesta que implica un problema mayor.

- Un instrumento más que ha sido utilizado es el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) (Toro, Salamero & Martínez, 1994).

Instrumento diseñado para medir la influencia de agentes y situaciones que propician el modelo estético corporal actual. Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) lo validaron en población mexicana.

Las conductas alimentarias cuando se transforman en conductas de riesgo pueden afectar la salud de quienes llevan a cabo éstas acciones hasta el punto de convertirse en un TCA, en donde están presentes factores biopsicosociales que los generan produciendo efectos de gran magnitud en las diferentes esferas en las que actúan estas personas.

Ahora bien, una vez abordado el aspecto epidemiológico de la obesidad y las CAR, la adolescencia, las prácticas de crianza maternas y las CAR propiamente dichas, se prosigue con la descripción del método.

## Capítulo 5

### Método

#### Justificación

Los datos de la ENSE 2010 indicaron que el 12% de los adolescentes, tuvieron alguna conducta alimentaria inadecuada (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias, y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9%).

Así mismo, 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% 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% 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.

Por otro lado, la conducta alimentaria se entiende como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, vinculada a la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003). Esta conducta puede ser influenciada por factores de diversa naturaleza que pueden rebasar el valor nutrimental de los alimentos y de las necesidades dietéticas de las personas (Bundell, 1991).

En la actualidad se observan características actitudinales y conductuales de la población relacionadas con el peso, la figura, y el comer comunes en la mayoría de las mujeres (no excluyendo a los hombres), ó normativas dentro de nuestro contexto sociocultural, como el uso de dietas para bajar de peso, insatisfacción con la figura, el peso y el deseo de pesar menos, entre otras (Acosta García, Llopiz Marín, Gómez Peresmitré & Pineda García, 2005; Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila

& Sepúlveda-Amor, 2006 ; Unikel, 1999; Unikel-Santoncini, Bojórquez- Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora Icaza, 2006; Unikel-Santoncini, Villatoro-Velázquez, Medina-Mora Icaza, Fleiz-Bautista, Alcántar Molina & Hernández Rosario, 2000).

La adolescencia representa uno de los grupos más vulnerables para el desarrollo de problemas con la alimentación (O'Connor, 1997). La presión social por estar delgado (a) favorece que los adolescentes acepten o rechacen su imagen corporal, comiencen con alguna dieta para perder peso llevándola sin control y supervisión adecuada. Algunos de éstos optan por realizar rutinas pesadas de ejercicio durante gran cantidad de tiempo modificando su gasto calórico y excluyendo alimentos de su dieta convencional como los alimentos ricos en grasas, ya que "creen" que no conservarán su apariencia física y les harán ganar peso (Chung, 2001; Gómez, 1998; Neumark-Sztainer, Wall, Story & Fulkerson, 2004).

La influencia familiar también se hace presente por ejemplo, cuando la madre suele preocuparse por la estética y realiza actividades para bajar de peso (Barriguete, 2003; Saldaña & Rossell, 1988; Saucedo-Molina, 2003).

Además, los cambios relacionados con una mayor independencia respecto a los padres, los horarios, el pasar mayor tiempo fuera de casa disminuyendo las comidas familiares, así como la falta de información nutrimental explican de alguna manera la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes (Neumark-Sztainer, Wall, Story & Fulkerson, 2004; Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila & Sepúlveda-Amor, 2006; Rodríguez, Martínez, Novalbos, Ruiz & Jiménez, 2003).

Específicamente, la presencia en los jóvenes de algunas conductas relacionadas a la preocupación por adelgazar, querer ser una persona más delgada, la insatisfacción con la imagen corporal y practicar dietas continuamente, son variables importantes en el estudio del sobrepeso y la obesidad (Unikel,

Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002). Otra área de estudio en individuos obesos es la relacionada con la visualización del cuerpo como grotesco y horrendo, manifestando desprecio por él (Cash & Deagle, 1997).

Ahora bien, en adolescentes con sobrepeso las prevalencias de conductas extremas para el control del peso son mayores, llegando al 18% en mujeres y el 6% hombres norteamericanos, respectivamente (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry & Irving, 2002).

Pregunta general de investigación

¿Qué interrelaciones, diferencias e interacciones existen entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes (considerando el sexo y el IMC) y las prácticas de crianza de sus madres (contemplando el estado civil, la escolaridad y la ocupación) asociadas con la alimentación?

Objetivo general:

- Determinar las interrelaciones, diferencias e interacciones entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres asociadas con la alimentación de los participantes.

Objetivos específicos:

- Determinar la distribución porcentual de las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y de las prácticas de crianza de sus madres
- Determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres
- Establecer diferencias con respecto al IMC de los adolescentes y la ocupación de la madre para cada una de las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza materna

- Establecer la interacción con respecto al IMC de los adolescentes y la ocupación de la madre para cada una de las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza materna

#### Hipótesis

H<sub>0</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres.

H<sub>1</sub>: Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres.

#### Efectos principales

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la escolaridad de la madre y las conductas alimentarias de riesgo

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la escolaridad de la madre y las conductas alimentarias de riesgo

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al IMC de los adolescentes y las conductas alimentarias de riesgo

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al IMC de los adolescentes y las conductas alimentarias de riesgo

#### Interacción

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC de los adolescentes y la escolaridad de la madre con respecto a las conductas alimentarias de riesgo

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC de los adolescentes y la escolaridad de la madre con respecto a las conductas alimentarias de riesgo

#### Efectos principales

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la escolaridad de la madre y las prácticas de crianza

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la escolaridad de la madre y las prácticas de crianza

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al IMC de los adolescentes y las prácticas de crianza

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al IMC de los adolescentes y las prácticas de crianza

Interacción

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC de los adolescentes y la escolaridad de la madre con respecto a las prácticas de crianza

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC de los adolescentes y la escolaridad de la madre con respecto a las prácticas de crianza

### Definición de Variables

Tabla 3.  
Variables de categorización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico y lo natural, a las diferencias biológicas entre personas, las que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano (INEGI, 2004)	Hombre Mujer
IMC	El Índice de Masa Corporal (IMC), Body Mass Index (BMI) en inglés, es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población, que está influenciado por la talla en el periodo intrauterino y al nacer (Klebonoff & Yip, 1988, p.829). El índice de Quetelet. Se calcula con la siguiente operación: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{talla (m)}^2$ , el valor obtenido fue clasificado para población púber (Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro & Fleiz, 2003), a partir de los puntos de corte señalados por la National	Medidas antropométricas: peso y estatura.

Ocupación	Desempeño de un cargo. Todo trabajo o tarea, sobre todo si es habitual. Oficio o profesión (Ossorio, 2000).	Si la mujer trabaja en el momento de la entrevista a partir de los siguientes criterios : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Empleada</li> <li>• Profesionista</li> <li>• Otro (con oficio, vendedora)</li> </ul>
-----------	---	--

Tabla 4.  
Variables Dependientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
<i>Conductas alimentarias de riesgo</i>	Son aquellas que consideran los patrones de consumo de alimentos de forma distorsionada, tal como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticar pero no deglutir y ayunos (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar & Hernández, 2000). A continuación se definen las conductas alimentarias que se consideraron en este estudio:	Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) del Cuestionario de Alimentación y Salud. (Gómez Péresmitré, 1998)
<i>Conducta alimentaria compulsiva o atracción</i>	“Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido” (Asociación Psicológica Americana, 2002, p. 82). Incluye episodios de alimentación compulsiva, pero sin el uso de conductas compensatorias como puede ser purgarse. Se define	Escala de Conducta Alimentaria Compulsiva de la EFRATA

<i>Preocupación por el peso y la comida</i>	<p>por dos patrones comunes que son el ir picando entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos, y/o un consumo de grandes cantidades de una sola vez, este es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal (Sarason &amp; Sarason, 2006).</p>	Escala de Preocupación por el Peso y la Comida de la EFRATA
<i>Dieta crónica restringida</i>	<p>“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).</p> <p>Tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré &amp; Ávila, 1998).</p>	Escala de Dieta Crónica Restringida de la EFRATA
<i>Comer por compensación psicológica</i>	<p>“Esta conducta se relaciona con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras” (Gómez Péresmitré &amp; Ávila, 1998).</p>	Escala de Comer por Compensación Psicológica de la EFRATA
<hr/>		
<i>Las prácticas de crianza</i>	<p>Son variables, que integran los conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación del niño; además también se consideran dentro de éstas a las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención y/o tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación (Vera, 1996).</p>	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “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).

<i>Peso percibido de la madre</i>	Percepción de las madres sobre su propia historia de peso”.	Subescala F1 Peso Percibido del CFQ.
<i>Preocupación y control del peso del hijo (a):</i>	Debido a que la restricción se manifiesta como control de ciertos alimentos en los reactivos se da por preocupación del peso del niño.	Subescala F2 Preocupación y Control del Peso del Hijo(a) del CFQ.
<i>Monitoreo</i>	Medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos.	Subescala F 3 Monitoreo del CFQ.
<i>Restricción</i>	Es la medida en la cual los padres restringen el acceso de la comida a sus hijos para que coma de menos.	Subescala F 4 Restricción del CFQ.
<i>Presión para comer</i>	Tendencia de los padres de presionar a su hijo para que coma de más.	Subescala F 5 Presión para Comer del CFQ.
<i>Responsabilidad percibida</i>	Percepción de los padres de su responsabilidad sobre la alimentación de sus hijos.	Subescala F 6 Responsabilidad Percibida del CFQ.
<i>Peso percibido del hijo(a)</i>	Percepción de los padres sobre el estado actual y la historia del peso de sus hijos.	Subescala F 7 Peso percibido del hijo(a) del CFQ.
<i>Indicador 1 (Control)</i>	Se refiere a la vigilancia y control sobre los alimentos que ingiere el hijo.	Ítems 22 y 23 del CFQ.
<i>Indicador 2 (Manipulación)</i>	Se refiere al manejo que realiza la madre al ofrecer a los hijos alimento a cambio de algo y/o como premio a su conducta.	Ítems, 20 y 21 del CFQ.

Tabla 5.  
Puntos de corte del IMC para púberes

Categoría	Hombres		Mujeres	
	Percentil	Valor	Percentil	Valor
Desnutrición	<5	<15.7446	<5	<15.7541
Bajo peso	>5 <15	15.7446-16.9605	>5 <15	15.7542-17.0357
Normal	>15 <85	16.9605-24.4347	>15 <85	17.0358-25.3555
Sobrepeso	>85 <95	24.4347-27.1835	>85 <95	25.3556-28.1904
Obesidad	>95	>27.1835	>95	>28.1904

Fuente: CDC, 2000.

Debido al número de participantes se realizó una recategorización en IMC saludable y en IMC no saludable, quedando organizados los valores percentilares como se muestra en la tabla 5.

Tabla 6.

Recategorización del IMC para púberes

Categoría	Hombres		Mujeres	
	Percentil	Valor	Percentil	Valor
IMC saludable	>15 <85	16.9605-24.4347	>15 <85	17.0358-25.3555
IMC no saludable	<5-<15 y >85->95	<15.7446-16.9605 y 24.4347->27.1835	<5-<15 y >85->95	<15.7541-17.0357 y 25.3556->28.1904

### Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios, es decir, mediante un procedimiento de selección informal, en la que los individuos acceden a participar en el estudio de manera voluntaria (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006, p. 566).

Se integraron N=361 adolescentes,  $M_{total\ edad}=12.8$ ,  $DE=1.2$ ; de los cuales n=203 (56.2%) son mujeres y n= 158 (43.8%) hombres, teniendo ambos sexos la misma media de edad y desviación estándar que la muestra total, dentro de un rango de edad de 10 a 16 años.

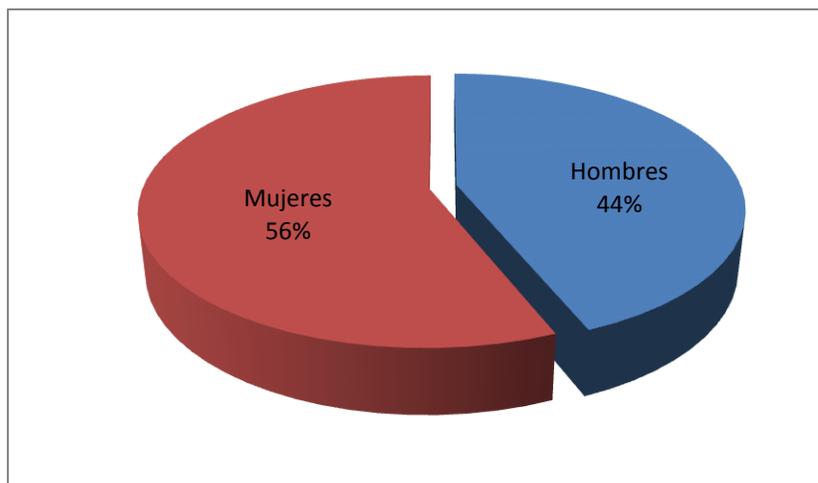


Figura 8. Distribución porcentual por sexo de los participantes

En cuanto al IMC de los participantes el 37.4% (n=135) obtienen el diagnóstico de obesidad, el 24.9% (n=90) cuentan con sobrepeso, el 34.7 (n=123) se encuentran dentro de la normalidad mientras que el 2.2% (n=8) tienen bajo peso y el 1.4% (n=5) esta desnutrido.

Tabla 7.  
Distribución porcentual del diagnóstico del IMC

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	5	1.4
Bajo peso	8	2.2
Normal	123	34.1
Sobrepeso	90	24.9
Obesidad	135	37.4
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>100.0</b>

Ahora bien, en cuanto a la recategorización del IMC el 34% (n=123) están dentro del IMC saludable y el 66% (n=238) en IMC no saludable.

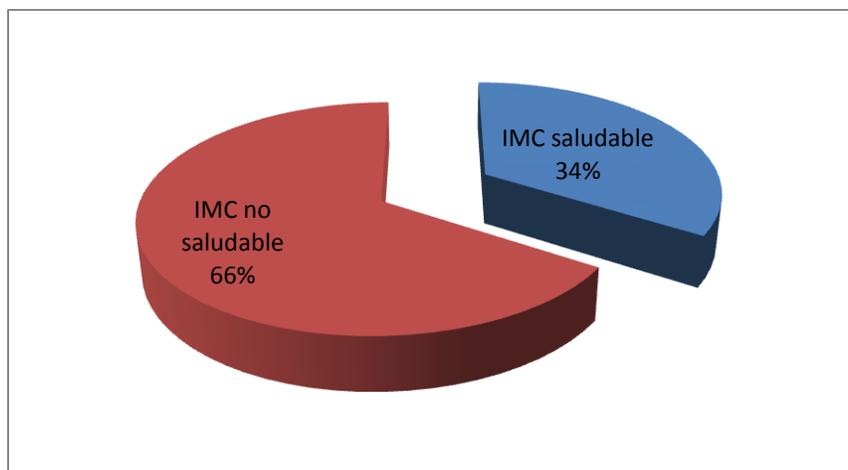


Figura 9. Distribución porcentual del diagnóstico de IMC en saludable y no saludable

Participaron 361 madres de los adolescentes antes participantes, las cuales  $n=203$  (56.2%) son madres de mujeres y  $n= 158$  (43.8%) madres de hombres, en un rango de edad de 27 a 55 años, con una  $M_{edad}=39.11$ ,  $DE=5.62$ . En cuanto a su ocupación  $n=126$  (34.9 %) se dedican al hogar,  $n=80$  (22.2 %) desarrollan actividades de empleadas general,  $n=65$  (18%) desempeñan una profesión y  $n=90$  (24.9 %) se ubicaron dentro de otras ocupaciones sin especificar ésta (ver tabla 14).

Tabla 8.  
Ocupación de las madres

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	126	34.9
empleada	80	22.2
profesionista	65	18
otro	90	24.9
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>100.0</b>

## Criterios

### Criterios de inclusión

- Los estudiantes debían estar inscritos a la institución educativa.
- De manera informada y voluntaria los estudiantes decidan participar.
- De manera informada y voluntaria las madres debían decidir participar junto con sus hijos.

### Criterios de exclusión

- No presentarse a la aplicación tanto la madre como hijo.

### Criterios de eliminación

- No entregar el instrumento debidamente contestado.

### Tipo de diseño:

No experimental, transversal. La investigación no experimental es aquel estudio que se realiza sin manipular deliberadamente variables, observando fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; los diseños transversales o transeccionales buscan recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006, p. 208).

### Tipo de estudio:

El tipo de estudio que se seleccionó fue el correlacional de campo que consiste en buscar la relación que pueda existir entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006, p. 105).

Instrumentos:

*Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA)* fue elaborada por Gómez Péresmitré (1998). Esta escala mide conductas alimentarias de riesgo: conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restringida, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria de compensación psicológica, así mismo, evalúa conducta alimentaria normal. Las respuestas se valoran en una escala de cinco opciones: Nunca (1), A Veces (2), Frecuentemente (3), Muy Frecuentemente (4) y, Siempre (5). Las opciones de respuesta son: Frecuentemente, Muy Frecuentemente y Siempre, son las que implican mayor problemática; contrariamente para la conducta alimentaria normal las opciones Nunca y A Veces, indican un problema con dichas conductas.

Tiene un coeficiente de clasificación correcto de 87.3% (análisis discriminante), y coeficientes de consistencia interna de 0.80 a 0.85. Para validar este instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1915 mujeres y 1494 hombres. Se usó una rotación VARIMAX que convergió en 57 interacciones para extraer 16 factores que explican el 57 % de la varianza. Se descartaron nueve factores al no cumplir los criterios, el modelo final quedó conformado por siete factores que explican el 43% de la varianza esto con respecto a las mujeres. Para los hombres se usó una rotación VARIMAX que convergió en cinco interacciones para extraer 16 factores que explican el 60% de la varianza, se descartaron cinco factores por no cumplir con los criterios. El modelo final quedó conformado por once factores que explican el 48 % de la varianza (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Tabla 9.

Confiabilidad y validez de cada uno de los factores que conforman la EFRATA

Factor	% Varianza Explicada		Alpha de Cronbach	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva o Atracón	15	12.4	.86	.90
Factor 2. Preocupación por el Peso y la Comida	7	5.52	.81	.82
Factor 3. Conducta Alimentaria Normal	5.6	4.39	.81	.69
Factor 4. Dieta Crónica Restringida	4.6	1.93	.80	.81
Factor 5. Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica	2.9	2.56	.65	.74

Fuente: Gómez Peresmitré (1993).

Para los factores Conducta Alimentaria Compulsiva o Atracón, Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica Restringida se permite clasificar a los individuos en una situación de riesgo/fuera de riesgo según los valores adecuados para hombres y mujeres (ver tabla 10) (Gómez Peresmitré, 2000).

Tabla 10.

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

FACTOR	LIMITE SIN RIESGO*	LIMITE SIN RIESGO*
	HOMBRES	MUJERES
Conducta Alimentaria Compulsiva o Atracón	3.33	3.1
Preocupación por el Peso y la Comida	2.83	3.21
Dieta Crónica Restringida	3.03	3.11

\*Fuera de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer un trastorno alimentario

*Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)*. Este Cuestionario fue elaborado originalmente por Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer y Johnson, 2001, y fue adaptada por Navarro Contreras (2006). Este instrumento mide patrones de crianza de la madre relacionados con la alimentación de los hijos, contiene 34 ítems, se responde a través de una escala pictográfica con cinco intervalos de respuesta tipo Likert que van de *Mucho* a *Nada*, se compone de siete factores: peso percibido de la madre, preocupación y control del peso del hijo (a), monitoreo, restricción, presión para comer, responsabilidad percibida y peso percibido del hijo (a) y dos indicadores: control y manipulación. La escala tiene un alpha de Cronbach=.82. La forma de evaluarlo consiste en sumar los puntajes de cada reactivo, dándole un valor de uno a la opción Nada, mientras que cinco se le otorga a Mucho. Para el análisis se observan las tendencias en los puntajes, si sobrepasan el puntaje de tres (media teórica) se afirma que existe una *fuerte* tendencia hacia el factor evaluado, si se presenta por debajo de tres se plantea *poca* tendencia hacia el factor.

Tabla 11.

Estructura Factorial del CFQ

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

## Materiales

- a) Para el registro de los datos recabados en esta fase del estudio, se utilizarán las listas de alumnos de cada grado/grupo, de cada una de las escuelas, a las listas se les anexarán columnas que contengan los datos de edad, sexo, peso, talla, IMC y Diagnóstico.
- b) Para la evaluación *del peso*: se utilizará un monitor corporal de marca TANITA, Modelo UM 2204.
- c) Para la evaluación de *la talla*: se utilizará 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 con los directivos de la escuela, se les presentó el proyecto, se acordaron fechas y horarios (durante las primeras horas del día) para la aplicación del estudio, solicitándoles un espacio para la evaluación del peso y la talla; así como las listas de los alumnos inscritos en cada grupo. Así mismo, se les pidió organizaran una reunión con padres de familia para explicarles el objetivo de la investigación, así como la firma del Consentimiento Informado (que quedará plasmado en un formato correspondiente a tal propósito).

Cabe destacar que a los estudiantes participantes también se les explicó esta fase de la investigación, se les invitó garantizándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos, resaltando la importancia de su cooperación.

Se citó a las madres de familia de dichos alumnos, en donde se les informó sobre la investigación a realizar solicitándoles la firma del Consentimiento Informado para contestar el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Practicas de los padres hacia la Alimentación Infantil”, y su visto bueno para que sus hijos (as) respondieran el instrumento correspondiente y sean tomadas sus medidas antropométricas.

Posteriormente se realizaron las mediciones de peso y talla, dichas evaluaciones se llevaron a cabo por estudiantes de nutrición, previamente capacitados y estandarizados en cuanto a la obtención de las mediciones.

Una vez obtenidos los datos se obtuvo el IMC y el IMC Percentilar de cada sujeto para identificar el diagnóstico correspondiente. Así, se procedió a la aplicación de la EFRATA, de manera cuidadosa y con el apoyo de los profesores se citó a los alumnos en un lugar independiente de su salón de clases, solicitándoles su participación voluntaria y la firma del Consentimiento Informado.

Como una forma de retroalimentación y agradecimiento se realizó una sesión informativa con los alumnos y sus madres informándoles sobre las causas y consecuencias de la obesidad. Además, a los directivos escolares se les entregó un reporte general descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio.

## Capítulo 6

### Resultados

El análisis de los datos es mediante el uso del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), por sus siglas en inglés, versión 17 para windows.

El análisis se realizó en tres etapas o momentos, el primero integra resultados por distribuciones porcentuales de las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza de la madre. En un segundo momento se integran los análisis de relación de las conductas alimentarias de riesgo y de las prácticas de crianza de la madre. Por último se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), por sus siglas en inglés, para establecer diferencias entre las CAR y las prácticas de crianza.

- a) Distribuciones porcentuales de las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza

Se muestran los resultados obtenidos por cada una de las conductas alimentarias de riesgo: conducta alimentaria compulsiva o atracón, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria por compensación psicológica y dieta crónica y restringida. Y para cada una de las prácticas de crianza de la madre: peso percibido de la madre, preocupación y control del peso, monitoreo, restricción, presión para comer, responsabilidad, peso percibido del hijo, indicador 1 manipulación y el indicador 2 control.

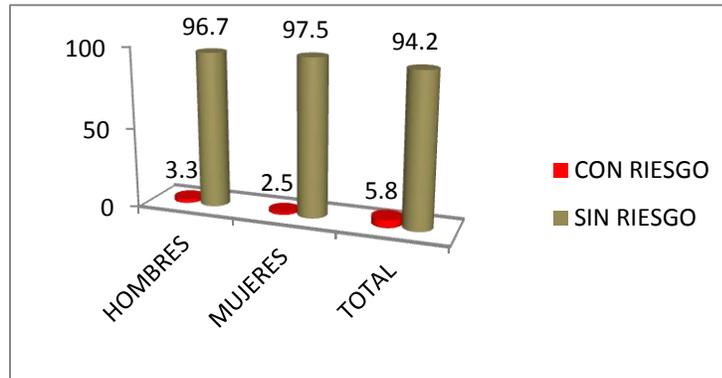
#### Conductas Alimentarias de Riesgo

Por otro lado, se evaluaron las CAR, a través de la *EFRATA*, a continuación se detalla lo encontrado al respecto en esta muestra de adolescentes.

En un primer momento se identificó el número de participantes en situación de riesgo por sus conductas alimentarias, se realizó un análisis de cada una de éstas de acuerdo a los puntos de corte de la *EFRATA*, se estableció la frecuencia de los participantes en cada una de las opciones de respuesta.

## Conducta Alimentaria Compulsiva o Atracón

En la conducta alimentaria compulsiva o atracón se observó que el 5.8% del total de la muestra presentan esta conducta, y al realizar el análisis por sexo, son las mujeres quienes obtienen un menor porcentaje 2.5%, a diferencia de los hombres 3.3% (ver figura 10 y tabla 12).



$n_{\text{hombres}}=158$        $n_{\text{mujeres}}= 203$        $N_{\text{total}}=361$

Figura 10. Distribución porcentual por sexo de la Conducta alimentaria compulsiva

Tabla 12.

Distribución porcentual de la conducta alimentaria compulsiva por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	12	3.32
	H	9	2.49
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>5.81</b>

## Preocupación por el Peso y la Comida

Respecto a la preocupación por el peso y la comida, se encontró que el 10.3% de la muestra total se encuentra en riesgo, y específicamente, los hombres la presentan en un menor porcentaje (4.4%) a diferencia de las mujeres (5.8%) (ver figura 11 y tabla 13).

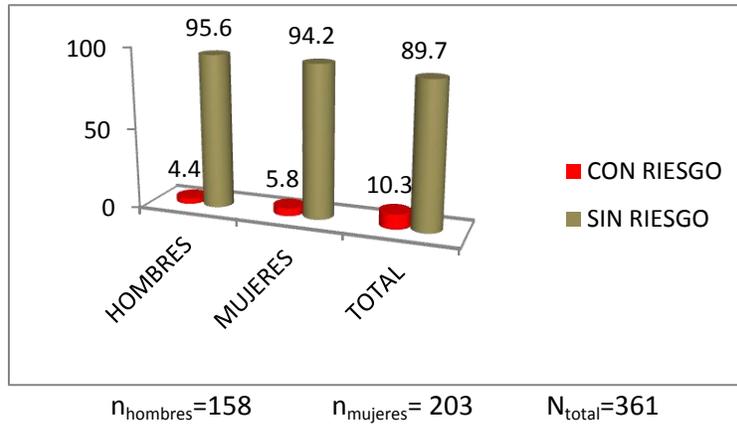


Figura 11. Distribución porcentual por sexo de la preocupación por el peso y la comida

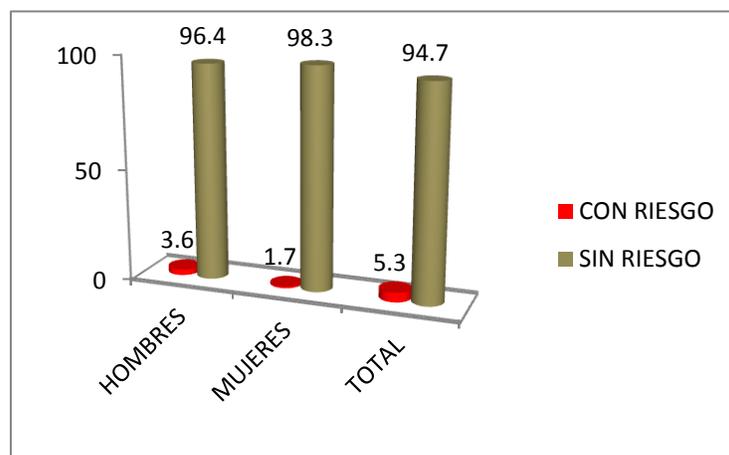
Tabla 13.

Distribución porcentual de la preocupación por el peso y la comida por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	16	4.43
	H	21	5.82
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>10.25</b>

## Dieta Crónica y Restringida

Con relación a la dieta crónica y restringida, en la figura 12, se puede observar que el 94.7% aproximadamente de la muestra total no presenta riesgo, en cambio aproximadamente el 5.3% de los participantes si tiene riesgo. Al realizar el análisis de acuerdo al sexo de los participantes, se encontró que en un mayor porcentaje (3.6%) los hombres a diferencia de las mujeres (1.6%) presentan esta conducta (ver figura 12 y tabla 14).



$n_{\text{hombres}} = 158$

$n_{\text{mujeres}} = 203$

$N_{\text{total}} = 361$

Figura 12. Distribución porcentual por sexo de la dieta crónica y restringida.

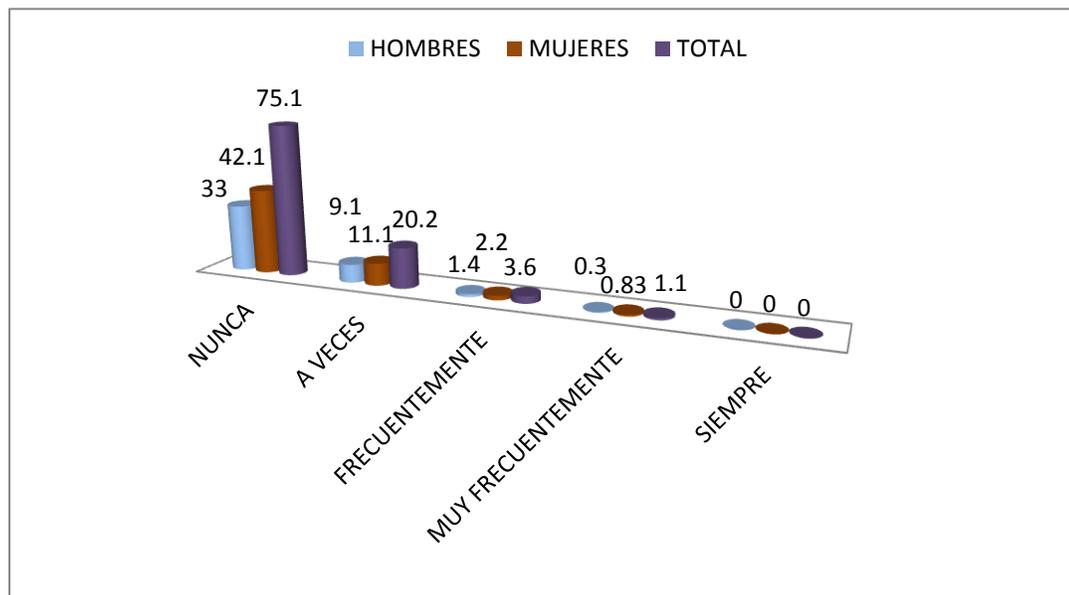
Tabla 14.

Distribución porcentual de la dieta crónica y restringida por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	13	3.60
	H	6	1.66
Total		19	5.26

## Comer por Compensación Psicológica

Con relación al análisis de la conducta de comer por compensación psicológica se encontró que más de la mitad de la muestra (75 %) señalaron la respuesta de *Nunca*, es decir, no ingieren alimentos descontroladamente para tranquilizarse o como remedio para la tristeza, en cambio un 0% respondió de manera afirmativa (*Siempre*) (ver figura 13).



$n_{\text{hombres}}=158$        $n_{\text{mujeres}}= 203$        $N_{\text{total}}=361$

Figura 13. Distribución porcentual de la conducta alimentaria por compensación psicológica por sexo

## Prácticas de Crianza de las Madres Hacia la Alimentación de los Hijos(as)

A continuación se detallan las medias obtenidas por factor del CFQ de manera general y posteriormente de acuerdo al sexo, IMC y tipo de escuela. En un segundo momento se encuentran los resultados obtenidos por estado civil, escolaridad y ocupación de la madre en cada uno de los factores del CFQ.

### a) Medias de respuesta por cada factor del CFQ

Tabla 15.  
Medias de respuesta por cada factor del CFQ

Prácticas Maternales de Alimentación	Media	Desviación estándar
F1 Peso percibido de la madre	2.67	.677
F2 Preocupación y control del peso del hijo(a)	1.92*	.856
F3 Monitoreo	2.23	1.00
F4 Restricción	3.19**	1.01
F5 Presión para comer	3.10**	.940
F6 Responsabilidad percibida	1.90*	.836
F 7 Peso percibido del hijo (a)	2.80	.748
Indicador 1 (Control)	2.52	1.28
Indicador 2 (Manipulación)	3.82**	1.05

\*menor a la media teórica    \*\*mayor a la media teórica

Como puede observarse en la tabla 15, los puntajes son cercanos a la media teórica pero factores como *restricción* obtuvieron puntajes mayores a la media, lo que indica que las madres mantienen a propósito algunos alimentos fuera del alcance de sus hijos (as), prohibiéndoles las golosinas (dulces, helados, galletas) y comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas, papitas) cuando se han portado mal o prohibiéndoles su comida favorita cuando no las obedecen.

De igual manera, el factor presión para comer obtuvo puntajes mayores a la media, esto es, las madres consideran que si no guiaran o regularan la alimentación de sus hijos, éstos comerían menos de lo que deben, considerando

que su hijos (as) deben terminarse toda la comida que se les sirve siendo especialmente cuidadosas para asegurarse que coman suficiente aun cuando les dicen “no tengo hambre”, tratan de hacer que coman de cualquier manera.

También se encuentran puntajes mayores a la media con respecto al factor *Indicador 1 manipulación*, lo que indica que las madres ofrecen golosinas a sus hijos (as) como premio por su buena conducta o su comida favorita a cambio de que se porten bien.

Por el contrario, el factor el factor *preocupación y control del peso del hijo (a)* presenta una tendencia hacia puntajes bajos, implicando que la preocupación de las madres es baja respecto a que su hijo(a) tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado, o que coma demasiado, que tenga sobrepeso, que ingiera alimentos grasosos o gran cantidad de golosinas.

En el factor *responsabilidad percibida* los puntajes son menores con respecto a la media teórica, esto implica que las madres no se perciben con responsabilidad respecto a decidir si su hijo(a) come el tipo de alimento adecuado.

#### b) Análisis de correlación

Se llevó a cabo una correlación entre las prácticas de crianza maternas y las conductas alimentarias de riesgo.

##### a) Relaciones entre prácticas de crianza maternas y las conductas alimentarias de riesgo

Se muestran las interrelaciones entre las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza de las madres (ver tabla 16).

Se puede observar que existe relación inversa estadísticamente significativa baja, entre la conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, la dieta crónica y restringida y conducta alimentaria por compensación psicológica y los factores peso percibido de la madre y el peso percibido del hijo. Esto es, a mayor episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una

gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido; atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere; tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal; ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras, la madre se percibe a sí misma y a su hijo con najo peso.

Una relación inversa estadísticamente significativa baja, entre la preocupación por el peso y la comida y la preocupación y control del peso y el monitoreo. A mayor atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere, menor vigilancia de la alimentación de sus hijos; restricción al acceso de la comida a sus hijos para que coma de menos.

Tabla 16.  
Relaciones entre prácticas de crianza maternas y las CAR

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>	-.120*						-.188**		-.143**
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>	-.184**	-.143**	-.160**				-.275**		-.186**
<b>Dieta Crónica y Restringida</b>	-.139**						-.151**		-.107*
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>	-.154**						-.145**		

Nota. 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

Una relación inversa estadísticamente significativa baja, entre el indicador 2 manipulación y la conducta alimentaria compulsiva, la preocupación por el peso y la comida y la dieta crónica y restringida. A menor oferta a los hijos de alimentos a cambio de algo y/o como premio a su conducta, mayor episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido; atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere; tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

b) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) por IMC saludable

Ahora bien, se muestran las interrelaciones entre las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza de las madres con respecto al IMC saludable para la diada madre hijo (a) (ver tabla 17).

Se puede observar que existe relación inversa estadísticamente significativa y baja entre el factor Conducta Alimentaria Compulsiva y los factores Presión para Comer y Manipulación. Es decir, el hijo (a) presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido y la madre, por su parte, ejerce baja presión para que su hijo (a) coma de más u ofrece alimentos como premio por su conducta.

Con el factor Preocupación por el Peso y la Comida y los factores Preocupación y control del peso, Monitoreo y Peso Percibido del Hijo (a) la relación es inversa estadísticamente significativa y baja, así el hijo (a) muestra atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere, mientras su madre, muestra bajo control del peso, vigilan poco la alimentación y perciben con bajo peso a su hijo (a).

Tabla 17.  
Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por IMC saludable

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>					-.212*			-.217*	-.368**
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>		-.233**	-.199 <sup>†</sup>				-.250**		-.335**
<b>Dieta Crónica y Restrictiva</b>				-.203*					-.303**
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>	-.179 <sup>†</sup>								-.219*

*Nota.* 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

Para el factor Conducta Alimentaria por Compensación y los factores Peso Percibido del Hijo (a) y Control, existe relación inversamente significativa y baja. Esto es, el hijo (a) muestra alta ingesta no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras y las madres perciben con bajo peso y vigilan poco la alimentación de su hijo (a).

Entre Dieta Crónica y Restrictiva y Restricción, la relación es baja inversamente significativa. El hijo (a) muestra tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal, mientras las madres poco restringen el acceso de la comida a sus hijos para que coman de menos.

El factor Control y los factores Conducta Alimentaria Compulsiva, Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica Restrictiva presentan relación inversa estadísticamente significativa y media. Esto es, la madre muestra

baja tendencia a vigilar y controlar la alimentación de su hijo (a), mientras éste muestra episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido; muestran atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere y alta tendencia y repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

c) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) por IMC no saludable

En la tabla 18, se muestra la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza de la madre por IMC no saludable para la diada madre hijo (a).

Tabla 18.  
Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por IMC no saludable

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>							-.207**	-.202**	
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>	-.201**		-.150*				-.286**		
<b>Dieta Crónica y Restringida</b>	-.160*						-.161*	-.141*	
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>							-.190**	-.197*	

Nota. 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

\*p<.05,\*\*p<.01

Así, se observa que en todas las relaciones existe significancia estadística baja e inversa.

Entre el factor Conducta Alimentaria Compulsiva y los factores Peso Percibido del Hijo (a) y Manipulación; es decir, el hijo (a) muestra episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido y las madres lo percibe con bajo peso y presenta baja tendencia a ofrecer alimentos como premio.

El factor Preocupación por el Peso y la comida con los factores Peso percibido de la Madre, Monitoreo y Peso Percibido del Hijo (a); esto es, el hijo (a) muestra atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere mientras la madre se percibe con bajo peso y a su hijo (a) y poco vigilan la alimentación de éste.

El factor Conducta Alimentaria por Compensación y los factores Peso Percibido del Hijo y Manipulación; la ingesta no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras en el hijo (a) es mayor cuando la madre lo percibe con bajo peso y presenta baja tendencia a ofrecer alimentos a cambio de la buena conducta.

Y por último, entre el factor Dieta Crónica y Restringida con los factores Peso Percibido de la Madre, Peso Percibido del Hijo (a) y Manipulación. Es decir, mayor tendencia y repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal, se presenta cuando la madre percibe bajo su peso y el de su hijo (a) y presenta baja tendencia a ofrecer alimentos a cambio de la buena conducta.

Se establecen las relaciones entre los factores que evalúa el CFQ (variables maternas) y los que mide la EFRATA (variables de los hijos e hijas).

- a) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) de acuerdo con la ocupación: ama de casa, de la madre

En la tabla 19, se muestran los resultados de relación entre las CAR y las prácticas de crianza de la madre por ocupación ama de casa.

La única relación existente es inversa y significativamente media entre el factor Preocupación por el Peso y la Comida y el Peso Percibido del Hijo (a). Por lo que cuando el hijo (a) presenta una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere, la madre percibe bajo el peso de su hijo (a).

Tabla 19.  
Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por ama de casa

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>									
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>									
<b>Dieta Crónica y Restringida</b>									
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>									

Nota. 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

- b) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) de acuerdo con la ocupación: empleada, de la madre

Para la ocupación empleada, se muestran los resultados de relación entre las CAR y las prácticas de crianza de la madre (ver tabla 20).

Tabla 20.  
Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por empleada

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>	-.254*			-.333**					
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>									
<b>Dieta Crónica y Restrictiva</b>	-.245*			-.300**					-.257*
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>				-.305**			-.236*		

*Nota.* 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

La relación existente es entre el factor Peso Percibido de la Madre y los factores Conducta Alimentaria Compulsiva y Dieta Crónica y Restrictiva, siendo inversa y significativamente baja. Mientras la madre percibe bajo su peso, el hijo (a) presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido; muestra tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

Para el factor Restricción y los factores Conducta Alimentaria Compulsiva, Conducta Alimentaria por Compensación y Dieta Crónica y Restrictiva la relación es inversa y estadísticamente significativa media. Esto es, mientras la madre poco esta pendiente sobre la alimentación de su hijo (a), éste (a) presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento

ingerido; ingiere de manera no controlada los alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras y muestra tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

El factor Peso Percibido de la madre y el factor Conducta Alimentaria por Compensación muestran una relación inversa y con significación baja. Es decir, mientras la madre percibe bajo su propio peso su hijo (a) ingiere de manera no controlada los alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras y muestra tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

Esta misma significación la muestran la relación entre el factor Control y el factor Dieta Crónica y Restrictiva, por lo que la madre poco vigila y controla la alimentación de su hijo (a), éste (a) presenta tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

c) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) de acuerdo con la ocupación: profesionista, de la madre

Ahora se muestran las relaciones entre las CAR y las prácticas de crianza maternas por ocupación profesionista (ver tabla 21).

Tabla 21.  
Relación entra las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por  
profesionista

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>	-.321**								
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>		-.284*			-.247*				
<b>Dieta Crónica y Restringida</b>									
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>	-.342**								

*Nota.* 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

Existe relación estadísticamente significativa media e inversa entre el factor Peso Percibido de la Madre y los factores Conducta Alimentaria Compulsiva y Conducta Alimentaria por Compensación. Así, la madre presenta baja percepción de su propio peso y su hijo (a) exhibe episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido, además, ingiere de manera no controlada los alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras.

Mientras que entre el factor Preocupación por el Peso y la Comida con los factores Presión para Comer y Preocupación y Control del Peso la relación es inversa y significativamente baja, por lo que el hijo (a) muestra una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere y su madre presenta bajo control y vigilancia de los alimentos que su hijo (a) ingiere.

d) Relaciones obtenidas para la diada madre-hijo (a) de acuerdo con la ocupación: otra, de la madre

Para concluir con este análisis, la tabla 22, muestra las relaciones entre las CAR y las prácticas de crianza de la madre para otra ocupación.

Tabla 22.  
Relación entre las Prácticas de Crianza Maternas y las CAR por otra ocupación

FACTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Conducta Alimentaria Compulsiva</b>			-.233*				-.235*		-.390**
<b>Preocupación por el Peso y la Comida</b>			-.250*						-.272**
<b>Dieta Crónica y Restringida</b>									-.269*
<b>Conducta alimentaria por compensación</b>					-.230*		-.218*		-.320**

*Nota.* 1= Peso percibido de la madre; 2= Preocupación y control del peso; 3= Monitoreo; 4= Restricción; 5= Presión para comer; 6=Responsabilidad; 7=Peso percibido del hijo; 8= Indicador 1 Manipulación; 9= Indicador 2 Control.

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

Se muestra una relación inversa estadísticamente y media entre el factor Conducta Alimentaria Compulsiva y los factores Monitoreo y Peso Percibido del Hijo (a), mientras que con el factor Control es significativamente media. Esto es, el (la) adolescente presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido y su madre poco vigila la alimentación, la percepción del peso de su hijo (a) es baja y es bajo el control de los alimentos que ingiere su hijo (a).

Así, entre el factor Preocupación por el Peso y la Comida y los factores Monitoreo y Control, la relación es inversa estadísticamente significativa baja. Es decir, el hijo (a) presenta una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos que ingiere mientras su madre poco vigila y controla la alimentación de su hijo (a).

Con el factor Conducta Alimentaria por Compensación el factor Control muestra un relación inversa, significativamente media, mientras que con los factores Presión para Comer y Peso Percibido del hijo (a) es baja, por lo que mientras el hijo (a) ingiere de manera no controla los alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras , la madre poco esta pendiente de la alimentación, es baja la tendencia a presionar a su hijo (a) para que coma de más y muestra poca percepción del peso de su hijo.

También, los factores Dieta Crónica y Restringida y Control muestran una relación inversa, estadísticamente significativa baja. El hijo (a) muestra alta tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal y su madre exhibe poco control sobre la alimentación de su hijo (a).

#### d) Análisis de diferencias e interacción

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de dos vías (IMC de los adolescentes y escolaridad de las madres) con respecto a las conductas alimentarias de riesgo y prácticas de crianza de las madres.

También, se llevó a cabo la prueba de Levene, la cual contrasta la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas de la variable dependiente en los grupos o subpoblaciones de la variable independiente. Si el valor asociado al

estadístico de contraste es menor que el nivel de significación fijado (0.05) rechazaríamos la hipótesis alterna de igualdad de varianzas. En este trabajo se asumieron varianzas iguales.

Posteriormente se llevaron a cabo comparaciones post hoc, para averiguar qué media en concreto difiere de qué otra; estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varias comparaciones utilizando las mismas medias. Una vez asumidas las varianzas como iguales, se consideró el método de Scheffé, el cual está basado en la distribución F, permitiendo controlar la tasa de error para el conjunto total de comparaciones que es posible diseñar con J medias (Pardo & Ruiz, 2002).

Cabe aclarar que se realizaron análisis con respecto al sexo de los adolescentes, el estado civil y la escolaridad de las madres y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23.  
Análisis de varianza para la preocupación por el peso y la comida

Fuente	gl	F	Significación
			n
IMC del adolescente	1	1.575	.297
Ocupación de la madre	3	1.291	.419
IMC del adolescente* Ocupación de la madre	3	3.918	<b>.009*</b>

\*p<.05

Como puede observarse en la tabla 23, se encontró una interacción entre el IMC y la ocupación con el factor preocupación por el peso y la comida  $F(3,352)=1.575$ ,  $p=.009$ ;

En la figura 14 se observa que son los adolescentes con IMC saludable y madre profesionalista ( $\mu= 1.6158$ ) quienes presentan menor tendencia a preocuparse por su peso y la comida en comparación con los adolescentes con IMC no saludable y madre profesionalista ( $\mu= 2.2302$ ).

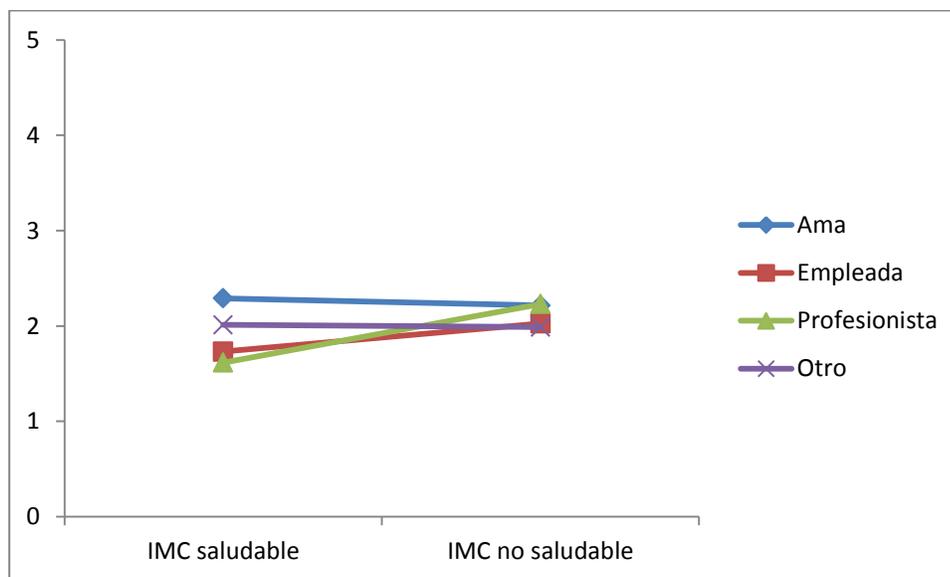


Figura 14. Distribución de medias del IMC y la ocupación para la preocupación por el peso y la comida

En la tabla 24, se observan diferencias en el factor preocupación y control del peso y las medias del IMC  $F(1,353)=24.09, p=.011$  y ocupación  $F(3,353)=16.37, p=.023$ ; y diferencias en las medias de la ocupación de la madre para los factores monitoreo  $F(3,353)=20.36, p=.017$  y peso percibido del hijo  $F(3,353)=49.08, p=.005$ .

Tabla 24.  
Análisis de varianza para las prácticas de crianza

Fuente	Preocupación y control del peso			Monitoreo			Peso percibido del hijo		
	gl	F	Significación	gl	F	Significación	gl	F	Significación
IMC del adolescente	1	24.09	<b>.011*</b>	1	3.508	.136	1	.052	.830
Ocupación de la madre	3	16.37	<b>.023*</b>	3	20.36	<b>.017*</b>	3	49.08	<b>.005*</b>
IMC del adolescente*									
Ocupación de la madre	3	.346	.792	3	.210	.890	3	.139	.937

\*p≤.05

Ahora bien, para las diferencias por IMC para el factor preocupación y control del peso, son las madres de adolescentes con IMC no saludable ( $\mu= 1.856$ ) quienes poco se preocupan y presentan bajo control del peso de su hijo en comparación con las madres de adolescentes con IMC saludable ( $\mu= 2.140$ ) (ver figura 15).

En la figura 16, se observa con respecto a la ocupación de las madres que son las madres amas de casa ( $\mu= 1.788$ ) y con otra ocupación ( $\mu= 1.848$ ) quienes poco se preocupan y presentan bajo control del peso de su hijo en comparación con las madres con profesión ( $\mu= 2.286$ ).

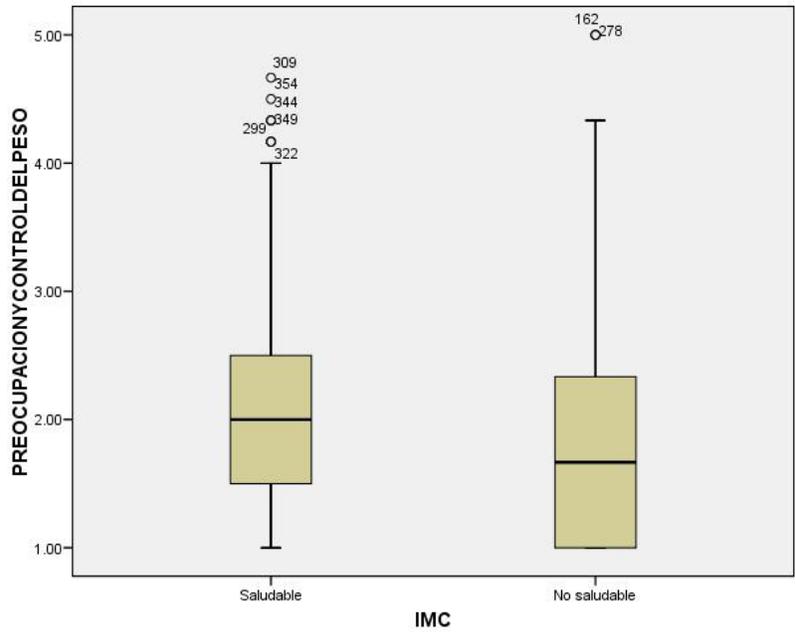


Figura 15. Distribución de medias por IMC para la preocupación y control del peso

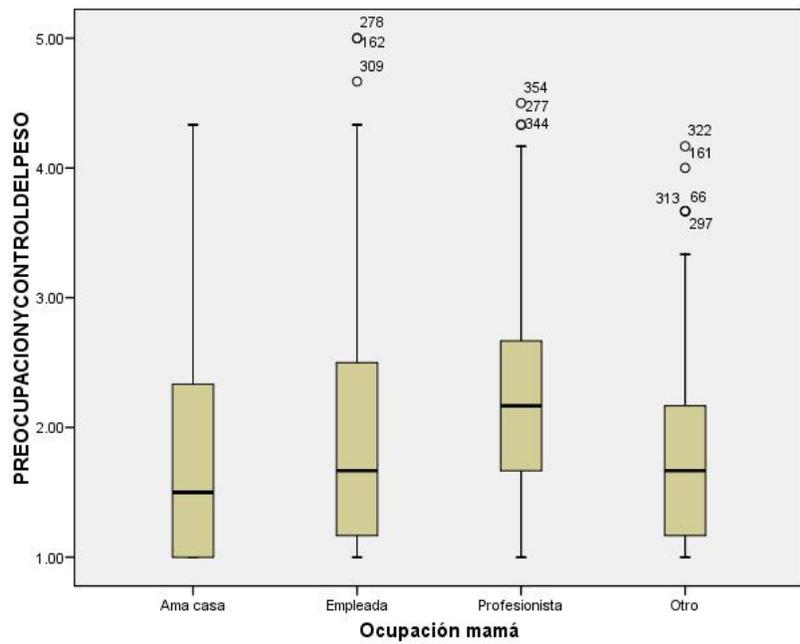


Figura 16. Distribución de medias por ocupación para la preocupación y control del peso

Para el factor monitoreo, se encontró que son las madres amas de casa ( $\mu= 1.955$ ) quienes presentaron menor monitoreo de la alimentación de su hijo (a) en comparación con las madres empleadas ( $\mu= 2.431$ ) y con otra profesión ( $\mu= 2.388$ ) (figura 17).

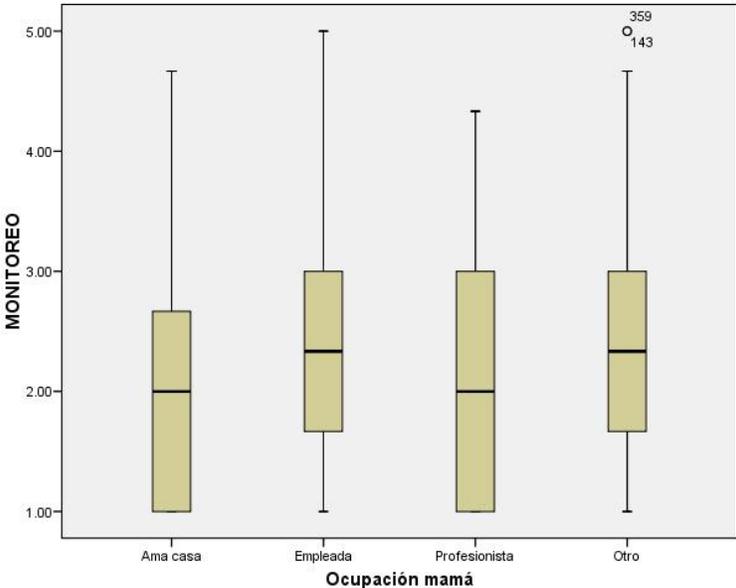


Figura17. Distribución de medias por ocupación para el monitoreo

En la figura 18 se observa que son las madres profesionistas ( $\mu= 3.118$ ) quienes perciben más el peso de su hijo en comparación con las madres amas de casa ( $\mu= 2.632$ ) y con otra ocupación ( $\mu= 2.704$ ).

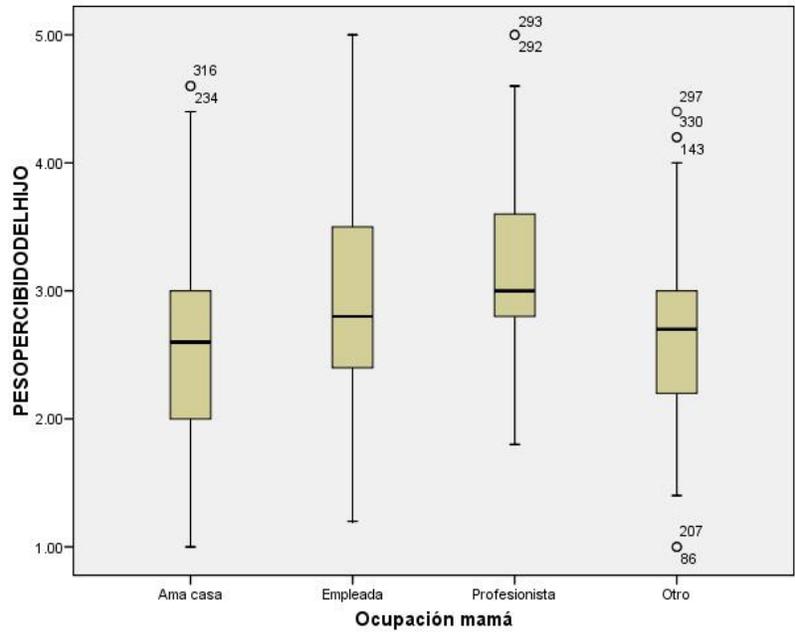


Figura18. Distribución de medias por ocupación para el peso percibido del hijo

## Capítulo 7

### Discusión y Conclusiones

Se puede afirmar que se cumplió con el objetivo general que consistió en determinar las interrelaciones, diferencias e interacciones entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres asociadas con la alimentación de los participantes.

Ahora bien, específicamente respecto a las conductas alimentarias, de manera general se encontró lo siguiente:

a) Conducta alimentaria compulsiva o atracón, se manifestó con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

b) Preocupación por el peso y la comida, son las mujeres quienes presentaron mayor riesgo en comparación con los hombres.

c) Para el factor dieta crónica y restringida, son los hombres quienes tuvieron mayor riesgo en comparación con las mujeres.

d) Con respecto a la conducta de comer por compensación psicológica, se mostró con mayor frecuencia la respuesta de “nunca”, y son los hombres quienes con mayor frecuencia respondieron con esta opción.

Ahora bien, estos resultados son interesantes en cuanto a la conducta alimentaria compulsiva, ya que los resultados de este estudio se encuentran por debajo de las estadísticas que presentan diversos estudios tanto estatales como nacionales. Por ejemplo, datos obtenidos por Guzmán Saldaña (2012) y Soto Martínez (2012), en una muestra de adolescentes de Pachuca, Hidalgo, con obesidad encontraron que esta conducta se presenta con mayor frecuencia en

mujeres que en hombres, aproximadamente en un 8% de la totalidad de participantes. De igual manera, datos nacionales en la ENSE 2008, indican que el 8.2% de los adolescentes con diferentes diagnósticos de IMC, refirieron que tuvieron la sensación de no poder parar de comer en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Al revisar la información por sexo, se observó que una mayor proporción de mujeres (9.8%) experimentaron esa sensación en comparación con los hombres (6.4%). Según la ENSANUT 2006, el 15.8% de los adolescentes refieren que ha tenido la sensación de no poder parar de comer.

Por otra parte, Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004) evaluaron y estimaron el riesgo de alimentación anómala considerando algunas conductas y actitudes asociadas con los TCA en una muestra comunitaria, de ésta, se observó que los hombres tienen puntuaciones más altas en relación a episodios de sobrealimentación; aunque estos mismos autores resaltan la necesidad de examinar el rol sociocultural de los varones en relación a los periodos de sobrealimentación reportados, ya que los datos de este estudio podrían sugerir una mayor aceptación social para este comportamiento en los hombres.

Mientras que, Mascarenhas, Zemel, Tershakovec y Stallings (2003), establecen que a diferencia de los niños, las necesidades nutricionales de los adolescentes difiere entre los varones y las mujeres y estas diferencias según el sexo perduran hasta la adultez. Las razones incluyen la maduración más temprana de las mujeres, la considerable variabilidad de la edad de aparición de la pubertad, y las variaciones con respecto a los requerimientos nutricionales.

De igual manera, Puig y Dini (1996), determinan que en la adolescencia, el pico de mayor velocidad de crecimiento y, por lo tanto, de más requerimientos coincide con el incremento del apetito y de la sensación de hambre, siendo mayor en el varón que en la mujer por su aumento de tejido corporal, específicamente tejido magro con tasa metabólica incrementada y elevado gasto energético debido a la mayor actividad física que en promedio ellos desarrollan.

Por otro lado, en cuanto a la preocupación por el peso y la comida, son las mujeres quienes presentan mayor tendencia, lo cual coincide con los datos de González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999), cuando establecen que la demanda energética de los niños es mayor, y su preocupación por el peso corporal es menor. De igual manera, las mismas autoras encontraron que tres cuartas partes de las niñas de la muestra de su estudio están preocupadas por su peso corporal, no obstante que muchas de ellas eran de peso normal o peso bajo.

Para la conducta de dieta crónica y restringida, son los hombres quienes tuvieron mayor riesgo en comparación con las mujeres. Estos resultados son diferentes a lo que la mayoría de los estudios señalan, por ejemplo, Hill (1993), indica que niñas de nueve a doce años hacen dieta restringida para reducir y mejorar su figura corporal.

De igual manera, Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2002) encontraron que en pre-púberes, púberes y adolescentes comienza el culto por la delgadez y el deseo por hacer dietas crónicas restringidas que les permitan controlar su peso, por ejemplo, saltándose una de las comidas y evitando algunos alimentos considerados como engordadores y consumiendo productos light.

Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998) en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio edad de 10.8 años, encontraron que un 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos como "engordadores", tales como tortillas, pan, y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal. Saucedo-Molina y Pérez-Mitré (2004) informaron que la influencia de la publicidad es una variable que explica la dieta crónica restringida debido a que tiene efectos directos sobre ésta.

Según la ENSE 2008, el 3.3% de la población de 10 años y más contestó que han tenido prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso, en los tres meses anteriores a la aplicación de la

encuesta. En cuanto a los escolares de 10 años y más que asisten a la secundaria, se observó una proporción diferente que mostró prácticas restrictivas entre las mujeres (4.0%) y los hombres (3.4%) de este mismo nivel educativo; lo cual difiere con lo encontrado en este trabajo. Además, según la ENSANUT 2006, el 2.6% de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la encuesta, han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso.

Saucedo-Molina y Gómez Peresmitré (2005) establecen que a mayor IMC el sujeto se percibe con sobrepeso y/u obesidad, y hará dieta restringida, también señalan que a mayor IMC el sujeto se vuelve más sensible a la publicidad, incrementando la probabilidad de que realice dieta restringida.

Respecto a la conducta de comer por compensación psicológica es mayor en mujeres que en hombres, es semejante a lo encontrado por Lora-Cortéz y Saucedo-Molina (2006) en el estudio realizado en mujeres de 25 a 40 años, registraron que del total de la muestra el 17.3% presentan conductas compensatorias. De igual manera, Guzmán Saldaña (2012), encontró datos semejantes en una muestra de adolescentes con obesidad.

Por otro lado, en cuanto a las prácticas de crianza de las madres relacionadas con la alimentación de los hijos e hijas, se observó que las madres mantienen a propósito algunos alimentos fuera del alcance de sus hijos (as), prohibiéndoles las golosinas y comida chatarra cuando se han portado mal o prohibiéndoles su comida favorita cuando no las obedecen, ya que consideran que de no guiar o regular la alimentación se comerían menos alimentos de lo que “deben”, así mismo, ellas contemplan que su hijo (a) debe terminarse toda la comida que se le sirve, siendo especialmente cuidadosas para asegurarse que se alimenten lo suficiente, aun cuando no tengan hambre.

Las madres tratan de hacer que coman de cualquier manera, por lo que vigilan o controlan la alimentación de sus hijos(as), de lo contrario éstos comerían

de más y/o mucha comida chatarra, además perciben a sus hijos (as) con mucho peso (especialmente las madres con hijos de escuela privada, y en donde ellas tienen niveles altos de escolaridad).

Contradictoriamente, cuando se evaluó la responsabilidad de decidir sobre el tipo de alimento que deben de ingerir sus hijos, la mayoría de ellas se manifestó como poco responsables; de igual manera, se mostraron poco preocupadas respecto a que sus hijos hagan dieta para mantener el peso adecuado, o que realicen conductas no saludables como ingerir demasiado alimento, alimentos grasosos o gran cantidad de golosinas, y tener sobrepeso.

Por otro lado, se encontró que las madres manipulan de alguna forma a los hijos(as) ya que llegan a ofrecerles golosinas como premio por su buena conducta, o inclusive su comida favorita a cambio de que se porten bien; por lo que de manera indirecta refuerzan el que los adolescentes ingieran gran cantidad de golosinas, comida chatarra y alimentos grasosos.

Al respecto, Guzmán Saldaña (2012) señala que las madres perciben poca responsabilidad y preocupación y control por el peso de su hijo (a) respecto a ingerir alimentos altos en grasas o golosinas, lo cual coincide con los resultados obtenidos en este trabajo; contrariamente, De Lucio (2010) describe que en estudiantes de primero a sexto grado de una escuela primaria que presentaban riesgo de sobrepeso y sobrepeso, observó una alta preocupación y control del peso del niño y también una alta responsabilidad percibida en cuanto a la alimentación del niño, de igual manera se encontró que cuando el IMC de los niños es alto, las madres se preocupan y controlan más el peso del niño y disminuyen la presión para comer.

Brann y Skinner (2005) establecen que los padres de varones con un alto IMC monitorean menos a sus hijos acerca de lo que comen que los padres de niños con un IMC normal. 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.

Contrariamente con los resultados de este estudio, pero que de alguna forma explican el proceso de crianza que siguen las madres en esta muestra Birch & Fisher (2000), el restringir en los niños la comida que más les gusta incrementa la probabilidad de que estos ingieran esos alimentos cuando tienen un acceso libre a ello. De Lucio (2010) indica que es a los hombres a quienes más se les restringe la alimentación; sin embargo, Guzmán Saldaña (2012) señala que son las madres de mujeres las que restringen de ciertos alimentos.

Respecto a la práctica de presión para comer por parte de la madre hacia sus hijos (as), se encontró que las madres presentan alta tendencia, lo que se confirma con lo encontrado por Brann y Skinner (2005), quienes establecen 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. Guzmán Saldaña (2012), establece que las madres de varones ejercen presión para que el hijo coma y se acabe todo lo que le sirve en el plato.

Además, De Lucio (2010) apreció que las madres con estudios únicamente de primaria, tienden a presionar más para comer que aquellas con secundaria o licenciatura/posgrado. Wasch, Creed-Kanashiro, Cueto y Jacoby (2008) establecen que niveles altos de la inteligencia materna (escolaridad), facilitan un mayor uso de estrategias de comportamiento de adaptación que podrían promover una mejor salud y nutrición de los hijos.

La manipulación se encontró por encima de la media, lo que implica que las madres utilizan el alimento para lograr lo que quieren respecto al comportamiento de los hijos(as); en este sentido Guzmán Saldaña (2012), señala que las madres de varones ofrecen a sus hijos su comida favorita a cambio de que se porten bien, además de golosinas como premio. Para Vera-Noriega (2008), las madres recompensan con dinero, compran galletas o dulces, o simplemente lo que quiera comer su hijo cuando se ha portado bien.

Cabe señalar, que Kröller y Warschburger (2009) en un modelo para explicar alimentación saludable informaron de los efectos positivos como la reducción de peso del niño, disminuyendo su ingesta de alimentos poco saludables y el aumento de la ingesta de comida saludable, debido al control ejercido por la madre.

Para Vera-Noriega (2007), particularmente las madres de comunidades rurales, con un ingreso familiar de menos de cinco salarios mínimos, controlan y vigilan lo que su hijo come, lo cual confirma lo encontrado en el presente estudio.

En cuanto a la práctica de preocupación y control del peso del hijo, se ha encontrado que la baja percepción por parte de la madre en cuanto al peso del hijo, se vincula con baja responsabilidad percibida (Guerrero & Márquez, 2012). Esto tiene que ver de alguna forma con los conocimientos que la madre tiene acerca de la salud, nutrición y desarrollo del niño, que son aspectos fundamentales para el adecuado cuidado de éste; por lo que si la madre no percibe a su hijo con obesidad, ésta difícilmente tomará acciones de cuidado (Vera-Noriega, 1996).

En cuanto a la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres, a continuación se discute de manera general sobre las relaciones existentes.

Siguiendo en la línea de la relación de la conducta alimentaria compulsiva y las prácticas de crianza se encontró de manera general, que hay una relación inversa respecto a las prácticas de: peso percibido de la madre y la percepción del peso del hijo (a); esto es, cuando las prácticas antes señaladas disminuyen de valor, las conductas alimentarias compulsivas aumentan.

En cuanto a la conducta preocupación por el peso y la comida y las prácticas de crianza: peso percibido de la madre, preocupación y control del peso, monitoreo, y manipulación se encontró una relación inversa; pues cuando éstas disminuyen de valor, la conducta alimentaria aumenta.

De igual manera, cuando la conducta dieta crónica y restringida aumenta, las prácticas de crianza: peso percibido de la madre, la percepción del peso del hijo (a) y la manipulación disminuyen.

También, la relación entre la conducta alimentaria por compensación psicológica y las prácticas de crianza es inversa, pues cuando la conducta alimentaria aumenta las prácticas: el peso percibido de la madre y la percepción del peso del hijo (a).

Con lo anterior se acepta la hipótesis alterna, la cual establece que existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y las prácticas de crianza de sus madres.

Guerrero y Márquez (2012), encontraron en mujeres de primaria, una relación positiva estadísticamente significativa entre el peso percibido de la madre y la preocupación por el peso y la comida, así como entre el peso percibido de la madre y la dieta crónica y restringida. Mientras que en hombres de primaria, encontraron una relación positiva entre la preocupación y control del peso y dieta crónica y restringida. Por último, una relación negativa estadísticamente significativa entre el monitoreo y la preocupación por el peso y la comida, en mujeres de secundaria; coincidiendo con lo encontrado en este estudio.

Para el objetivo que comprende las diferencias considerando el IMC (saludable y no saludable) de los adolescentes y la ocupación de la madre (clasificadas como ama de casa, empleada, profesionista, u otra ocupación), respecto a las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza materna, solo se presentaron diferencias significativas en tres tipos de prácticas: preocupación y control del peso del hijo(a), monitoreo y percepción del peso del hijo. A continuación se discute sobre cada una de ellas.

En lo que respecta a preocupación y control de peso del hijo, se encontró que las madres de adolescentes con IMC no saludable: se preocupan poco, y así

mismo, controlan poco el peso de su hijo, a diferencia de las madres con hijos con IMC saludable; con relación a la ocupación de las amas de casa y con otra ocupación, se preocupan poco, y también presentan bajo control del peso de su hijo, en comparación con las madres con profesión.

En cuanto al monitoreo y la ocupación de la madre, son las amas de casa quienes presentaron menor monitoreo de la alimentación de su hijo (a) en comparación con las madres empleadas y con otra profesión.

Con relación a la percepción del peso del hijo, son las madres profesionistas quienes perciben de mejor manera el peso de su hijo en comparación con las madres amas de casa y con otra ocupación.

Los resultados evidenciaron que se acepta la hipótesis alterna, en donde existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el IMC de los adolescentes y la ocupación de la madre.

Finalmente, se desarrolló el objetivo de establecer la interacción entre el IMC de los adolescentes y las diferentes ocupaciones de las madres, respecto a cada una de las conductas alimentarias de riesgo y las prácticas de crianza materna. En este sentido solo se observaron interacciones para la conducta alimentaria de riesgo: preocupación por el peso y la comida. Son los adolescentes con IMC saludable y madre profesionista quienes presentan menor tendencia a preocuparse en comparación con los adolescentes con IMC no saludable y madre profesionista.

Las hipótesis que se cumplió fue la alterna, ya que si existe interacción estadísticamente significativa IMC de los adolescentes y la escolaridad de la madre con respecto a la preocupación por el peso y la comida. Para las demás conductas y las prácticas de crianza materna se aceptó la hipótesis nula.

Ahora bien, se pone de relieve la importancia que desempeña la madre en cuanto al cuidado del hijo. Así, Vera-Noriega, Peña y Domínguez (2002) establecen que la conducta alimentaria de los niños, que incluye preferencias, cantidades y espacio-tiempo de consumo depende en parte de las estrategias enseñanza-aprendizaje seguidas por la madre. Existen al menos tres grupos de variables comportamentales relacionados con la alimentación en el niño:

- a) La monotonía o diversidad de la dieta, que se relaciona con la cultura alimentaria de una región y las posibilidades de acceso a un conjunto amplio de alimentos. Esta misma depende de las competencias, habilidades y recursos instrumentales de la madre para preparar una dieta variada;
- b) por las proporciones de riesgo y rasgos de personalidad de la madre como factores individuales que predisponen al cuidador en la búsqueda de alternativas de preparación y consumo;
- c) las técnicas de enseñanza que la madre utiliza durante los episodios de alimentación para estimular y promover el consumo de dietas variadas en sus hijos.

Para las madres de niños con dietas monotonas, la percepción, susceptibilidad y controlabilidad de riesgo está asociado con el riesgo que la madre estima de una dieta variada y ofrece recompensas al niño para comer, y no se interesa por los conocimientos sobre alimentación e higiene infantil.

De igual manera, las madres de la zona rural en las comunidades más tradicionales se preocupan más por el orden y la disciplina relacionada con el consumo de alimentos, mientras que en las familias rurales con más de cinco salarios mínimos se vuelve más importante la conducta exhibida en la mesa, tanto social como higiénica (Vera-Noriega & Morales Figueroa, 1996).

Vera-Noriega (1996) considera que el problema de la pobreza afecta el tiempo disponible para el cuidado del niño y la socialización, además que impone

restricciones sobre los recursos materiales e intelectuales para el proceso enseñanza-aprendizaje.

También, el cuidado del niño en zonas rurales está, en principio, asociado al análisis de las formas particulares con las cuales la madre o cuidador enfrenta la alimentación, la salud y el desarrollo, lo que se relaciona con sus estilos, creencias y percepciones, que dependen de aspectos de tipo socioeconómico y cultural. Ahora bien, gran parte de las veces el concepto de cuidado es fundamentalmente curativo y, por lo tanto, relacionado más con el estudio de la enfermedad que con el de salud, más con el concepto de desnutrición, y con el retardo que con el desarrollo (Vera-Noriega, Peña & Domínguez, 2002).

Por otro lado, al considerar aspectos del tipo cultural, el estudio del niño del nacimiento a los seis años en la zona rural trae por consecuencia el interés por el microambiente familiar. El resultado de esto, permite por un lado, abstraer variables genéricas y por otro reconocer variantes singulares que se encuentran fundamentalmente asociadas a las diferencias en educación, impactando en creencias y actitudes relacionadas con las expectativas de la crianza y la valoración social del maternaje (Vera-Noriega, Peña & Domínguez, 2002).

Super y Harkness (1982) consideran que las diferencias entre culturas resultan del hecho que las creencias de los adultos acerca de las naturaleza del desarrollo difiere de comunidad a comunidad y estas creencias afectan la conducta de los padres.

LeVine (1974) sugiere que las prácticas de crianza reflejan los patrones de intereses para la sobrevivencia del niño. Esta teoría supone que en aquellos lugares en donde la mortalidad infantil es baja pero los recursos de subsistencia son escasos, los padres están preocupados con la capacidad del niño para lograr de forma independiente un futuro económico.

Kohn's (1980) sugiere que en aquellos países en los cuales el padre tiene una ocupación de collar-azul el trato con el niño subraya la conformidad con las reglas en su crianza, mientras los profesionales, obreros calificados moldean la

iniciativa y la independencia. Se cree que esto sucede por que en profesionales y ocupacionales de gerencia media la independencia y la iniciativa juegan un papel importante, mientras en los de collar-azul la obediencia es fundamental para su permanencia.

Hoffman y Hoffman (1973) desarrollaron una teoría para explicar diferencias entre culturas en la crianza, con el objeto de investigar la motivación de reproducirse. En el centro de esta teoría esta la idea de que el niño viene a satisfacer ciertas necesidades básicas de los padres, tales como la necesidad de amar, de estimulación y diversión o seguridad económica. Las necesidades que el niño viene a satisfacer son afectadas por la estructura social y económica de una sociedad particular, así que son distintas en diferentes grupos.

Vera-Noriega, Peña y Domínguez (2002) consideran que la desnutrición leve está relacionada con variables de corte cultural que se concretizan en la idiosincrasia de una comunidad en pobreza y que pueden y deben ser estudiadas a nivel de la familia como unidad de análisis tomado como eje fundamental el crecimiento del niño.

Ajzen y Madden (1986), parten del supuesto que la desnutrición leve en comunidades en pobreza se relaciona con un problema de diversidad de la dieta y a su vez es influida por los conocimientos y estimaciones de riesgo y características de personalidad de la madre, específicamente los estilos de personalidad covarían con los conocimientos y percepción para explicar las diferencias en la diversidad de la dieta.

Para Vera-Noriega, Peña y Domínguez (2002) un niño puede presentar desnutrición moderada dentro de su grupo, asociado a la depresión materna y ocupación del padre, mientras que en otro análisis considera el desarrollo psicológico promedio y las variables relacionadas son percepción de apoyo paterno y educación de la madre.

En general, se puede concluir lo siguiente:

a) Para las CAR son los hombres quienes presentan mayor riesgo en comer compulsivo, y comer por compensación psicológica; y las mujeres en preocupación por el peso y la comida y la dieta crónica y restringida. Independientemente de la CAR que se esté evaluando, se encuentran en mayor riesgo los adolescentes con IMC no saludable e inscritos en escuela pública.

b) Con respecto a las prácticas de crianza la restricción, la presión para comer, y el indicador manipulación son los que con mayor frecuencia se encontraron por encima de la media teórica (puntaje de 3) por el contrario, los factores preocupación y control del peso y responsabilidad percibida se observaron por debajo de la media antes mencionada.

c) con respecto a las relaciones, las CAR y el peso percibido de la madre y peso percibido del hijo; entre la preocupación por el peso y la comida y la preocupación y control del peso y el monitoreo; y entre la conducta alimentaria compulsiva, la preocupación por el peso y la comida y la dieta crónica y restringida con el indicador 1 manipulación, son las presentaron correlaciones estadísticamente significativas.

d) Es en las prácticas preocupación y control del peso del hijo, monitoreo y peso percibido del hijo dónde se encontraron diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con el IMC de los adolescentes y la ocupación de su madre.

e) Solamente la preocupación por el peso y la comida mostró una interacción significativa respecto al IMC de los adolescentes y la ocupación de las madres.

## **Limitaciones y sugerencias**

Los resultados de éste trabajo de investigación brindan información relevante con respecto al índice de masa corporal de adolescentes y la ocupación de la madre en un contexto de las prácticas de crianza y las conductas alimentarias de riesgo.

Con respecto a las limitaciones, estas se pueden considerar desde dos aspectos, lo metodológico y lo administrativo.

a) Respecto al primer punto, se tuvo la limitante de no contar con el número suficiente de participantes para realizar de manera adecuada el análisis estadístico propio de las interacciones entre variables; es decir, se debió de llevar a cabo un muestreo por cuota.

b) Se debió de considerar la posibilidad de tener a más participantes para poder hacer generalizaciones de los resultados.

En cuanto al proceso administrativo se enfrentó a la dificultad de adaptarse a los tiempos establecidos por los directivos, tanto para la aplicación de los instrumentos como en la obtención del peso y talla; otro obstáculo es la participación de los padres y el consentimiento para la aportación de datos de sus hijos que pudieron servir para realizar análisis estadísticos diferentes a los realizados en este trabajo.

Con respecto a sugerencias para estudios posteriores, partiendo 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 preventiva primaria y secundaria. Considerando que la forma en la que se manifiestan las CAR, es diferente de acuerdo con el sexo de los jóvenes y al IMC (saludable y no saludable); y además, de que las madres de familia realizan prácticas de crianza diferentes de acuerdo con: su estado civil, escolaridad y ocupación, las intervenciones debe de ser diferenciadas de tal forma que se adecuen a las características de la población para las que van dirigidas. Recordando que los padres y madres actúan como agentes de cambio al modificar sus propios estilos de vida impactando en sus hijos; de tal forma que la madre se observe como sujeto activo.

De igual manera, considerar los datos obtenidos de acuerdo a la distribución porcentual de adolescentes que no se encuentran en riesgo, con respecto a las conductas alimentarias, y crear un perfil que permita desarrollar un programa preventivo primario que coadyuve en el fortalecimiento de factores protectores y evitar caer en riesgo.

Además, abordar técnicas que auxilien en el proceso tales como: psicoeducación, relajación, entrenamiento autoinstruccional, reforzamiento, dinámica grupal, asertividad, habilidades sociales, autoeficacia, autoestima, pensamiento crítico y realización de actividad física, entre otras.

De igual manera, la conformación de un grupo multidisciplinario de especialistas, psicólogos, médicos, nutriólogos, profesores de educación física, que guíen, asesoren y traten a las madres y sus hijos para logran un cambio sustancial y duradero en hábitos alimenticios y de educación física.

Por otro lado, extender a medios rurales para obtener más conocimiento de datos sobre las conductas alimentarias de riesgo y su relación con las prácticas de crianza que permitan un mejor entendimiento de la problemática y así desarrollar técnicas que auxilien en la disminución de la misma.

De igual forma, es relevante el considerar otras variables sociodemográficas como el número de hermanos, el nivel socioeconómico; así como otras variables psicosociales como la actividad física, autoeficacia y percepción de los adolescentes sobre las prácticas de crianza de sus padres, entre otras.

Específicamente para la madre considerar su IMC, la edad, redes de apoyo ingreso económico, relación con la pareja, número de hijos, acceso a variedad de alimentos y su contexto sociocultural.

## REFERENCIAS

- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: The stress of parenting. *Journal of clinical Child Psychology, 19*, 298-301.
- Abidin, R. & Brunner, J. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 31-40.
- Acosta-García, M., Llopis, J., Gómez-Péresmitré, 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.
- Aguirre, E. (2000). Socialización Prácticas de Crianza. (2000). En E., Aguirre & E., Durán. *Socialización: Prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Centro de Estudios Sociales.
- Aguirre, E. & Durán, E. (2000). *Socialización: Prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Centro de Estudios Sociales.
- Álvarez G. (2006). *Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Álvarez, D. T., Franco, K., Mancilla, J. M., Álvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea, 7*, 26-35.
- Álvarez, G., Vázquez, R., López, X., Bosques, E. & Mancilla, J. M. (2002). Estudio exploratorio de la asociación entre roles sexuales y sintomatología de trastornos alimentarios. *Psicología Social en México, 9*, 109-114.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2001) *Manual of the American Psychological Association (5th ed.)*. Washington. DC: American Psychological Association.
- Araya, L. (2001). Anorexia: búsqueda religiosa desde el desorden simbólico. *Revista Duoda, 20*, 17-49.
- 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.
- Ávila, L., Lozano, M.V. & Ortiz, L.G. (1997). *Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal en niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria*. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ajzen, Y. & Madden, T. J. (1986). Predicting of goal-directed behavior. *Journal exp social psych, 22*, 453-479.

- Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19(2), 22-27.
- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C., & Ferrer, M. (2002). *Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia*. Universidad de Girona: Depto. de Psicología.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 195-215.
- Barriguete A. (2003). Anorexia y Bulimia nervosa: el control del miedo. *Cuaderno Nutrición*, 26(6), 282-284.
- 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.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C., & Baños, R. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, 58(3), 268-72
- 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.
- Benneit, J. & Latorre, J. M. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen
- Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social [BINASSS] (2001). *La alimentación*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/alimentacion.htm>
- Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12, 197-2002.
- 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). Mother's Child-feeding practices influence daughter's eating and weight. *American Journal Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12, 197-2002.
- Brann, L. & 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.
- Bronfrenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano, Cognición y Desarrollo Humano*. España: Paidós.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 26(4), 212–217.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American Journal Of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538.
- Bundell, J. (1991). The Biology of appetite. *Clinical Applied Nutrition*, 1, 21-31

- Callejo, J. (2000). Notas sobre la concepción de modelo por los manuales de técnicas de investigación social. *Empiria, Revista de metodología en ciencias sociales*, 3, 195-205.
- Casanueva, E. & Morales, M. (2001). Nutrición en adolescentes. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, A. Perez-Lizaur, & P. Arroyo (Eds). *Nutriología Médica* (pp. 85-101). México: Medica Panamericana.
- Casas Rivero, J. J. & Ceñal González Fierro, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- CDC (2003). *Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/te>.
- Chinchilla, A. (2003). ¿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.
- Clark, H., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L. & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal Public Health*, 29, 132-141.
- 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.
- 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.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (2001). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: GEDISA.
- 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].
- Davidoff, L. (1979). *Introducción a la psicología*, 3. México: McGraw Hill.
- Dearling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological bulletin*, 113, 487-496.
- Delgado, G. (1998). *Violencia y género*. Manizales: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*, 8 (pp. 531-589). México, D. F: Siglo XXI.
- De Lucio, M. (2010). *Prácticas de crianza alimentarias en madres con hijos con riesgo de sobrepeso y sobrepeso* (Tesis de Licenciatura). UAEH, Hidalgo.
- De Tejada, M., González de Tino, A. & Porrás, R. (1996). Aproximación del perfil conductual de madres con niños desnutridos graves. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 59,1.
- Díaz, M, P. (2000). Percepción materna del estado nutritivo 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.

- Domínguez, G. L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de [http://www.conductitlan.net/50\\_adolescencia\\_y\\_juventud.pdf](http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf)
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *The Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- 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.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., Alemán, A., & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12 (2), 217–235.
- Espina Eizaguirre, A., Ochoa de Alda Martínez de Apellániz, I. & Ortego Sáenz de Cabezón M. A. (2007). Conductas Alimentarias, Salud Mental y Estilos de Crianza en Adolescentes de Gipuzkoa. Ordizia: Arazi IKT, S.L.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Gimenez, L., Solano, R., Collier, D. & Treasure, J. (2004). *Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales con respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación*. Recuperado de [www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/.../298/htm](http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/.../298/htm)
- 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.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_57731.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_57731.html)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *La adolescencia una época de oportunidades*. Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/publications/index\\_4266.html](http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4266.html)
- Galván, M., Amezcua González, A. & López Rodríguez, G. (2011). *Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010. Resultados principales*. México: UAEH, DIF-Hidalgo, SEP-H, SSa-H).
- 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.
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D. M. (1997). *Eating disorder inventory – 2. Professional Manual (FA)*: Psychological Assessment Resources.
- Garner, DM. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Ge, X., Conger, R. D. & Elder, G. H. (1996). Coming of age too early; Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67, 3386-3400.
- Gómez, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 37-45.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal como muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Trastornos del comer: Imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*, VII, 277-282.
- 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., Saucedo-Molina, T. & Unikel, S. (2001). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud. En N. Calleja, y Gómez-Peresmitré (comp.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp. 267-315) México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura por la Delgadez: Figura Ideal, Anoréctica 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: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324 [versión electrónica].
- Gómez, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.
- Gómez, G. & Saucedo-Molina, T. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 69-74.
- González, S. L. M., Lizano, M. M. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Factores de Riesgo en Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-atribución en una muestra de Niños Escolares Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 3 (26), 1-8.
- Guerrero, N & Márquez, M. V. (2011). *Prácticas de crianza en madres de preadolescentes y adolescentes obesos y su relación con conductas alimentarias de riesgo en escuelas públicas de Pachuca, Hidalgo*. (Tesis de Licenciatura). UAEH, Hidalgo.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina, M. (2001) El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que muestran conducta alimentaria de riesgo. *Revista de Investigación clínica*, 24(6).
- Guyton, A. C. (1987). *Fisiología humana*, 6, (pp.568-640). México: Editorial Iberoamericana Mc Graw-Hill.

- Guzmán Saldaña, R. M. E. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 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].
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación. Cuarta edición*. D.F. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoek, H.W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 383-396.
- Hoffman, L. W. & Hoffman, M. L. (1973). The value children to parents. *Psychological perspectives on fertility*. New York: Basic books.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, G., & Celis, J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1) [versión electrónica].
- INEGI (2004). *Estadísticas a propósito del día internacional de las poblaciones Indígenas: Datos nacionales*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INSALUD (1995). *Proyecto coste por proceso*. Hospitales del INSALUD.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Evaluación Específica de Desempeño. Atención a la Salud Pública*. México: IMSS. Recuperado de: [http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/0910\\_E001\\_ejecutivo.pdf](http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/0910_E001_ejecutivo.pdf)
- Jácome, A. (2005). *Fisiología endócrina*, 3. Bogotá, DC, Colombia: Academia Nacional de Medicina de Bogotá.
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*, 3. México: Pearson.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119 – 125
- Kail. R. & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*, 3, (pp. 300-369). México, D.F: CENGAGE Learning.
- Kitzmann, K. & Beech, B. (2006). Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 175-189.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Kohn, M. L. (1980). *Personality, occupation and social situation a frame of reference*. Heidelberg, West Germany: Klett-Cotta.
- 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.
- Lanza, S. & Collins, L. (2002). Pubertal timing and the onset of substance use in females during early Adolescence. *Prevention Science*, 3, 69-82.

- Latané, B. (1994). Una teoría elemental de cultura. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10 (2), 109-122.
- 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].
- López, L. (1999) Anorexia: Comer Nada. Una Perspectiva Psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 599-608.
- Lora, C. (2003). *Conductas alimentarias de riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres adultas de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura en Nutrición. México, D.F. Escuela de Dietética y Nutrición. México.
- Lora-Cortés, 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, 60-67.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W. & Kurland, L. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45 year study. *Clinical Process*, 63, 433-442.
- Mamund, 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., Franco Paredes, K., Álvarez Rayón, G., López Águilar, X., Vázquez Arévalo, R. & Ocampo Téllez-Girón, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 56-65.
- Mancilla, J., Álvarez, G., Román, M., Vázquez, R. & Ocampo, M. (1997). Evaluación de la relación obesidad-depresión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (42-43) ,6-13.
- March, J., Suess A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E., & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (1), 4-12.
- Marco, J. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios: Eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual* (Tesis Doctoral). Universitat Jaume, Facultad de Ciencias Sociales.
- 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].
- Mascarenhas, M., Zemel, B., Tershakovec, A. & Stallings, V. (2003). Capitulo 39 Adolescencia, (pp. 466-479). En Bowman & Russell (2003) *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Suecia: Organización Panamericana de la Salud.
- Mc Creary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of Early Adolescent*, 22, 96-108.

- Medina-Mora M.E., Borges. G., Lara. C., Benjet, C., Blanco, J. & Fleiz, C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- 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: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Morales, L. (2006). La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*, 3, 18-26
- Myers, R. (1994). *Prácticas de crianza*. Bogotá: CELAMUNICEF.
- 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.
- Newmark-Sztainer, D. (2006). *“¡Estoy tan gorda!”* España: Robin Book.
- Newmark-Staizner, D., Butler, R. & Palti, H. (1996). Personal and socioenvironmental predictors of disordered eating among adolescent females. *Journal of Nutritional Education*, 28, 195-201.
- Newmark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M. & and Perry, C. L. (2004). Weight-control behaviours among adolescent girls and boys: implications for dietary intake. *Journal of American Dietetic Association*, 104 (6), 913-920.
- Newmark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Perry, C. L. & Irving, L. M. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 171-178.
- 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.
- 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 (2000). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado de [http://www.who.int/child/adolescent\\_health-topics/development/es/](http://www.who.int/child/adolescent_health-topics/development/es/).
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Diabetes*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y Salud. Sobre Peso y Obesidad*. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Ortiz, M. (2007). *Alimentación y Nutrición*. Recuperado de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo\\_09.pdf](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].
- Ossorio, M. (2000). *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*. Buenos Aires: Eliasta.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Dusjin, R. (2005). *Desarrollo Humano*, 9 México: Mc Graw Hill.

- Pardo, A. & Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. México: Mc Graw Hill., pp. 425-441..
- 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. (2004). *Crianza y desarrollo infantil en familias rurales de la región sur del estado de Sonora*. (Tesis inédita de maestría). Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C, Hermosillo, Sonora, México.
- Perry, J., Silvera. D., Neilands, T., Rosenvinge, J. & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and disturbances in Nonwegian and American collage populations. *Eating Behaviors*, 9, 13-24 [version electronica].
- Ploog, D. W. & Pirke, K.M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psicology Medical*, 17, 843-859.
- Polivy, J. & Herman, P. (1993). Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. En C. F. Fairbum, y G. T. Wilson. (Ed.). *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press. Wilson.
- Puig, M. & Dini, E. (1996). Alimentación del preescolar, escolar y adolescente (pp. 41-66). En Asociación Mexicana de Pediatría. (1996). *Nutrición*. Interamericana Mc Graw-Hill: México.
- Raich, R. (1995) *Anorexia y Bulimia; Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (2000): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mexicanas: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7), 149-161 [versión electrónica].
- Rodríguez. A. M., Martínez, J. M., Novalbos, J. P., Ruiz, M. A. & Jiménez, D. (2003). Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Revista Española de Salud Pública*, 6, 1-6.
- Rodríguez López, J. M. & Agudo Baez, M. P. (1998). *El concepto y la imagen de escuela en los diplomados universitarios de magisterio*. *Tendencias pedagógicas*, 1(24),243-250
- Roitenberg, J. (2001). *Uso del tratamiento psicológico en niños con trastornos genéticos: Razones y ventajas*. ANSARES. Consultorio Especializado en desarrollo infantil. Recuperado de [http://www.ansares.com.ar/uso\\_trat\\_psi.htm](http://www.ansares.com.ar/uso_trat_psi.htm)
- Saldaña, C. & Rosell, R. (1988). *Obesidad*. España: Martínez Roca.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M. & Moral, J. (2009). La Insatisfacción de Imagen Corporal: Trastorno Psicológico o Conducta Normativa. En Consorcio de Universidades Mexicanas (Ed.), *Investigación en Psicología Social. Experiencias desde las Universidades Públicas*, 159-187.
- Sánchez Sosa, J.C., Villarreal González, M. E. & Musitu Ochoa, G. (2010). *Psicología y trastornos alimenticios. Un modelo de campo psicosocial*. México: Universidad de Nuevo León.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson. Prentice Hall.
- Saucedo-Molina, T. J. (2003). *Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y sus madres*. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Saucedo-Molina, T. & Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista Psiquiatría, Facultad de Medicina Barma*, 31(2), 69-74 [versión electrónica].
- Saucedo-Molina, T. J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad Barma*, 32, 2,67-74 [versión electrónica].
- Saucedo-Molina, T. J., Escamilla-Talón, T., 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. J., Unikel, S. C., Villatoro. V. J. & Fleiz, B. C. (2003). Curvas percentilares del Índice de Masa Corporal; autoinforme de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica*, 24(1), 23-28.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado de [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA\\_acuerdo\\_original.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf)
- Shamah-Levy T. (2010). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shisslak, C. M., Crago, M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Shulman, S. & Kipnis, O. (2001). Adolescent romantic relationships: A look from the future. *Journal of Adolescence*, 24, 337-351.
- Smetana, J. (2005). *Adolescent-parent conflict: Resistance and subversión as developmental process. Conflict, contradiction and contrarian elements in moral development and education*. Mahwah, NJ: Erlbaum, pp. 69-91.
- Soto Martínez, D. (2012). *Imagen corporal, Conductas Alimentarias de Riesgo e Influencia de los Medios sobre el Modelo Estético Corporal en Adolescentes que padecen Obesidad*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo.
- Stein, J. H. & Reiser, L. W. (1994). A study of white middleclass adolescent boys' responses to "semenarche" (the first ejaculation). *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 373-384.
- Steinberg, L. (2001). We know some things parents-adolescent relation in retrospect and prospect. *Journal of Research on a Adolescence*, 11(1), 1- 19.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C. & Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychologist*, 107, 671-674.
- Striegel-More, R. H. & Steiner-Adair, C. (1993). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. España: Granica.
- Super, C. & Harkness, S. (1982). The development of affect in infancy and early children. *Cultural perspectives on child development*.
- LeVine, R. A. (1974). Parental goals: a cross-cultural view. *Teacher collage record*, 2, 226-239.

- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.
- Tovar, V. L. F. (2000). *La situación alimentaria como expresión sociocultural: el caso de las comunidades indígenas*. Recuperado 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-Gil, V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Unger, R. & Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist psychology*, 2. New York: MC Graw-Hill.
- Unikel, C. (1998). *Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, UNAM.
- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez, G. (2005). Predictors of eating behaviors in simple of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Unikel- Santocini, 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. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- Unikel Santocini, C., Mora Ríos, J. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 33(1), 11-29.
- Unikel-Santoncini, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro-Velázquez, J. & 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, C. Villatoro, J., Medina – Mora, M.E., Alcántar, E.N., Fleiz, C. & Hernández, S.A. (2000) Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52.
- Unikel-Santocini, C., Villatoro-Velazquez, J., Medina-Mora, I., Fleiz, B., Alcántara, M. & Hernández, R. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Vargas, L. & Casillas, L. (1999). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 34-46.
- 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.

- Vázquez, R., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- Vázquez, R., Fuentes, E. S., Báez, M. V., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12, 73-82.
- Vázquez, V., Ruiz, 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].
- 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, J. A., Domínguez, S. & Laborín, J. (1991). Nota técnica: algunas consideraciones sobre la aplicación del Inventario de Estimulación del Niño en el Hogar. *Revista Sonorense de Psicología*, 13, 62, 69.
- Vera-Noriega, J. A. & Morales-Figueroa, A. (1996). Percepción de riesgo y diversidad de la dieta en niños de la zona rural del Estado de Sonora. *La psicología social en México*, 6, 450-455.
- Vera-Noriega, J. A., Peña, M. & Domínguez, S. (2002). Crianza, desarrollo y aprendizaje. *Tópicos de Comunicación*. Recuperado de <http://www.psicom.uson.mx/topicos/index.htm>
- Vera, N. J. A., Velasco, A. F. & Morales, N. D. (2000). Estudio Comparativo de familias urbanas y rurales: Desarrollo y estimulación del niño. *Familia: Naturaleza amalgamada*, 309-324.
- Wachs, T., Creed-Kanashiro, H., Cueto, S. & Jacoby, E. (2008). Maternal Education and Intelligence Predict Offspring Diet and Nutritional Status. *Journal of Nutrition*, 135, 2179-2186.
- Webster-Stratton, C. (1990). Strees: A Potencial Disruptor of Parent Perceptions and Family Interacctions. *Journal of clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Weiss, M.G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatric Clinical of North American*, 18 (3), 537-553.
- Weissmann, P. (2004). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-7.
- Wichstrom, L. (2001). The impact of puberal timing on adolescents alcohol use. *Journal of Reserch on Adolescence*, 11, 131-150.
- Zeitlin, M., Ghassemi, H. & Mansour, M. (1990). *Positive Deviance in Child Nutrition - With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*. Tokyo: The United Nations University.

# *ANEXOS*

## Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los padres hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)

**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.

Folio \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Grado y grupo \_\_\_\_\_

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

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

		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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Cómo definiría ud. SU PROPIO PESO durante:</b>	<b>Con mucho sobre peso</b>				<b>Muy baja de peso</b>
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"/>
	<b>Cómo definiría el peso de SU HIJO (A):</b>	<b>Mucho</b>				<b>Nada</b>
8	<b>Durante el primer año de vida</b>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	De tercero a quinto de primaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

	<b>Tengo que asegurarme que mi hijo(a):</b>	<b>Siempre</b>				<b>Nunca</b>
16	<b>No</b> coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	<input type="checkbox"/>				
17	<b>No</b> coma muchos alimentos grasosos	<input type="checkbox"/>				
18	<b>No</b> coma mucho de sus alimentos favoritos	<input type="checkbox"/>				
19	Mantengo <i>a propósito</i> algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo	<input type="checkbox"/>				
20	Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo como premio por su buena conducta	<input type="checkbox"/>				
21	Ofrezco a mi hijo su comida favorita a cambio de que se porte bien	<input type="checkbox"/>				
22	Si yo <b>no</b> vigilara la alimentación de mi hijo, él comería mucha comida chatarra	<input type="checkbox"/>				
23	Si yo <b>no</b> controlara o guiara la alimentación de mi hijo, él comería más de las cosas que le gustan	<input type="checkbox"/>				
24	Mi hijo debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	<input type="checkbox"/>				
	<b>Le prohíbo comer a mi hijo(a):</b>					
25	Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>				
26	Comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas papitas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>				
27	Su comida favorita cuando no me obedece	<input type="checkbox"/>				
28	Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo coma suficiente	<input type="checkbox"/>				
29	Si mi hijo me dice "no tengo hambre", trato de hacer que él coma de cualquier manera	<input type="checkbox"/>				
30	Si yo <b>no</b> guiara o regulara su alimentación mi hijo comería mucho menos de lo que debe	<input type="checkbox"/>				
		<b>Mucho</b>				<b>Nada</b>
31	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo?	<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"/>				
33	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad alimentos grasosos que come su hijo?	<input type="checkbox"/>				

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

**¡Muchas gracias por su colaboración!**



**9. ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?**

NO.... ( ) Pasa a la pregunta 11

SI.... ( ) Pasa a la siguiente pregunta

**10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas \_\_\_\_\_**

**11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

A) \$2000 o menos

B) \$2001 a 4000

C) \$4001 a 6000

D) \$6001 a 8000

E) \$8001 a 10000

F) \$10001 a 12000

G) \$12001 o más

**12.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?**

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C) Tú

D) Tú, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

G) Otros: ¿Quién o quienes ? \_\_\_\_\_

**13.- Años de estudio de tu padre:**

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

**14.- Años de estudio de tu madre:**

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciones con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o 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 Nunca	B A veces	C Frecuentemente (Aprox., la mitad de veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---	----------------------------	--------------

1	Cuido que mi dieta sea nutritiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2	Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5	Procuro comer verduras	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6	Me la paso muriéndome de hambre ya que constantemente hago dietas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7	Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8	Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi dieta	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10	Me avergüenza comer tanto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11	Como lo que es bueno para mi salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14	Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15	Procuro mejorar mis hábitos alimenticios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17	Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nada me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19	Como despacio y/o mastico mas tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21	No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23	No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24	Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos engordantes	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25	Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

26	Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28	No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29	Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30	Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31	Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32	Me deprimó cuando como de más	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33	Siento que los problemas lejos quitarme el apetito me lo incrementan	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34	Siento que mi forma de comer se sale de control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36	Siempre estoy a dieta, rompo y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37	Me sorprende pensando en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39	Como a escondidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40	Disfruto cuando como con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41	Como hasta sentirme inconfortablemente llena	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42	No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43	Siento que como mas rápido que la mayoría de la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45	Como con moderación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46	Difícilmente pierdo el apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47	Tengo problemas con mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)



**9. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

- H) \$2000 o menos
- I) \$2001 a 4000
- J) \$4001 a 6000
- K) \$6001 a 8000
- L) \$8001 a 10000
- M) \$10001 a 12000
- N) \$12001 o más

**10.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?**

- H) Padres (uno o los dos)
- I) Tú y padre y/o madre
- J) Tú
- K) Tú, Hermanos y/o padres
- L) Hermanos y/o padres
- M) Abuelos
- N) Otros: ¿Quién o quienes ? \_\_\_\_\_

**11.- Años de estudio de tu padre:**

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

**12.- Años de estudio de tu madre:**

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciones con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o 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 Nunca	B A veces	C Frecuentemente (Aprox., la mitad de veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---	----------------------------	--------------

1	Cuido que mi dieta sea nutritiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2	Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5	Procuro comer verduras	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6	Me la paso muriéndome de hambre ya que constantemente hago dietas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7	Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8	Soy de las que se hartan (se llenan de comida)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi dieta	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10	Me avergüenza comer tanto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11	Como lo que es bueno para mi salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14	Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15	Procuro mejorar mis hábitos alimenticios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17	Pertenezco al club de las que para controlar su peso se saltan las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nada me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19	Como despacio y/o mastico mas tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21	No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23	No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24	Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos engordantes	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25	Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

26	Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28	No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29	Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30	Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31	Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32	Me deprimó cuando como de más	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33	Siento que los problemas lejos quitarme el apetito me lo incrementan	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34	Siento que mi forma de comer se sale de control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36	Siempre estoy a dieta, rompo y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37	Me sorprende pensando en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39	Como a escondidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40	Disfruto cuando como con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41	Como hasta sentirme inconfortablemente llena	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42	No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43	Siento que como mas rápido que la mayoría de la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45	Como con moderación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46	Difícilmente pierdo el apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47	Tengo problemas con mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)



## Lista de alumnos



### Proyecto Conductas Alimentarias de Riesgo

Escuela: \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE	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						
19						
20						



## Consentimiento

### Autorización voluntaria para participar en el estudio

#### “Conductas alimentarias”



Yo \_\_\_\_\_ voluntariamente, autorizo al Psicólogo Mario Pavana Vera y a su equipo de trabajo para que a mi hijo (a) \_\_\_\_\_ le sean tomadas las medidas antropométricas de peso y estatura. Además, de ser necesario, conteste la encuesta acerca de sus hábitos alimenticios, comprometiéndome a recomendarle conteste con 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 las conductas alimentarias en adolescentes de 10 a 16 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 (a).

Nombre y firma de autorización de la madre o tutor:

\_\_\_\_\_