



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL MODELO PSICOSOCIAL DE PROTECCIÓN Y RIESGO EN CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTOR(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARISOL PARRAO LÓPEZ

TUTOR PRINCIPAL

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

DRA. DIANA BETANCOURT OCAMPO

UNIVERSIDAD ANAHUAC

MEXICO, D.F., FEBRERO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La luna se puede tomar a cucharadas
o como una cápsula cada dos horas.

Es buena como hipnótico y sedante
y también alivia

a los que se han intoxicado de filosofía.

Un pedazo de luna en el bolsillo
es mejor amuleto que la pata de conejo:
sirve para encontrar a quien se ama,
para ser rico sin que lo sepa nadie
y para alejar a los médicos y las clínicas.

Se puede dar de postre a los niños
cuando no se han dormido,
y unas gotas de luna en los ojos de los ancianos
ayudan a bien morir.

Pon una hoja tierna de la luna
debajo de tu almohada
y mirarás lo que quieras ver.

Lleva siempre un frasquito del aire de la luna
para cuando te ahogues,
y dale la llave de la luna
a los presos y a los desencantados.

Para los condenados a muerte
y para los condenados a vida
no hay mejor estimulante que la luna
en dosis precisas y controladas.

Jaime Sabines

Agradecimientos

Al programa de becas del Conacyt por todo el apoyo que me brindaron durante mis estudios. A mi UNAM máxima casa de estudios, y a la unidad de posgrado, a todos quienes trabajan ahí, en especial a Enrique Díaz por haberme apoyado en los tramites necesarios para lograr este triunfo.

Paty te agradezco cada uno de tus consejos, asesorías, llamadas de atención, y todo el tiempo que te tomaste para explicarme y leerme. Fui realmente afortunada al tener la oportunidad de formarme bajo tu tutela, por que desde el principio me guiaste paso a paso. Lo que me enseñaste Paty no solo influyo en mi doctorado, sino que marco mi vida entera. Me ayudaste a crecer como mujer y hoy te puedo asegurar que todo tu esfuerzo dio frutos, ya que gracias a tus enseñanzas aprendí el verdadero significado de este grado y lo que ello implica.

Diana de mi corazón, no tengo palabras para decirte cuan agradecida estoy contigo. Cuando me encontraba más perdida y sin rumbo tú me impulsaste a seguir adelante, te sentaste a mi lado y me enseñaste como salir de ese embrollo en el que me había metido. Todas las horas de trabajo, risas, consejos, las atesoraré de por vida. Doctora ¡ lo logré!

Le agradezco a mi comité: Caty, Claudia y Marielena, por su lectura y todos sus comentarios. El estar rodeada por mujeres exitosas, me permitió darme cuenta del compromiso que uno adquiere al entrar a este posgrado. Les agradezco toda su motivación y alegría, así como sus palabras de aliento. Es un honor contarme entre sus filas.

A mis padres, por su amor, comprensión y enseñanza; gracias por haberme formado como una mujer integra y capaz. De ustedes aprendí que para lograr cualquier cosa es necesario nunca vencerse y que la fuerza de la vida es inagotable.

Andreas ¡por fin lo logré! Gracias por estar siempre a mi lado, en las buenas y en las malas. Comparto este triunfo contigo, ya que de ti he aprendido el valor de la constancia y la dignidad; has sido un gran maestro y además mi compañero en tantas travesías en las que siempre me aventuro. Te amo

A todos los que me ayudaron a concluir este documento en especial a mi bien estimado Sargento Carlos, ya ve, después de tanto tiempo lo logré; no fueron en vano nuestras desveladas, yo le dije: Lenta pero segura.

A mis queridos amigos, por que siempre los llevo en mi corazón y los atesoro con toda mi alma.

Annita y Joseph ya tienen una mamá doctora. Les dedico este triunfo a mis hijos amados.

Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	11
1. Alimentación Saludable.....	13
1.1 Definición.....	13
1.2 Sobrepeso y Obesidad.....	16
1.3 Epidemiología Internacional.....	24
1.4 Epidemiología Nacional.....	25
2. Factores Asociados a la Alimentación.....	30
2.1 Factores Individuales.....	30
2.1.1 Estrés.....	30
2.1.2 Depresión.....	33
2.1.3 Baja Autoestima.....	35
2.1.4 Imagen Corporal.....	37
2.1.5 Atracones y Alimentación de Riesgo.....	38
2.1.6 Actividad Física.....	40
2.2 Factores Contextuales.....	41
2.2.1 Factores Familiares.....	41
2.2.2 Factores Asociados al Grupo de Pares.....	47

<u>3. Modelos Teóricos que Abordan la Conducta de Alimentación.....</u>	<u>49</u>
3.1 Modelo de Creencias de Salud.....	49
3.2 Teoría del Aprendizaje Social ó Teoría Social Cognitiva.....	54
3.3 Teoría de Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planeada.....	58
3.4 Modelo Psicosocial de Protección y Riesgo.....	63
<u>4. Metodología.....</u>	<u>79</u>
4.1 Planteamiento del Problema.....	79
4.2 Preguntas de Investigación.....	81
4.3 Objetivos Generales.....	83
4.4 Objetivos Específicos.....	83
4.5 Hipótesis.....	84
4.6 Definición de Variables.....	84
4.7 Diseño de Investigación.....	89
4.8 Fases del Estudio.....	89
<u>5. Estudio I.....</u>	<u>90</u>
5.1 Objetivo.....	90
5.2 Método.....	90
5.3 Resultados.....	94
5.4 Discusión.....	97
<u>6. Estudio II.....</u>	<u>100</u>
6.1 Objetivo.....	100
6.2 Método.....	100
6.3 Resultados.....	107
6.4 Discusión.....	131

<u>Referencias.....</u>	<u>147</u>
<u>Anexo 1.....</u>	<u>163</u>
<u>Anexo 2.....</u>	<u>196</u>
<u>Anexo 3.....</u>	<u>217</u>

Resumen

El propósito de la presente investigación fue analizar qué factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual propuestos por Jessor, Turbin y Costa (2010) explican la conducta de alimentación saludable de los jóvenes adolescentes mexicanos. Se llevaron a cabo dos estudios: el primero tuvo como objetivo adaptar el instrumento "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" propuesto por Jessor et al. (2010) a población adolescente mexicana, así como analizar las propiedades psicométricas de dicho instrumento y la escala de Imagen Corporal propuesta por Saucedo-Molina y Unikel (2010); participaron 396 adolescentes estudiantes de una secundaria pública, el 52.5% fueron hombres y 47.5% mujeres. De manera general los resultados mostraron que las escalas evaluadas en el presente estudio conservan las características planteadas por el autor, pero se requirió elaborar reactivos adecuados a la cultura mexicana con el fin de obtener características psicométricas adecuadas. El segundo estudio tuvo como objetivo analizar si el conjunto de factores protectores y de riesgo propuestos en el modelo de Jessor et al., (2010) explican la conducta de alimentación saludable en una muestra de adolescentes mexicanos; participaron 913 estudiantes adolescentes de ambos sexos de una secundaria pública. Los resultados mostraron que el modelo presentó cambios con respecto al modelo original y dependiendo del sexo: para la protección individual, tanto hombres como mujeres muestran variables similares: valores personales hacia la alimentación e importancia al deporte. Con respecto a la protección contextual las variables que son significativas para ambos sexos son: modelos de protección parentales, modelos de protección de amigos con hábitos saludables, controles amigos de conducta saludable. Para los factores de riesgo individuales, la variable atracones fue predictora en hombres y mujeres; otro dato interesante fue que para las mujeres los factores de alimentación de riesgo y el ideal estético fueron variables predictoras. En cuanto a los

factores de riesgo contextual ninguno de estos fue significativo o se encontraron correlaciones relevantes.

Debido al tipo de muestreo no probabilístico en ambos estudios, no es posible generalizar los hallazgos encontrados, por lo que es necesario replicar los resultados en diferentes poblaciones, sin embargo dada la importancia de la conducta de alimentación saludable y de los factores asociados a dicha conducta, los resultados de esta investigación aportan información e instrumentos de medición que pueden ser utilizados en el campo de la investigación y en el desarrollo de programas de prevención contra la obesidad.

PALABRAS CLAVE: Alimentación Saludable; Modelo de protección y Riesgo; Adolescencia; Prevención Obesidad

Abstract

The purpose of the current research was to analyze which risk and protective factors proposed by Jessor, Turbin and Costa (2010) were explained on an individual and on a contextual level of healthy eating behavior in young Mexican teenagers. Two studies were conducted: The first one had as an objective to adapt the “Adolescent Health and Development Questionnaire” scale, proposed by Jessor et al., (2010) on a population of Mexican teenagers, as well as to analyze the psychometric properties of the same scale and the Body Image scale proposed by Saucedo-Molina and Unikel (2010), to achieve this, 396 teenage students from a Public Junior High school participated, from which 52.5% of these were men and 47.5% women. On the whole the results showed that the evaluated scales in the current study maintained the

established characteristics proposed by the authors and demonstrated they have adequate psychometric characteristics. The second study had the objective to analyze if the risk and protective factors in the model of Jessor et al., (2010) explain healthy eating behavior in a sample of Mexican teenagers. In this second study participated one 913 students from Public Junior High school participated. On the whole, the results showed that regarding the individual protection, both men and women share similar variables: personal values towards eating as well as the importance in physical activity . Regarding the contextual protection, the shared values were: parental protection models, protection habit models with friends, control by healthy friends behavior. As for the individual risk factors were observed differences in both genders, since the involved variables are different among them. However, there were not any relevant correlations regarding the contextual risk factors.

Due to the non-probabilistic type of sample in both studies it is not possible to generalize the findings. Therefore it is necessary to prove the results in different populations. However, due to the importance found on the healthy eating behavior and the associated factors to such behavior, the results of this research contribute with information and assessment scales that can be used in this research field and to develop some obesity prevention programs.

Key words: Healthy Eating, Risk and Protective Factors model, adolescence, Obesity prevention.

Introducción:

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta de manera negativa la salud y el bienestar de la persona que la padece, ya que está asociada a diversas alteraciones en la salud, tales como: diabetes tipo dos, hipertensión arterial y síndrome metabólico. Dichas alteraciones están relacionadas con un incremento en la mortalidad y un aumento de los costos de los de los tratamientos en los sistemas de salud, por lo que resulta necesario encontrar programas de prevención efectivos encaminados a evitar el incremento de dicha problemática (Folsom, Kaye, Sellers, Hong, Cerhan, Potter, & Prineas, 1993).

Diversas investigaciones han demostrado que la obesidad está asociada con la ausencia de dos variables principales, las cuales son: alimentación saludable y ejercicio regular. Es necesario comprender los componentes que se asocian a dichas variables con el fin de promoverlas en la población, y así disminuir los niveles de obesidad en el mundo, ya que los datos epidemiológicos demuestran que dicho padecimiento está en aumento, por lo que resulta prioritario un mayor número de políticas públicas que promuevan la alimentación saludable y el ejercicio regular.

Sin embargo debido a la complejidad de las variables: alimentación saludable y ejercicio regular, así como la poca investigación alrededor de los componentes asociados a promoverlas; resulta importante estudiarlas por separado; de ahí que el propósito de la presente investigación fue identificar aquellos factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual propuestos por Jessor et al. (2010) que explican la conducta de alimentación saludable de los jóvenes adolescentes mexicanos.

Algunos modelos teóricos han estudiado la conducta de alimentación o algunos componentes de la misma de manera aislada más son pocos los modelos que han tomado en cuenta la protección por lo que el riesgo y es de ahí que se consideró dicho modelo teórico para esta investigación.

La investigación se divide en seis capítulos. En el primer capítulo se analiza la conducta de alimentación saludable, su definición, el impacto que tiene en la salud la ausencia de esta conducta y la epidemiología internacional y nacional. El segundo capítulo abarca los factores asociados a la alimentación, tanto aquellos que promueven una alimentación saludable, como aquellos factores que decremantan la probabilidad que un individuo se alimente de forma saludable. El tercer capítulo muestra los modelos teóricos los que se han abordado las diferentes variables asociadas a la conducta de alimentación. En el cuarto capítulo se describe la metodología que se siguió durante la presente investigación. En el quinto capítulo se presenta el Estudio I con sus objetivos, método, los resultados obtenidos y la discusión, finalmente en el sexto capítulo se presentan los objetivos, el método, los resultados obtenidos y la discusión correspondiente al estudio II.

1. Alimentación saludable

1.1 Definición

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM (2006) define a la alimentación como un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para una vida humana plena. Es decir, la alimentación es una conducta compleja, la cual se encuentra mediada por factores externos e internos, y no solamente tiene la función de satisfacer las necesidades alimentarias y de requerimientos nutricios de las personas, ya que también incide en otras áreas del individuo, como por ejemplo, las emocionales o culturales.

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization WHO, 2010a) señala que dentro de la alimentación saludable se incluyen aquellas conductas que el individuo lleva a cabo con el fin de consumir los alimentos necesarios para: a) una correcta nutrición, y b) evitar alimentos con alto contenido calórico y de poco aporte nutricional que pueden comprometer la salud, tales como, las harinas blancas, las grasas saturadas, el azúcar refinada y el exceso de sal.

Para que la alimentación se considere saludable es necesario que la conducta de ingesta cumpla con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, ya que promueve en los niños y adolescentes el crecimiento y el desarrollo adecuado, y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado con respecto a su talla y previene el desarrollo de enfermedades (WHO, 2010e).

Según la Secretaría de Salud (2011), para que exista una alimentación saludable es necesario que se cumplan los siguientes seis criterios:

- La alimentación debe ser correcta: que incluya todos los nutrimentos, tales como carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.
- La alimentación debe estar equilibrada: que los alimentos que se consuman contengan los nutrientes en una proporción adecuada.
- La alimentación debe ser inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes.
- La alimentación debe ser suficiente: que cubra las necesidades nutricionales.
- La alimentación debe ser variada: que contenga diferentes alimentos de cada grupo de comida.
- La alimentación debe ser adecuada: que sea acorde a los gustos, costumbres y recursos económicos, sin sacrificar las características anteriores.

Por otro lado, la Food and Drug Administration FDA (2012) propone tres lineamientos para determinar la alimentación saludable, los cuales son:

1. Requerimiento Promedio Estimado (por sus siglas en inglés Estimated Average Requirement, EAR), el cual representa el nivel promedio del consumo diario de nutrientes necesarios para que un grupo determinado de la población mantenga una vida saludable, tomando en cuenta a los sujetos que necesitan mayor consumo de nutrientes y a los que requieren un menor consumo de nutrientes.

2. La cantidad diaria máxima recomendada de consumo nutrientes que un grupo poblacional necesita (por sus siglas en inglés, Recommended Daily Intake, RDI), este cálculo representa el nivel máximo de consumo diario de nutrientes y es el nivel de ingesta diaria de un nutriente que se considera suficiente para cumplir con los requisitos de 97 a 98% de los individuos sanos en todos los demográficos en los Estados Unidos de América EUA.
3. El nivel mínimo de consumo de nutrientes necesario para satisfacer las necesidades de los individuos sanos (por sus siglas en inglés, Lower Reference Nutrient Intake, LRNI) y se basa en estimar a los individuos sanos que menor nivel de nutrientes necesitan, tales como empleados sedentarios ó estudiantes y así se calculan todas las necesidades de nutrientes en la población.

De este modo, la FDA (2012) decidió utilizar un parámetro estándar de consumo de 2000–2500 calorías, y a pesar de que hasta ahora no se puede decir que haya un modelo de alimentación saludable que sea adecuado para el total de la población, debido a las diferentes necesidades de consumo que existen, el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, publica periódicamente pautas dietéticas con recomendaciones alimenticias con base en los grupos básicos alimentarios, para ayudar a la población de dicho país en el diseño personalizado de una dieta (Health and Human Services, 2010).

Con base en dichos parámetros, el gobierno de los EUA y el Departamento de Agricultura de EUA crearon el plato de la alimentación como guía interactiva y personalizada a la que se puede tener acceso por internet para evaluar la dieta y el nivel personal de actividad física y recibir asesoría nutricional en línea acerca de los tipos de alimentos que existen, su preparación y su costo (FDA, 2012; United States Department of Agriculture, 2010).

De acuerdo con el Departamento de Agricultura de EUA, United States Department of Agriculture (2010), para que una persona se alimente de manera saludable debe seguir un cierto número de estrategias que le ayudarán a seguir un plan alimenticio, y es por eso que dentro de su página de internet existe un programa de capacitación para que las personas aprendan a elegir una alimentación saludable.

En México, existe también una representación gráfica llamada el plato del buen comer que muestra la clasificación de los diferentes grupos de alimentos, el cual orienta sobre la variedad de éstos, cómo combinarlos y en qué proporción se deben consumir, tomando en cuenta las características y necesidades de los mexicanos, para favorecer una alimentación correcta (Norma Oficial Mexicana NOM, 2006).

El propósito de la NOM (2008) es establecer los criterios generales para unificar la orientación alimentaria, está dirigida a brindar a la población opciones prácticas para la integración de una alimentación saludable que se adecúe a sus necesidades y posibilidades.

1.2 Sobrepeso y Obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010a) propone que la causa fundamental que provoca el sobrepeso y la obesidad es la falta de una alimentación saludable, puesto que hay un desequilibrio entre las calorías consumidas en la ingesta de comida y bebidas y las calorías utilizadas por el cuerpo para sobrellevar las actividades diarias (metabólicas y físicas), dejando así un excedente de calorías en el cuerpo que es acumulado en forma de grasa en el tejido adiposo o tejido graso. Este desequilibrio entre calorías consumidas, calorías utilizadas y el

almacenamiento de las mismas, resulta de la interacción de diferentes factores tanto genéticos, conductuales y ambientales (National Health and Nutrition Examination Survey NHANES, 2008).

Se ha definido a la obesidad como la condición en la cual el exceso de tejido adiposo afecta de manera adversa la salud y el bienestar. Según esta definición, los indicadores idóneos para definirla deben ser aquellos que cuantifiquen la magnitud del tejido adiposo, de ahí que la definición ideal tendría que basarse en la estimación del porcentaje de grasa corporal (WHO, 2010e). Sin embargo, esto es impráctico para propósitos epidemiológicos e, incluso, en casos clínicos. Por tal razón, la obesidad en el adulto tradicionalmente se ha medido con indicadores que, más que adiposidad, cuantifican la masa corporal. Se han explorado distintas relaciones entre el peso y la estatura, con el fin de encontrar la que más claramente representa la relación de estas mediciones.

La evaluación antropométrica es la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano en diferentes edades y su comparación con estándares de referencia (WHO, 2010d). A partir de ello, el clínico puede determinar las anormalidades en el crecimiento y desarrollo. Repetir estas mediciones en un niño a través del tiempo proporciona datos objetivos sobre su estado de nutrición y de salud. Para evaluar el crecimiento se necesita conocer el peso, la estatura, la edad exacta y el sexo (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida poblacional en adultos más utilizada para calcular sobrepeso y obesidad; en primer lugar, por su facilidad para lograr la clasificación del peso; y en segundo lugar, porque la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad (Tabla 1) (WHO, 1999).

El IMC indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: su peso actual y su estatura. Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona. Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona de la cual se habla se encuentra por debajo, dentro o excedida del peso establecido como normal para su tamaño físico (WHO, 2010d). La ecuación matemática que permite obtener su valor es la siguiente: $IMC = \text{peso actual} / (\text{altura})^2$. Considerando el peso actual de la persona en kilogramos y su altura en metros. El valor que resulta de efectuar esta operación, debe ser comparado con la Tabla 1. Como se observa, lo recomendado para un estado nutricional bueno y por consecuencia para un buen estado de salud, es que el valor del IMC personal se encuentre dentro del rango especificado como normal, es decir, en valores que van desde 18.50 hasta 24.99, ya que las personas que tienen un mayor IMC muestran una más probabilidades de desarrollar las enfermedades asociadas al sobrepeso y a la obesidad (Secretaría de Salud, 2013) .

Tabla 1. Clasificación del peso corporal según el Índice de Masa Corporal (IMC).

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Bajo peso	<18.50
Delgadez Extrema	<16.00
Delgadez Moderada	16.00-16.99
Delgadez Media	17.00-18.49
Rango Normal	18.50 – 24.99
Sobrepeso	>= 25.00
Pre-obeso	25.00 – 29.99
Obesidad	>= 30.00
Obesidad clase I	30.00 – 34.99
Obesidad clase II	35.00 – 39.99
Obesidad clase III	>= 40.00

En el caso de la población adulta, un punto de corte de 25 es indicativo de sobrepeso y un IMC de 30 o superior indica obesidad. Estos puntos de corte están relacionados con un aumento en las comorbilidades y en la mortalidad por enfermedades asociadas al sobrepeso y a la obesidad, y dichas mediciones se han reconocido internacionalmente por lo que se usan para hacer comparaciones entre estudios y entre países (WHO, 2010a).

El IMC en general presenta una alta correlación con la adiposidad, por lo que en poblaciones en las cuales los altos niveles de adiposidad son comunes, este índice sí puede considerarse como un indicador del contenido corporal de grasa. Sin embargo, el IMC se ve

afectado por factores como variaciones en el contenido de agua corporal, en la masa ósea y en el tejido muscular, de tal suerte que puede clasificar de manera errónea el contenido total de tejido adiposo en las personas que cuentan con mayor desarrollo muscular (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008).

Es por eso que esta clasificación debe considerarse como una guía aproximativa, pues diferentes investigaciones (Ross, Shaw, Rissanen, Martel, de Guise, & Avruch, 1994; Swinburn, Craig, Daniel, Dent & Strauss, 1996; WHO, 1997) han demostrado que el IMC no permite distinguir entre el peso asociado a los músculos y a la grasa, por lo que resulta una medida imprecisa, ya que por ejemplo, puntajes similares en el IMC en diferentes individuos pueden no corresponder al mismo grado de acumulación de grasa en el cuerpo, sin embargo el IMC sigue siendo el indicador más práctico para ser utilizado en estudios poblacionales (WHO, 2010c).

La definición de sobrepeso y obesidad en niños es más compleja que en el adulto, donde la clasificación del IMC es independiente de la edad y del sexo. El uso de puntos de corte de distintos indicadores antropométricos, basados en las distribuciones de los indicadores en diferentes poblaciones, se ha generalizado debido a la ausencia de criterios claros para definir sobrepeso y obesidad en la infancia, tomando en cuenta la adiposidad corporal y su relación con eventos de salud. En la edad pediátrica, el IMC es muy cambiante y dependiente de la edad, al grado en que éste presenta un aumento importante del nacimiento a la adultez temprana. Por tal razón, a diferencia del adulto, donde se establecen puntos de corte fijos para sobrepeso y obesidad, en la edad pediátrica no es posible establecer un punto de corte único y deben establecerse, para niños y niñas, cortes dependientes de la edad (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008).

Dichos puntos de corte para población infantil son:

- Puntaje z: éste ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010d) para utilizarse como uno de los indicadores de peso y estatura, el cual considera la edad como variable, y se debe a que dicho parámetro es más sensible a los cambios y considera el crecimiento poblacional como medida de comparación. Una ventaja importante de este sistema es que para grupos de población permite calcular la media y la desviación estándar (DE) en toda la población en su conjunto. Es la desviación del valor de un individuo desde el valor de la mediana de una población de referencia para sexo, edad, peso y estatura, dividida entre la DE de la referencia poblacional, lo que determina la posición. Se expresa en unidades de DE y se define como normal (+ 1 a -1 DE), sobrepeso ($> + 1$ DE), obesidad ($\geq + 2$ DE).
- Percentil: Es la posición de un individuo respecto a una población de referencia, expresada en términos de qué porcentaje del grupo de individuos es igual o diferente. Si se tiene un niño de una determinada edad con un peso o IMC que cae en el percentil 10, el porcentaje de la población que pesa igual o menos que él es 10% de la población de la referencia, y por consiguiente 90% tendrá un peso o IMC superior. Los percentiles son de uso general en clínica dado que pueden utilizarse para monitorear crecimiento o evolución del indicador en el tiempo; sobre todo si se usan como “carriles de crecimiento”. Su interpretación es directa como en el caso del IMC, sin embargo, para el mismo intervalo o valor del percentil corresponden diferentes cambios en valores absolutos de peso (WHO, 2010b).

Conocer la clasificación del IMC resulta importante, ya que por ejemplo, la investigación de Carnell y Wardle (2008) y la de Webber, Hill, Saxton, Van Jaarsveld y Wardle (2009), realizadas en población infantil, demostraron que los niños con una clasificación de sobrepeso u obesidad presentan un mayor apetito, una sensación menor a las señales de saciedad y una motivación mayor para empezar a comer, así como una mayor tendencia a comer más rápido, comparados con población en el rango de peso normal, por lo que es posible observar que la conducta de alimentación se ve afectada conforme se modifica el IMC y viceversa.

Nicklas, Yang, Baranowski, Zakeri y Berenson (2003) realizaron una investigación con el fin de observar cómo se relaciona la alimentación con el IMC y reportaron que una pobre elección en la variedad de los alimentos combinada con un alto consumo de bebidas dulces y grandes porciones de comida, así como el consumo de botanas, están asociados positivamente con mayores niveles en el IMC en niños y adolescentes.

O' Dea y Wilson (2006) realizaron una investigación con 4,441 estudiantes con el fin de examinar la relación entre el IMC y los conocimientos nutricionales, la auto-eficacia de la dieta, el *locus* de control de la dieta, la variedad de elección de comida, el consumo de desayuno y el nivel socio-económico; encontraron que los principales predictores del IMC fueron auto-eficacia en la dieta, calidad nutricional del desayuno y nivel socioeconómico. Una alta auto-eficacia, así como una buena calidad del desayuno se relacionan con un bajo IMC, por el contrario un nivel socio-económico bajo se asocia con bajo IMC, por lo que dichos autores afirman que es necesario incluir programas de prevención que promuevan la auto-eficacia de la dieta en los jóvenes, con el fin de acabar con la obesidad y el sobrepeso.

Por otra parte, el incremento en la grasa y el peso corporal están asociados a ciertas alteraciones de salud, tales como: enfermedades cardíacas, diabetes tipo dos, hipertensión arterial, síndrome metabólico y algunas formas de cáncer. La obesidad y el sobrepeso también se relacionan con un incremento en la mortalidad de las personas que la padecen, es posible observar estas alteraciones a partir de un IMC mayor o igual a 24 kg/m² o por un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006b).

La investigación realizada por Calle, Thun, Petrelli, Rodríguez y Heath (1999) en 1,046,154 adultos, demostró que el riesgo de la salud aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC; así mismo, Mokdad, Marks, Stroup y Gerberding (2004) demostraron que la segunda causa de muerte en los EUA se asoció con un elevado IMC, debido a la mala alimentación y a la falta de actividad física.

De acuerdo con las cifras presentadas por la OMS (WHO, 2004), 60% de las defunciones del mundo son causadas por algún tipo de padecimiento crónico relacionado con enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos respiratorios o diabetes tipo 2. Este organismo advierte que en los próximos diez años las defunciones por algún tipo de enfermedad crónica aumentarán un 17%. Esto quiere decir que, a menos que se haga conciencia de la necesidad de prevenir factores de riesgo como la obesidad, de los 64 millones de personas que fallecerán en el año 2015, 41 millones morirán como consecuencia de alguna enfermedad crónica (Lawlor, Martin, Gunnell, Galobardes, Ebrahim, Sandhu, Ben-Shlomo, McCarron & Smith, 2006).

Entender a la conducta de alimentación saludable y los factores que influyen para que se lleve a cabo, resulta de importancia, debido a que la falta de dicha conducta está asociada con los padecimientos de sobrepeso y obesidad. A continuación se describe la epidemiología internacional y nacional, de sobrepeso y de obesidad, tanto en población adolescente como en adulta.

1.3 Epidemiología Internacional

La distribución de las principales causas de mortalidad y morbilidad han cambiado en los países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo se observa una tendencia similar. A nivel mundial ha aumentado rápidamente la carga de las enfermedades no transmisibles, tales como: enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico y algunas formas de cáncer; en el 2002 éstas fueron la causa de casi el 60% de las defunciones en el mundo. En el caso de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo más importantes fueron el sobrepeso u obesidad, la falta de actividad física, el consumo de tabaco y la falta de una alimentación sana (WHO, 2010b).

La obesidad y el sobrepeso resultan ser uno de los problemas más serios de salud. Los datos de sobrevivencia de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES, 2008) muestran que de 1976 a 1980 y de 2003 al 2006, la prevalencia de obesidad (IMC >- 95 percentiles) se ha incrementado: para niños de 2 a 5 años la prevalencia era de un 5.0% e incrementó a 12.4%; para el rango de edad entre los 6 y 11 años de 6.5% a un 17.0%; y para el rango de edad de 12 a 19 años la prevalencia aumentó de 5.0% a 17.6%. Así mismo, los datos de

Ogden, Carroll, Curtin, Lamb y Flegal (2010) muestran que para el 2007-2008 se observó una tendencia de incremento de sobrepeso y obesidad, ya que en su estudio demostraron que: para los niños de 2 a 5 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad pasó de 14.1% a 19.6%; de 6 a 11 años 17.1% a 22.2%; de 12 a 19 años el incremento fue de 14.5 a 21.7%.

Para la población adulta, los datos obtenidos de 1988 a 1994 muestran que la prevalencia de obesidad en adultos se incrementó aproximadamente en 8 puntos porcentuales en los EUA (Kuczmarski, Carrol, Flegal & Troiano, 1997). De 1999 a 2008, las personas de 20 años o mayores con un IMC mayor o igual a 25 incrementó para la población masculina de un 70.4% a un 74.1% y para mujeres pasó de 61.3% a 66.9% (Flegal, Carroll, Ogden & Curtin, 2010).

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2010) una de cada dos personas hoy en día tiene sobrepeso o es obesa en casi la mitad de los países miembros de esta organización.

1.4 Epidemiología Nacional

Actualmente, México ocupa el primer lugar de prevalencia mundial de obesidad infantil y el segundo lugar de obesidad en adultos, representando así un problema de salud de gran magnitud para todos los grupos de edad. Se calcula que en la población adulta del país, 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 37.7% obesidad, es decir que aproximadamente 70% tiene un peso inadecuado (Secretaría de Salud, 2010; United Nations Children's Fund UNICEF, 2013).

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha ido aumentando a lo largo del tiempo. En 1993, los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada por la Secretaría de Salud mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era del 21.5%, es decir 18,275,000 adultos; y en el año 2000 se observó un incremento en la población con obesidad, ya que el 24% de los adultos padecían este trastorno, es decir que fueron 23,366,810 las personas afectadas. También la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (Secretaría de Salud, 2006a) mostró que alrededor del 70% de la población padecía sobrepeso y obesidad, es decir un total de 31, 489,884 personas.

De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y de sobrepeso se ha triplicado, en particular en la población adulta, presentando un aumento en la tasa de sobrepeso y obesidad de 8 puntos porcentuales, dejando a México como el país con mayor incremento de personas con obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Se observa que una de las características de este aumento acelerado en la población con sobrepeso y obesidad es que existen diferencias marcadas entre ambos sexos, pues son las mujeres la población más afectada en comparación con la población masculina.

La OMS (World Health Organization, 2010d) afirma que los valores estimados para México de sobrepeso en mujeres es de 37.4% y de obesidad es del 34.5%. Al sumar la prevalencia de sobrepeso y obesidad se obtiene la tasa total que para este género es de 71.9%. En comparación con este porcentaje, la tasa de sobrepeso para hombres es del 42.5% y la de obesidad es del 24.2%, es decir una tasa total del 66.7%

La ENSANUT (Secretaría de Salud, 2006) publicó que en los adolescentes de 12 a 19 años de edad el porcentaje de sobrepeso en los hombres fue del 21.2%, mientras que para las mujeres fue del 23.3%, así mismo se observó que el porcentaje de obesidad para hombres fue del 10% y para mujeres del 9.2%.

Al respecto, la International Obesity Task Force (2010) reportó que las tasas de aumento de peso en México para los jóvenes durante el periodo comprendido de 1999 al 2006 fue de 21.6% a 23.3% y para la obesidad de 6.9% a 9.2%, respectivamente. Así mismo, la Secretaría de Salud (2006) informó que el número de casos que presentaron sobrepeso y obesidad en la población infantil en un rango de edad de 5 a 11 años, aumentó durante los últimos años, ya que al comparar la prevalencia en 1999 los resultados mostraron que el porcentaje de sobrepeso y obesidad para los niños, era de 5.3% y para las niñas de 5.9%; y en comparación con el 2006 se observó que la prevalencia para niños fue de 9.4% y para las niñas de 8.7%, lo que representó un aumento del 26% durante este periodo para dicho grupo de estudio.

Si se comparan los resultados de la ENSANUT (Secretaría de Salud , 2006) con los datos presentados por la ENSANUT (Secretaría de Salud, 2012) se observa que el 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 de individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representan de 3 148 146 adolescentes varones). La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%);

y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%) (Secretaría de Salud, 2012).

La ENSANUT 2012 (Secretaría de Salud, 2012) indica que la prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, durante el seguimiento realizado a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo, esta cifra aumentó a una menor tasa entre 2006 y 2012. Aun cuando la tasa de crecimiento ha disminuido, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso. Dadas estas altas prevalencias es importante reforzar la implementación de políticas y programas efectivos de prevención de obesidad que incluyan a este grupo de población.

La importancia de combatir el sobrepeso y la obesidad se debe a que dichos padecimientos aumentan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, y como ya se mencionó, se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010a) promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas.

Si bien en México se ha realizado investigación con el fin de explicar los factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes (González, Lizano & Gómez-Peresmitré, 1999; Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López & Román, 1999; Unikel-Santoncini, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar, & Hernández, 2000; Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz & Medina-Mora, 2006), poco se ha estudiado la conducta de

alimentación saludable y qué factores se asocian a ésta, con el propósito de crear programas de promoción dirigidos a la población, cuyos objetivos sean los de brindar opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación saludable que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación.

2. Factores Asociados a la Alimentación

De acuerdo con la literatura (Birch & Fisher, 1998; Egger & Swinburn, 1997; Jiang, Rosenqvist, Wang, Greiner, Ma & Toschke, 2006), son diversos los factores que se asocian a la conducta de alimentación; distintos autores señalan que dichos factores son muy complejos y numerosos, y es de ahí que Neumark-Sztainer, Story, Perry y Casey (1999); Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry y Irving (2002); Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story (2006) proponen que para facilitar el entendimiento de estas variables pueden agruparse en factores individuales y contextuales. A continuación se presentan las variables que han resultado ser significativas en la literatura dentro de los factores individuales y los factores contextuales, asociados a la conducta de alimentación de los adolescentes.

2.1 Factores Individuales.

2.1.1 Estrés.

Algunas investigaciones demuestran la relación entre estrés y una mala alimentación, por ejemplo Pankevich y Bale (2008), demostraron que existe una relación positiva entre el estrés y las conductas de sobre ingesta en mujeres; así mismo el estudio realizado por Mitchell y Epstein (1996) en población femenina que oscilaba entre los 18 y los 35 años, mostró que durante periodos en donde se incrementa el estrés, era posible observar un aumento por la preferencia de alimentos dulces y alimentos con grasas saturadas, lo que demostró que el estrés es una variable

que modifica el tipo de alimentos elegidos, así mismo en su investigación encontraron que dicha variable puede afectar de forma diferente a cada persona, ya que en su estudio reportaron que el estrés podría estar asociado con atracones o con el ingerir alimentos con mayor contenido de calorías, por lo que recomiendan continuar con la investigación para entender cómo se relaciona el estrés con la alimentación.

Otros autores confirman la relación entre estrés y alimentación, Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born y Westerterp-Planteaga (2009) realizaron un estudio en hombres y mujeres con peso normal y sobrepeso, con un rango de edad comprendido entre los 18 y 27 años; el objetivo de dicho estudio era el de averiguar cómo influía el estrés en el consumo de alimentos, demostraron que este factor está directamente asociado con el deseo de comer, sin importar si existe o no la sensación de hambre y además está directamente asociado al incremento en el consumo de calorías; con respecto a las diferencias por sexo los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Dichos autores definen a el comer emocional como: la respuesta de ingesta de alimentos ante alguna emoción negativa y sin alguna sensación de hambre.

Por otro lado, la investigación de Wallis y Hetherington (2009) realizada en población femenina adolescente demostró que conforme aumentaba el estrés de las participantes, éstas incrementaron la frecuencia de ingesta así como la cantidad de consumo de alimentos, aunado a eso en dicho estudio comprobaron que las comedoras emocionales incrementaban su ingesta más que las comedoras no emocionales.

Van Strien, Engels, Van Leeuwe y Snoek (2005) con el fin de encontrar las variables que se asociaban a los diagnósticos de anorexia y bulimia en población femenina adolescente, realizaron un estudio y los resultados demostraron que el afecto negativo y el estrés están asociados con una mayor sobre-ingesta de alimentos y una mayor insatisfacción corporal, por lo que concluyeron que dichas variables podrían asociarse directamente con las conductas negativas de alimentación, e indican que es necesario continuar el estudio de dichas variables para lograr un mayor entendimiento de la influencia del estrés sobre la conducta de alimentación.

La investigación de Behar y Valdés (2009) tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de estrés percibido y los diferentes Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), en una muestra de pacientes mujeres adolescentes con el diagnóstico de algún TCA y en un grupo de estudiantes sin diagnóstico. Los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de estrés entre pacientes diagnosticados con TCA y un grupo control, donde el grupo con diagnóstico mostró puntajes más altos que el control. Asimismo, los autores reportaron que el estrés correlacionó positivamente con la mayoría de las variables de riesgo de TCA, tanto en población con diagnóstico o sin él.

2.1.2 Depresión

La depresión se ha estudiado como uno de los factores asociados al sobrepeso y a la obesidad en adultos y adolescentes, por lo que Goodman y Whitaker (2002) realizaron una investigación longitudinal en adolescentes hombres y mujeres con el objetivo de determinar si la depresión predecía el desarrollo y la persistencia de la obesidad en los jóvenes adolescentes. Dichos autores demostraron que la depresión incrementa el riesgo de padecer obesidad durante la adolescencia para hombres y mujeres, pero los resultados indicaron que al hacer el análisis por sexo, la población adolescente femenina mostraba mayor riesgo que los hombres.

Con respecto a la depresión Pine, Cohen, Brook y Coplan (1997) realizaron un estudio longitudinal en población adolescente con algún diagnóstico de tipo psiquiátrico y los siguieron durante 10 años, con el fin de averiguar si existía una asociación entre los estados depresivos y el IMC. Encontraron que el IMC estaba relacionado con diversas variables que fueron controladas en el estudio, tales como: clase social, salud física, consumo de alcohol y tabaco; por otro lado, los resultados mostraron que el IMC se asociaba positivamente a los trastornos de la conducta alimentaria, entre ellos la depresión y el estrés, por lo que dichos autores concluyeron que era necesario continuar con la investigación para entender cómo influye la psicopatología de la depresión sobre el IMC.

Así que continuando con la investigación, Pine, Goldstein, Wolk y Weissman (2001) reportaron que existía una asociación significativa entre el diagnóstico de depresión en la infancia y los niveles del IMC en la edad adulta, cuando eran comparados con población que nunca había sido diagnosticada por depresión; así mismo, la investigación de Rosmod, Lapidus, Marin, y Björntorp (1996) realizada en población masculina adulta, confirmó que existe una

relación significativa entre el IMC y la sintomatología depresiva, ya que cuando se observaba un incremento en el peso de los participantes, en la clasificación del IMC, era posible observar incremento en los niveles de depresión.

La investigación de Crawford, Khedkar, Flaws, Sorkin y Gallicchio (2011) que se realizó en mujeres adultas, demostró que conforme se presentan más síntomas depresivos era posible observar una tendencia a incrementar el consumo de comida chatarra (Según la NOM, 2006 el término comida chatarra se usa para describir los alimentos con poca cantidad de los nutrientes que el cuerpo necesita y con un alto contenido de grasa, azúcar y sal, elementos que el cuerpo puede obtener en exceso con mucha facilidad) y a un mayor IMC, por lo que concluyeron que los síntomas depresivos afectan los patrones de alimentación; estos datos son congruentes con los reportados por Akbaraly, Brunner, Ferrie, Marmot, Kivimaki & Singh-Manoux (2009) quienes realizaron una investigación en mujeres adultas, con el fin de averiguar cómo influía la depresión en la conducta de alimentación, por lo que evaluaron el tipo de alimentación y la clasificaron en dos: consumo de alimentos saludables y no saludables, además de evaluar el nivel de depresión. Los resultados mostraron que a menor sintomatología depresiva era posible observar mejores hábitos alimenticios, así mismo se observó que aquellas mujeres que consumían mayores cantidades de comida procesada, puntuaban más alto en depresión.

La investigación de González, Betancourt, Parrao, Solís y Fernández-Varela (2010) realizada en hombres y mujeres adolescentes, mostró que para los hombres no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la variable de IMC y la sintomatología depresiva, sin embargo, fue posible observar que los jóvenes con sobrepeso y obesidad obtuvieron puntajes ligeramente mayores. Para la población femenina los resultados mostraron que la sintomatología depresiva se relaciona directamente con el IMC, es decir, que las mujeres

con obesidad eran quienes mostraban mayores puntajes de sintomatología depresiva, por lo que se concluyó que los estados depresivos podrían estar influyendo en la alimentación de las adolescentes.

Del mismo modo, Singh, Jackson, Dobson y Mishra (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar si existía una relación entre la depresión y la obesidad, los resultados de dicho estudio coincidieron con lo reportado por González et al. (2010) y aportaron evidencia que demuestra que dependiendo del tiempo que duraba la depresión se observaba un cambio positivo o negativo en el peso corporal, ya que al parecer aquellas personas que tenían episodios cortos de depresión mostraban una disminución significativa en su IMC, pero observaron que si el episodio depresivo duraba más de un año, la tendencia del IMC iba en aumento.

Dichas investigaciones aportan evidencia de que el estado depresivo influye en la alimentación de los sujetos, sin embargo es necesario continuar con los estudios para lograr comprender cómo se relacionan ambas variables.

2.1.3 Baja Autoestima

Existen resultados contradictorios con respecto a la relación entre la autoestima y la alimentación. El estudio de French, Perry Leon y Fulkerson (1996) indica que existe una relación inversa entre la autoestima y el IMC en población adolescente, tanto femenina como masculina. Dichos autores señalan que es posible observar que conforme incrementa el IMC la autoestima disminuye, así mismo los datos mostraron que para el grupo de las mujeres, el IMC se relaciona

negativamente con conductas de auto-cuidado y con la percepción de aceptación social y para el grupo de los hombres el IMC se asocia negativamente con las conductas de búsqueda de pareja.

McClure, Tanski, Kingsbury, Gerrard y Sargent (2010) señalaron en primer lugar que la baja autoestima se presenta más en población femenina que en población masculina; en segundo lugar, los datos mostraron que los adolescentes con mayor autoestima son quienes participan más en deportes y tienen mejor desempeño escolar y por último que una baja autoestima se asocia con un mayor número de factores de riesgo, tales como conductas de alimentación no saludables, mayor número de horas frente al televisor, búsqueda de sensaciones y obesidad.

La baja autoestima ha sido estudiada desde el punto de los trastornos de la conducta alimentaria como una de las variables de riesgo para padecer alguno de estos trastornos, por ejemplo, las investigaciones de Leon, Keel, Kelly, Klump y Fulkerson (1997) O'Dea y Abraham (2000) y Rosen, Gross y Vara (1987) han demostrado que existe una relación entre las personas que realizan dietas y aquellas que tienen una baja autoestima, así como también demostraron que las jóvenes con menor autoestima son mucho más propensas a desarrollar conductas de alimentación no saludable, tales como saltarse el desayuno, periodos de inanición muy grandes, así como conductas de atracones.

En México, la investigación de Unikel-Santoncini et al. (2000) aportó evidencia empírica entre la relación de la baja autoestima y los TCA, ya que dichas autoras reportaron que aquellas jóvenes que tenían menores puntajes en la escala de autoestima, eran aquellas quienes presentaban mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo.

2.1.4 Imagen Corporal

Dorian y Garfinkel (2002) explican que la insatisfacción corporal es uno de los principales factores que desencadenan las conductas alimentarias de riesgo. La imagen corporal supone tanto el conocimiento como la representación simbólica del propio cuerpo, es decir, la imagen corporal es la manera en la cual nos vemos y nos imaginamos a nosotros mismos. En tanto, esta imagen se encuentra compuesta de diferentes elementos: un elemento perceptivo (precisión con la cual se percibe cuestiones como el tamaño, el peso y las formas), un elemento cognitivo afectivo (los sentimientos, pensamientos y actitudes que nos despierta el pensar el propio cuerpo) y un elemento conductual (las conductas que desembocan los dos elementos anteriores, como ser la decisión de evitar la exhibición del propio cuerpo), los cuales se interrelacionan entre sí y será creada a partir del registro visual que se tenga del propio cuerpo, ubicado el mismo dentro de un contexto y una cultura determinadas que la definirán (Thomson & Stice, 2001). Esto coincide con Saucedo-Molina y Unikel (2010) quienes realizaron un estudio en estudiantes de preparatoria y licenciatura y encontraron que la interiorización del ideal estético de la delgadez, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo; además dichas autoras demostraron que entre mayor sea la distancia entre el peso corporal real y el ideal, existirá mayor insatisfacción corporal y un mayor número de prácticas para bajar de peso. Estos datos coinciden con la investigación de Zaragoza, Saucedo-Molina y Fernández (2011) quienes encontraron que existe una relación entre un IMC elevado y la insatisfacción con la imagen corporal; también encontraron una relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y los factores socioculturales. Estos datos coinciden con la investigación de Saucedo-Molina y Gómez-Péresmitré (1997) en cuanto a que afirman que una imagen corporal distorsionada está

asociada a prácticas alimentarias de compensación para perder peso, tales como dietas, lo cual a su vez se asocia con un mayor IMC.

Así mismo, Neumark-Sztainer et al. (2002) comprobaron que la imagen corporal es uno de los componentes más importantes asociados a los TCA, ya que los resultados obtenidos en su estudio comprueban que la insatisfacción corporal se asocia con un mayor número de conductas de alimentación no saludable.

Por otro lado, Moral y Meza (2012) reportan que una imagen corporal distorsionada se asocia con alteraciones afectivas, conductas ansiosas y problemas para tener relaciones sociales adecuadas, lo que motiva al individuo a perder peso con prácticas de alimentación no saludables. Lo anterior demuestra que una imagen mala es un precursor significativo de trastornos de la conducta de alimentación.

Estos resultados coinciden con los de Esnaola, Rodríguez y Goñi (2010) y con Van den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard y Neumark-Sztainer (2010) quienes demuestran que una mala imagen corporal se asocia con una conducta alimentaria de riesgo, así como baja autoestima.

2.1.5 Atracones y Alimentación de Riesgo.

El atracón es definido como la ingesta de gran cantidad de comida hipercalórica en un lapso breve de tiempo, con incapacidad para detener esa conducta impulsiva con una sensación de pérdida de control. Existen dos tipos: El provocado por restricción alimenticia llamado tipo deprivación-atracón que es resultado de dietas excesivas o restrictivas y el tipo adictivo o disociativo (Stein, Berkman, Wiseman, Zoler, Arnow & Wifley, 2007). Dicha conducta afecta

negativamente la alimentación saludable de la persona que la padece y genera conductas alimentarias de riesgo.

La investigación de Saucedo-Molina y Unikel (2010) demostraron en población de preparatoria y licenciatura que del total de las mujeres y hombres que refirieron tener atracones, el 35% de las mujeres mencionó que también presentaba la sensación de falta de control al comer, en comparación con el 25% de los hombres que presentaba la misma sensación. Además en dicho estudio las autoras demostraron que existía una relación positiva entre la conducta de atracones y el IMC.

Así mismo, la investigación de Barriguete-Meléndez, Unikel-Santoncini, Aguilar-Salinas, Córdoba-Villalobos, Shamah, Barquera, Rivera, y Hernández-Ávila (2009) reportaron que la conducta de atracón era similar tanto en hombres como en mujeres, ya que en su estudio reportaron que la prevalencia era del 8.8% para varones y 9.4% para mujeres.

La investigación de Sandberg, Dahl, Vedul-Kjelsås, Engum, Kulseng, Mårvik, Eriksen (2013) y la investigación de Devlin, Goldfein y Dobrown (2003) reportan que el trastorno por atracón está asociado con la obesidad y con enfermedades crónicas tal como la diabetes, lo cual se relaciona con la investigación de Grilo, Hrabosky, White, Allison, Stunkard y Masheb (2008) quienes reportan que la conducta de atracón se asocia a mayores problemas psicológicos, ya que los participantes que presentaban estas conductas eran quienes tenían mayores niveles de depresión, peores hábitos alimenticios y un mayor IMC.

Por el lado de la alimentación de riesgo, Neumark-Sztainer et al. (2006) publicaron que el 56% de las adolescentes mujeres y 23% de los adolescentes varones han intentado realizar alguna dieta para bajar de peso; sin embargo, del 100% de los jóvenes que habían iniciado una dieta, 95% habían recuperado su peso al momento de iniciar la dieta.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004) reporta que las dietas inapropiadas, así como la ausencia de actividad física, son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica, tales como: diabetes, hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, cáncer, etc. Así mismo este organismo reportó que el realizar una dieta inapropiada está directamente asociado al sobrepeso y a la obesidad, lo cual concuerda con la investigación de Neumark-Sztainer et al. (2006) quien reportó que aquellas mujeres quienes habían iniciado una dieta (con el objetivo de perder peso) tenían conductas más dañinas para la salud, tales como: saltarse tiempos de comida y atracones.

2.1.6 Actividad Física.

La importancia de la actividad física en la salud ha sido demostrada empíricamente por diversas investigaciones, tales como el estudio realizado Cruz, Moreno, Pino y Martínez (2011) quienes demostraron que realizar actividad física está asociado directamente con un mayor número de conductas saludables.

Así mismo, la investigación de Durksen, Downs, Mollard, Forbes, Ball y McGavock (2014) demostró, dentro de un estudio transversal con 300 estudiantes adolescentes, que era posible encontrar una relación modesta entre el tiempo dedicado a la actividad física y patrones

de alimentación más saludables y se relaciona con la investigación realizada por Dohle, Wansink y Zehnder (2014) quienes describieron por medio de un estudio cualitativo las creencias y comportamientos comunes relacionados con el ejercicio y la dieta. En dicha investigación los autores mostraron que el ejercicio y los patrones de alimentación están estrechamente relacionados, ya que al comparar personas que realizan actividad física con personas sedentarias, es posible observar que las personas con mayor actividad tratan de alimentarse mejor.

2.2 Factores contextuales.

2.2.1 Factores Familiares.

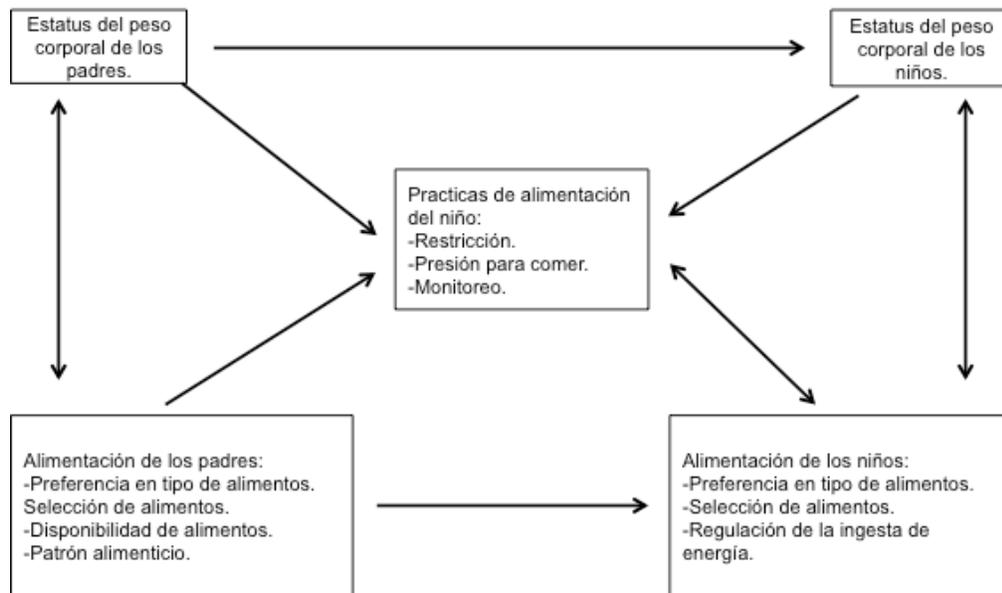
Birch y Fisher (1998) hicieron una revisión teórica para analizar cómo la familia influye en la conducta de alimentación de los niños y adolescentes; dichos autores concluyeron que una de las variables de contexto que ha demostrado estar relacionada de manera importante con la conducta de alimentación de los jóvenes son los modelos de alimentación parentales. Estos autores aportaron evidencia empírica que demuestra que los padres además de la influencia genética, son quienes crean los ambientes en los que se desarrollan las conductas de alimentación de los niños y jóvenes. Esto se debe a que por un lado, son los padres quienes activamente deciden y eligen la comida para la familia sirviendo así como modelos para la elección de la dieta y los patrones alimenticios (Birch & Krahnstoever, 2001; Center for Disease Control and Prevention, 2009).

La investigación de Patrick y Nicklas (2005) demostró que los jóvenes prefieren comer alimentos que se encuentran accesibles y fáciles de obtener, por lo tanto, dependiendo del tipo de

alimentos que los padres elijan tener al alcance de los hijos influirá sobre la elección de los alimentos en casa, es decir que si en casa existen alimentos saludables el joven tenderá a incrementar el consumo de éstos. Así mismo, otros autores (Haines, Neumark-Sztainer, Wall & Story, 2007; Kral & Rauh, 2010) señalan que los padres por medio de su dieta y patrones de alimentación sirven como modelos para la elección de ciertos alimentos.

Costanzo y Woody (1985) desarrollaron un modelo (Figura 1) para explicar la influencia de los padres en el peso corporal de sus hijos y plantearon que el peso de los padres se asocia con la selección de determinados alimentos, su preferencia, la disponibilidad de los alimentos y los patrones alimenticios de los hijos; dichos componentes tienen influencia directa sobre el comportamiento de ingesta de los niños y a largo plazo en su estatus de peso corporal. En específico, los estilos de alimentación de los padres, por ejemplo: la preferencia de comida de los padres, los alimentos que consumen y que ponen al alcance de sus hijos y su forma de comer tienen influencia y son influenciados por el estatus de peso corporal de los padres (como lo demuestra la flecha doble que une a los dos componentes). El comportamiento de alimentación de los padres influye directamente en el comportamiento de alimentación de los hijos, como un resultado del moldeamiento social y por la selección de alimentos que están disponibles para los hijos, e indirectamente por las asociaciones de los hijos con las prácticas de alimentación de los padres.

Figura 1. Mediadores conductuales del comer de la familia y su relación con el peso (Cotanzo & Woody, 1985).



Las prácticas alimentarias de los niños tienen su motivación en las conductas de alimentación de los padres, el estatus de peso corporal actual de los hijos y la preocupación de los padres sobre el riesgo futuro de sobrepeso. Finalmente, los estilos alimenticios de los padres y las prácticas alimenticias del hijo, forman la conducta de comer (como por ejemplo, las preferencias de alimentos de los niños y su patrón de selección de alimentos); en cambio el patrón de comer de los niños influye y es influenciado por su peso corporal (Costanzo & Woody, 1985).

Al respecto, Birch, Savage y Ventura (2009) reportan que los niños aprenden los patrones de alimentación por medio de la observación, estos autores demostraron que el consumo de alimentos saludables, tales como: frutas, vegetales, leche etc., incrementa después de observar a adultos consumiendo la misma comida.

Las prácticas alimentarias de los niños tienen su motivación en las conductas de alimentación de los padres, el estatus de peso corporal actual de los hijos y la preocupación de los padres sobre el riesgo futuro de sobrepeso. Finalmente, los estilos alimenticios de los padres y las prácticas alimenticias del hijo, forman la conducta de comer (como por ejemplo las preferencias de alimentos de los niños y su patrón de selección de alimentos); en cambio el patrón de comer de los niños influye y es influenciado por su peso corporal.

Los padres proveen los primeros ambientes alimenticios para sus hijos, estos ambientes familiares incluyen las conductas propias de los padres para comer, y las prácticas parentales que influyen en la alimentación de sus hijos. En particular se ha observado que padres con obesidad o sobrepeso, los cuales no controlaban el consumo propio de comida, ni el de sus hijos, tienden a presentar mayor riesgo para que sus hijos desarrollen obesidad o sobrepeso (Birch & Krahnstoeber, 2001).

Los estudios de Birch et al. (2007); Dejong, Van Lenthe, Van der Horst y Oenema (2009); Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll y Perry (2003) y Videon y Manning (2003) demostraron que la presencia de los padres en las comidas, como modelos de conducta alimentaria, influye de manera positiva en la alimentación saludable de los jóvenes, ya que si los padres mantienen buenos hábitos alimenticios y consumen alimentos saludables, es posible observar un incremento en el consumo de estos alimentos en los jóvenes; además, aquellos

adolescentes que comen con sus padres muestran un menor número de conductas de “saltarse algún horario en los alimentos (desayuno, comida, cena)” y un menor número de conductas de “botanear”, en lugar de ingerir los alimentos necesarios para el desempeño de las actividades cotidianas.

Así mismo, en concordancia con los resultados anteriores, Hall, Collins, Morgan, Burrows, Lubans y Callister (2011) encontraron que los malos hábitos de alimentación de los padres funcionan como modelos de riesgo en los jóvenes, ya que malos estilos alimenticios por parte de los padres se asocian con una mala alimentación en los adolescentes.

Por otro lado, los padres refuerzan el desarrollo de las prácticas alimenticias que ellos creen correctas, por consiguiente son quienes determinan las reglas de restricción y de control de la comida, y estas reglas afectan de manera directa los patrones individuales de alimentación del hijo (Cook-Cottone et al., 2009; Lampard et al., 2008; Stang & Loth, 2011).

Con respecto al control y las reglas establecidas por los padres para fomentar el ambiente alimenticio de la familia, existen estudios que han evaluado la influencia de las reglas y el ambiente familiar sobre la conducta de alimentación de los jóvenes (Berge, Wall, Neumark-Sztainer, Larson & Story, 2010; Berge, Wall, Loth & Neumark-Sztainer, 2010). Dichos estudios evaluaron la importancia de la presencia parental en las comidas familiares, los diferentes estilos parentales (autoritativo, autoritario, permisivo y negligente) y el impacto de estas variables en la alimentación saludable del adolescente; los resultados mostraron que los padres con estilo autoritativo promueven mayor número de conductas de alimentación saludable y parecen jugar un rol protector para las conductas alimentarias de riesgo.

Así mismo, los estudios de Gable y Lutz (2000) y Patrick y Nicklas (2005) señalan que aquellos padres que presentan un estilo parental democrático son quienes motivan a sus hijos adolescentes a comer alimentos más saludables, permiten elegir diversas opciones de alimentos, promueven que el hijo elija sus propios horarios de alimentación y que también elija parar de comer cuando lo decida. Estas conductas parentales están asociadas a un mayor consumo de frutas y verduras, así como un menor consumo de comida chatarra y una menor probabilidad de no desayunar. Los resultados demuestran que el control positivo de la conducta de alimentación del joven promueve una mejor alimentación.

Por otro lado, un control negativo de la conducta de alimentación disminuye la probabilidad de que el joven se alimente saludablemente, ya que algunas investigaciones (Keery, Eisenberg, Boutelle, Neumark-Sztainer & Story, 2006; Kremers, Brug, Vries & Engels, 2003) reportan que los hijos de padres autoritarios presentan un mayor número de conductas de alimentación negativa tales como no desayunar, “botanear” en vez de comer una comida completa, consumir más comida chatarra, así como una menor capacidad de sentir señales de saciedad o de hambre. El control en la alimentación del niño puede resultar también un factor de riesgo; Birch y Fisher (1998) reportaron que una restricción excesiva en la cantidad y tipo de alimentos que consume el niño puede elevar la frecuencia de sobre consumo y la preferencia por los alimentos que no están al alcance, por lo que es posible observar que los niños que presentan mayores niveles de represión son aquellos que presentan una pobre capacidad de autorregulación de la ingesta de energía.

2.2.2 Factores Asociados al Grupo de Pares.

Entre las investigaciones acerca de la influencia del grupo de amigos, Salvy, Romero, Paluch y Epstein (2007) demostraron que en adolescentes mujeres, el grupo de pares influye en la ingesta de las jóvenes, ya que las adolescentes con sobrepeso si están en presencia de una amiga con sobrepeso, consumen una mayor cantidad de alimentos con alto contenido calórico. Por otro lado, la investigación de Salvy, Kieffer y Epstein (2008) en adolescentes con sobrepeso y con peso normal mostró que los jóvenes comen sustancialmente menos cuando están en presencia de sus amigos con peso normal y eligen opciones de alimentos mucho más saludables en comparación de cuando están solos, ya que cuando están solos ingieren mayor cantidad de alimentos.

La investigación de Salvy, Cohelo, Kieffer y Epstein (2007) indicó que cuando los pares consumen una mayor cantidad de alimentos saludables, es posible observar en los adolescentes un incremento en la elección de comida saludable y así mismo cuando los pares consumen un mayor número de calorías o de comida chatarra, se observa una tendencia similar en los adolescentes.

Con respecto al consumo de comida chatarra y de bebidas endulzadas, Wouters, Larsen, Kremers, Dagnelie y Geenen (2008) investigaron cómo afecta el grupo de amigos a la conducta de alimentación saludable y reportaron que el grupo de pares influye en la elección de los alimentos no saludables, ya que es posible observar una asociación positiva entre el consumo individual de comida chatarra y el consumo de este tipo de alimentos en el grupo de amigos; además, se reportó que en el grupo de los varones esta asociación parecía ser más fuerte que en el grupo de las mujeres.

Con respecto al consumo de azúcar, Perkins, Perkins y Craig (2010) compararon la percepción personal de los adolescentes con respecto al consumo de azúcar de sus compañeros y encontraron que aquellos adolescentes que subestiman el consumo de azúcar de sus amigos son quienes presentan un mayor consumo de bebidas y productos endulzados, por lo que concluyeron que el grupo de pares funciona como un mediador de referencia para el consumo de bebidas endulzadas.

Como es posible observar, los factores que se asocian a la conducta de alimentación son numerosos y en muchas ocasiones se relacionan unos con otros, por lo que resulta necesario utilizar un modelo teórico que permita conjuntar dichos factores con el fin de observar cómo es que las variables interactúan entre sí y de esa manera tener un mejor entendimiento de la conducta de alimentación saludable. Es de ahí que, a continuación se revisan diversos modelos teóricos, que se han empleado para entender cómo interactúan dichas variables.

3. Modelos Teóricos que Abordan la Conducta de Alimentación.

Existen varios modelos que han abordado las diferentes variables asociadas a la salud. Se presentan de manera general algunos de estos y más ampliamente el modelo de Jessor et al. (2010) ya que es la base de esta investigación.

3.1 Modelo de Creencias de Salud (MCS).

Este modelo fue desarrollado a partir de 1950 por Hochbaum, Rosentock y Kegels, quienes basados en una investigación cuyo propósito era observar el nivel de apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis, reportaron que aquellas personas que creían positivamente en la efectividad del diagnóstico y del tratamiento, eran aquellas que asistían con mayor periodicidad a sus revisiones médicas; de ahí partieron para desarrollar el modelo de creencias en salud, cuyas premisas principales son que una persona no ejecutará un comportamiento saludable de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, a menos de que cuente con los niveles mínimos de motivación e información sobre la salud, se vea potencialmente vulnerable, determine a la condición de enfermedad como amenazante, esté convencido de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades para la puesta en práctica de la conducta saludable (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

Del mismo modo, Breinbauer y Maddaleno (2008) destacaron que para lograr un cambio en la conducta saludable, es necesario que el sujeto crea que un cambio en su conducta será más benéfico que mantenerse en el estado actual. Así Rosenstock (1974) propone que las personas podrán tomar medidas para prevenir, detectar o controlar la enfermedad si:

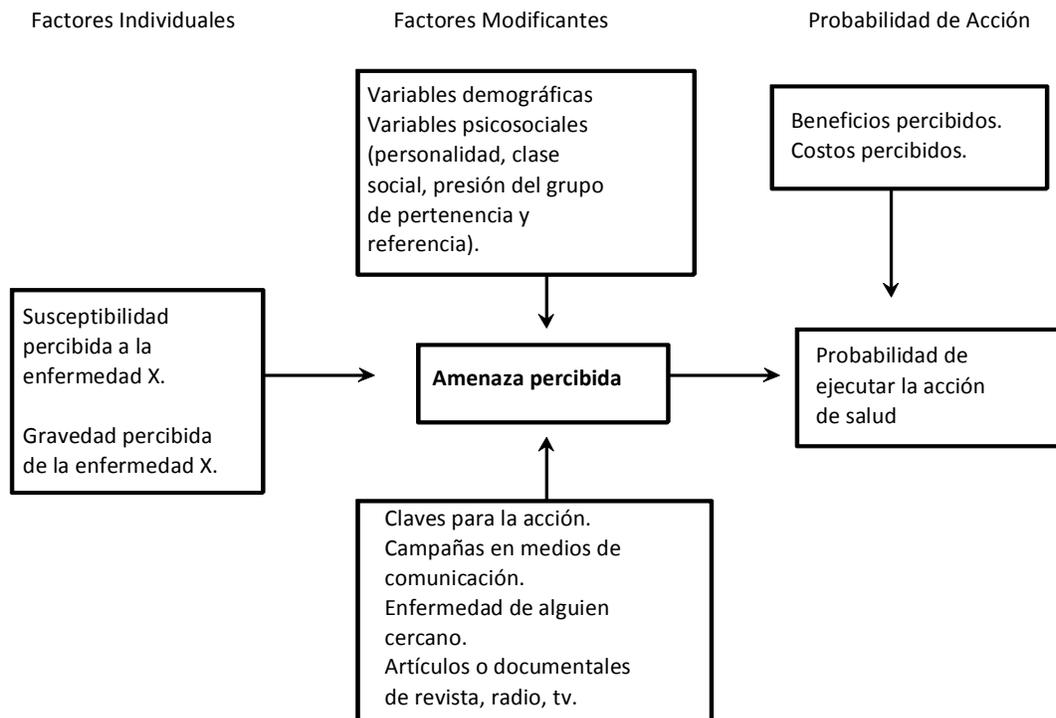
1. El sujeto se considera susceptible a una enfermedad (Susceptibilidad percibida).
2. El sujeto cree que la enfermedad puede tener consecuencias potencialmente graves (Gravedad percibida).
3. El sujeto cree que la línea de conducta que se le recomienda podría ser beneficiosa para reducir la susceptibilidad a la enfermedad o la gravedad de la misma (Beneficios percibidos).
4. El sujeto cree que los obstáculos previstos para la toma de alguna decisión para el cambio de comportamiento son superados por los beneficios del cambio (Obstáculos percibidos).

Bajo estas premisas, Becker y Maiman (1975) realizaron una revisión sistemática de diversos estudios enfocados en el Modelo de Creencias sobre la Salud y su relación con la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con el objetivo de reunir evidencia empírica necesaria para conocer los predictores más consistentes de la conducta. Estos autores propusieron el modelo que se presenta en la Figura 2.

Este modelo muestra que la amenaza percibida de la enfermedad dependerá en primer lugar de la alta probabilidad de que ocurra (susceptibilidad percibida); el potencial de la enfermedad para causar daño e interferir con las funciones sociales (gravedad percibida); las

características individuales como raza y sexo (variables demográficas); personalidad, presión de grupos, la evaluación del costo físico y financiero (variables psicosociales); e influencias externas (como medios masivos de comunicación, familiares cercanos con alguna enfermedad). El modelo de Creencias en Salud postula que la probabilidad de ejecutar la acción de salud dependerá de la amenaza percibida y de los costos, versus los beneficios percibidos por el sujeto.

Figura 2. Modelo de Creencias Sobre la Salud (Becker & Maiman, 1975)



Este modelo se ha utilizado para explicar y predecir la adherencia hacia el régimen alimentario de madres con hijos obesos. Becker, Maiman, Kirsh, Haefner y Drachman (1977) realizaron una investigación cuyos resultados mostraron que el modelo fue capaz de predecir la adherencia de las madres al tratamiento de dieta de sus hijos y de las visitas regulares al doctor;

con respecto al cambio asociado al peso de los niños se encontró que la susceptibilidad y la severidad percibida estaban relacionados positivamente con el cambio en el peso corporal de los niños, y los beneficios y las barreras tenían una relación positiva con la pérdida de peso.

Continuando con la investigación de Becker et al. (1977) y con el fin de evaluar el nivel de predicción de este modelo en la calidad de la dieta, Sapp y Jensen (1998) llevaron a cabo un estudio con 1,502 adultos (los cuales habían participado con anterioridad en el censo de ingesta de alimentos del departamento de Agricultura de los Estados Unidos de America). Se evaluó la calidad de la dieta como variable dependiente y se consideraron ocho elementos los cuales se detallan a continuación:

- 1) Conductas hacia los alimentos nutritivos.
- 2) Conteo de calorías, de cantidad de sodio, cantidad de grasa y de colesterol.
- 3) Consumo de leche entera y de alimentos altos en azúcar.
- 4) Si se agregaba sal extra a los alimentos ya preparados.
- 5) Si se agregaba grasa cuando se cocinaba carne o pollo.
- 6) Uso de leche descremada, consumo de claras de huevo.
- 7) Consumo de agua.
- 8) La calidad de la dieta actual se evaluó midiendo el patrón de consumo de alimentos de los últimos tres días previos a la aplicación de la escala.

Como parte del modelo de creencias en salud se evaluó: la importancia percibida de la calidad de la dieta; la capacidad percibida de la dieta actual; el conocimiento con respecto a la relación entre la dieta y la salud; y los beneficios y barreras percibidos de la calidad de la dieta.

Se consideró además si existían algunas recomendaciones por parte de médicos, amigos, familiares para mejorar o controlar la calidad de la dieta actual; variables socio-económicas, situacionales y ambientales (género, raza, años de educación formal, ingreso anual bruto).

Los resultados mostraron que el 77% de los participantes puntuaron bien en conocimientos de la dieta; sin embargo, sólo el 30% respondió correctamente en el test de conocimiento con respecto a la relación entre la dieta y la salud, el resto obtuvieron puntajes bajos. Los sujetos mostraron una media alta en importancia percibida de la calidad de la dieta; sin embargo, cuando se analizaron las medias con respecto a la calidad de la dieta actual, los sujetos mostraron medias muy bajas.

Para continuar con las investigaciones, Sapp y Weng (2007) evaluaron la capacidad de este modelo para predecir la calidad en la dieta y su relación con el IMC en una población de 1,319 participantes adultos. Para calcular el IMC cada participante proporcionó sus datos de estatura y peso; para evaluar la calidad de la dieta de los participantes se utilizó el cuestionario de Índice de Comida Saludable del Departamento de Agricultura de EUA. Se evaluaron conocimientos básicos de nutrición y se consideraron todos los parámetros evaluados en la investigación previa y además se agregó la variable del número de horas que pasan frente a la televisión.

Los datos obtenidos indicaron que: en primer lugar, los datos del cuestionario de Índice de Comida Saludable mostraron que el 64.50 % de los participantes necesita mejorar su dieta; en segundo lugar se observó que dentro del modelo teórico de Creencias Saludables, la importancia, las barreras y los beneficios percibidos estaban asociados significativamente con el cuestionario de Índice de Comida Saludable, pero no con el IMC. Por otro lado, las variables socio demográficas no mostraron relación alguna.

Los resultados mostraron inconsistencias con respecto a la mayoría de las variables incluidas en el modelo teórico y su relación con las variables estudiadas. Los datos reportados en esta investigación mostraron que la capacidad de predicción del modelo era débil, por lo que es posible suponer que la calidad de la dieta y el IMC no están asociados a los conceptos psicosociales planteados en este modelo y están relacionados con otras variables, tales como el estilo de vida, o factores sociales, o la infraestructura comunitaria o de políticas públicas, por lo que los autores concluyeron que es necesario continuar con más investigación, en primer lugar para evaluar el alcance del Modelo Teórico de Creencias en Salud, y en segundo lugar identificar las posibles causas asociadas al IMC y a la calidad de la dieta.

3.2 Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva.

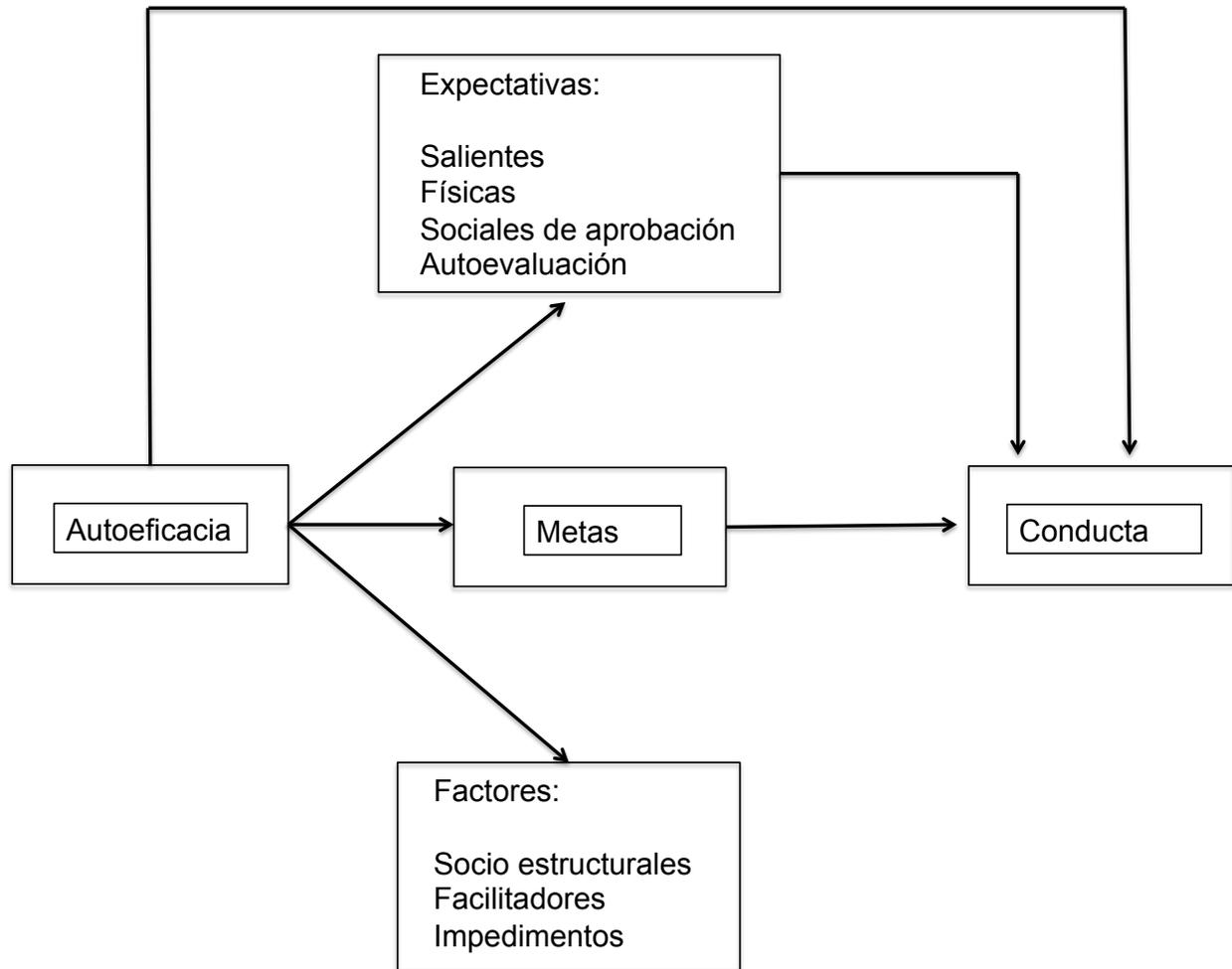
En 1977, Albert Bandura inició el desarrollo de la Teoría Social Cognitiva, con la que sigue trabajando actualmente. El objetivo principal de esta teoría es el de explicar cuáles son los factores individuales y sociales que influyen en la conducta y así generar cambios en la misma para lograr prácticas más saludables y efectivas (Bandura, 1995). Dicho autor propone que las prácticas saludables están influidas por los hábitos en los estilos de vida de las personas, los cuales según la Teoría Social Cognitiva están normados por un conjunto de núcleos que influyen en la conducta del individuo y es por esta razón que para lograr la prevención, es necesario desarrollar habilidades cognoscitivas, sociales y de auto-eficacia para que el individuo se mantenga saludable y evite el riesgo que existe en el entorno (Bandura, 1995).

Bandura (2004) propone el modelo de auto-eficacia o de auto-regulación para explicar la conducta saludable, compuesto por los siguientes elementos: conocimientos del riesgo y el beneficio de la salud en las diferentes prácticas de hábitos saludables, auto-eficacia percibida como un ejercicio de control sobre los hábitos saludables, expectativas salientes acerca de los costos y beneficios de diferentes hábitos saludables, las metas personales en salud como planes concretos, las estrategias para realizarlos y lo que percibe el sujeto como facilitadores de conducta y por último los impedimentos sociales estructurales, que se encuentran representados en la Figura 3.

Las creencias en la auto-eficacia personal juegan un rol central en el cambio conductual, debido a que si un sujeto cree que sus acciones pueden producir los cambios deseados o esperados, tenderá a tener mayor motivación e incentivo para perseverar a pesar de las dificultades. Las creencias de auto-eficacia tienen una influencia tanto en las metas personales como en las aspiraciones personales y por otro lado en la forma en la que, se enfrentan los obstáculos.

Los Factores socio-estructurales: (*Factores Facilitadores*) Se refiere al conocimiento de los riesgos en salud y de los beneficios obtenidos por medio de diferentes prácticas saludables, permite crear una condición previa para el cambio, ya que la gente que tiene conocimiento acerca de cómo es que impactan sus hábitos y su estilo de vida en su salud, tenderán a reprimir la conducta evaluada como perjudicial.

Figura 3. Modelo de Teoría Social Cognitiva (Bandura, 2004).



Las metas personales: las cuales están arraigadas en el sistema de valores, proveen iniciativas propias hacia el futuro, que guían los hábitos saludables de los individuos; en otras palabras, las metas personales serán las guías del cambio deseado por la persona (Bandura, 2005).

Para probar la efectividad de este modelo con respecto a la prevención, Dea y Wilson (2006) realizaron una investigación con el afán de explicar el impacto de diversos factores sobre el IMC, tales como: la calidad de la dieta, la auto-eficacia, el locus de control de la elección de la dieta, no desayunar, la variedad de elección de comida y el nivel socioeconómico.

Los resultados indicaron diferencias contradictorias con respecto a la auto-eficacia, ya que lo esperado teóricamente es que existiera una relación negativa entre ésta y el IMC, es decir que a mayor eficacia, menor sobrepeso; sin embargo, se observó en los resultados una relación positiva entre ambas variables, lo que sugiere que los jóvenes con mayor IMC son aquéllos con mayor auto-eficacia.

Sharma, Wagner y Wilkerson (2006) realizaron un estudio con el objetivo de observar cuál era la relación entre los cuatro factores más empleados para la prevención de obesidad en niños y jóvenes en EUA: actividad física, horas frente a la TV, número de vasos de agua que ingieren, la cantidad de frutas y vegetales consumidos en el día y la auto-eficacia. Encontraron que la auto-eficacia hacia la conducta de realizar ejercicio y número de clases relacionadas al respecto en la escuela, predecían la conducta de actividad física, así mismo las horas frente al televisor fueron predichas por el número de veces que se tomó una clase acerca del comer saludable en la escuela y el auto control a través de las metas establecidas, las expectativas en beber agua predecían el número de vasos consumidos al día, y por último la auto-eficacia hacia el consumo de frutas y verduras predecía el consumo de las mismas. La variable de conocimientos no mostró diferencias significativas. Los autores concluyeron que esta teoría ofrece una opción práctica para el diseño de programas efectivos de prevención primaria para la obesidad.

Por otro lado, Murnan, Sharma y Lin (2006) con el propósito de evaluar cuáles de los factores incluidos en el modelo, tales como la auto-eficacia o la auto-regulación predecían las conductas de actividad física, horas frente a la TV, número de vasos de agua ingeridos, así como la cantidad de frutas y vegetales consumidos; realizaron un estudio en 282 niños y adolescentes chinos entre los 10 y 14 años. Los resultados mostraron que horas frente a la TV fue predicha por la auto-eficacia de ver menos TV; vasos consumidos de agua era predicho por la auto-eficacia de beber agua y género; horas de actividad física en la escuela; consumo de frutas y vegetales por la auto-eficacia de comer frutas y verduras. Por ello, reportaron que la auto-eficacia resultó ser un componente útil para poder predecir dichas conductas; ningún otro componente contemplado en el modelo teórico impactó a las variables.

3.3 Teoría de Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planeada.

Esta propuesta teórica fue planteada por Fishbein y Ajzen (1975) y afirma que todos los seres humanos, antes de decidir llevar a cabo o no una conducta, sistematizan la información que perciben y responden de manera racional ante cualquier conducta por medio de la valoración cognitiva de sus acciones. Ajzen y Fishbein (1975) proponen que la ejecución de cualquier conducta (la cual es entendida como la respuesta observable y manifiesta, dada ante cualquier situación) está determinada inmediatamente por la intención del individuo (la intención es entendida como el indicador de la disposición del sujeto para realizar la conducta). Según Ajzen (1991) la conducta es antecedida por dos factores principales que son:

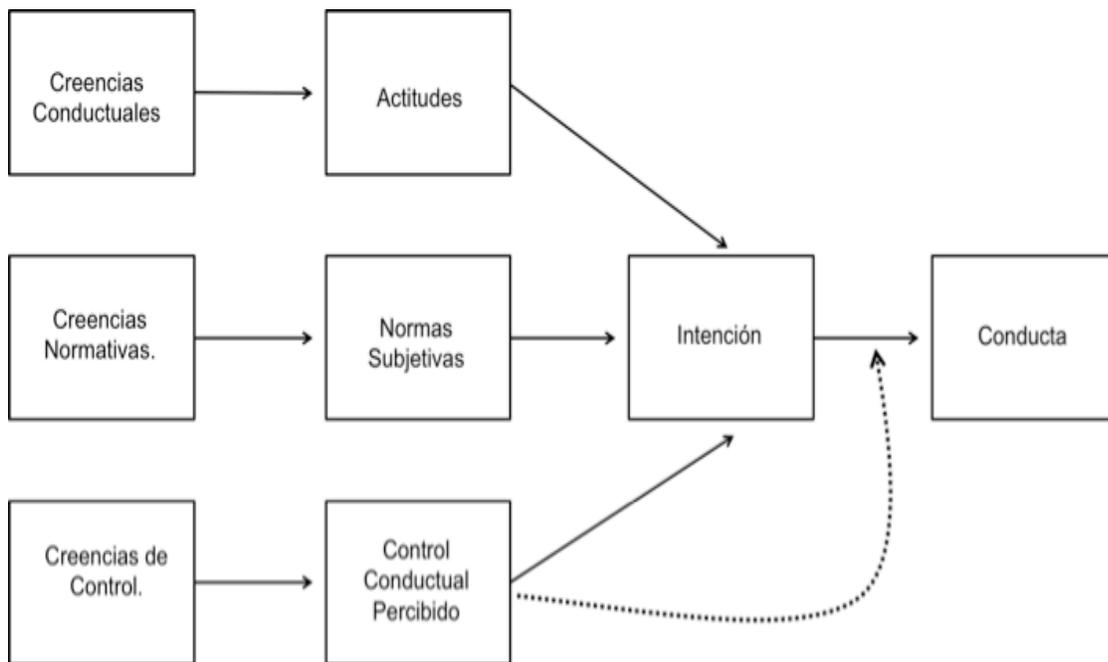
- La actitud hacia la conducta, es decir la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción. La actitud (sentimientos positivos o negativos) respecto del desempeño de la conducta, es determinada por las creencias de la persona en relación con los resultados del desempeño de esa conducta (creencias conductuales) y el valor de esos resultados.
- La norma subjetiva relacionada con la conducta, es decir la percepción que tiene la persona de las opiniones de otras personas con respecto a dicha conducta se encuentra determinada por las creencias sobre lo que, en opinión de los demás, debe hacer el sujeto (creencias normativas) y la motivación para cumplir con la opinión de los demás, es decir, la creencia sobre las presiones sociales que ejercen sobre el individuo para que realice o no la acción. De esos factores se construye el modelo de la Figura 4.

La Teoría de la Conducta Planeada, fue utilizada por Bruijn y Putte (2009) cuya hipótesis fue: el Control Conductual Percibido podría ser un mediador clave entre la fuerza del hábito y la conducta saludable al mostrar una relación inversa entre Control Conductual Percibido y la fuerza del hábito. Para dicho estudio participaron 312 estudiantes con una edad promedio de 14.62 años, los cuales contestaron un cuestionario auto-aplicable que evaluaba las siguientes dimensiones:

1. Frecuencia de consumo de bebidas endulzadas y cantidad diaria de horas frente al televisor.
2. Intención de limitar la cantidad de bebidas endulzadas y horas frente al televisor.
3. Actitud hacia la cantidad de bebidas endulzadas y horas frente al televisor.

4. Norma subjetiva se refiere a lo que para la mayoría de la gente (que es importante para el adolescente), piensa que es correcto con respecto a la cantidad de bebidas endulzadas y horas frente al televisor.
5. Los hábitos arraigados se obtuvieron con un auto-reporte.

Figura 4. Teoría de Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1973).



Los resultados mostraron que: consumo de bebidas endulzadas tuvo una relación positiva con las horas frente al televisor, así también la fuerza de los hábitos se relacionó con estas variables y se encontró una relación positiva entre intención y control conductual percibido, en donde aquéllos que tienen una menor intención para limitar la cantidad de bebidas endulzadas son aquéllos que tienen mayor dificultad para limitar las horas frente al televisor. Con relación a aquéllos que veían más televisión, se observó que mostraban un hábito más fuerte para ver televisión y un mayor hábito de consumo de bebidas endulzadas.

Los autores concluyeron que la percepción del control conductual y la intención conductual, que son componentes de la Teoría de la Conducta Planeada, están fuertemente relacionados con el consumo de bebidas endulzadas y las horas frente al televisor. Este modelo aporta evidencia empírica que afirma que las intervenciones que deseen limitar el tiempo de ver televisión deberán enfocarse en la actitud, y aquéllas cuyo objetivo sea limitar el consumo de bebidas dulces deberán focalizarse e incrementar el control percibido conductual.

Este modelo también ha sido utilizado con el objetivo de aportar evidencia que ayude a explicar las barreras relacionadas al peso y la actividad física, Caperchione, Duncan, Mummery, Seele y Schofield (2008) realizaron un estudio con el objetivo de: a) examinar los indicadores de la Teoría de la Conducta Planeada, la intención de actividad física y su relación con el IMC, b) el efecto potencial de los factores de la teoría de la conducta planeada que influyen de manera directa para mediar a la intención de realizar actividad física y al IMC. Participaron 1,062 sujetos con un rango de edad de 18-84 años y una media de edad de 47.14, los cuales contestaron el cuestionario por vía telefónica.

Para el estudio se evaluó:

1. Intención para realizar actividad física.
2. Actitud hacia la actividad física.
3. Norma subjetiva para actividad física
4. Control conductual percibido para la actividad física
5. Auto-reporte del peso y estatura, los cuales fueron utilizados para calcular el IMC

Los resultados del estudio mostraron que la medición directa de actitud y control conductual percibido regulan la relación entre el IMC y la intención para realizar actividad física, la norma subjetiva no mostró ser un mecanismo mediador. El efecto de la actitud, el control conductual percibido y el IMC resaltaron una predicción fuerte de la intención de la actividad física, mostrando un 35% de la varianza; es decir que a mayor obesidad menor intención de realizar actividad física. Los autores concluyeron que es necesario considerar estos indicadores para lograr programas efectivos de incremento en la actividad física.

A pesar de que esta investigación provee información similar al estudio anterior, es importante mencionar que metodológicamente es posible observar ciertas deficiencias, tales como: la gran variabilidad en la edad de los participantes, y el método para calcular el IMC debido a que los participantes podrían haber proporcionado datos no tan precisos, y siendo el IMC una de las variables con mayor importancia en el estudio, la fiabilidad de los resultados podría estar comprometida.

3.4 Modelo Psicosocial de Protección y Riesgo.

El Modelo psicosocial de protección y riesgo tomó como base la teoría de la Conducta Problema; dicha teoría plantea como premisa fundamental, que todos los seres humanos estamos influidos por las normas y expectativas de nuestra cultura, en particular por las experiencias inmediatas del contexto cotidiano de la vida (Jessor & Jessor, 1977).

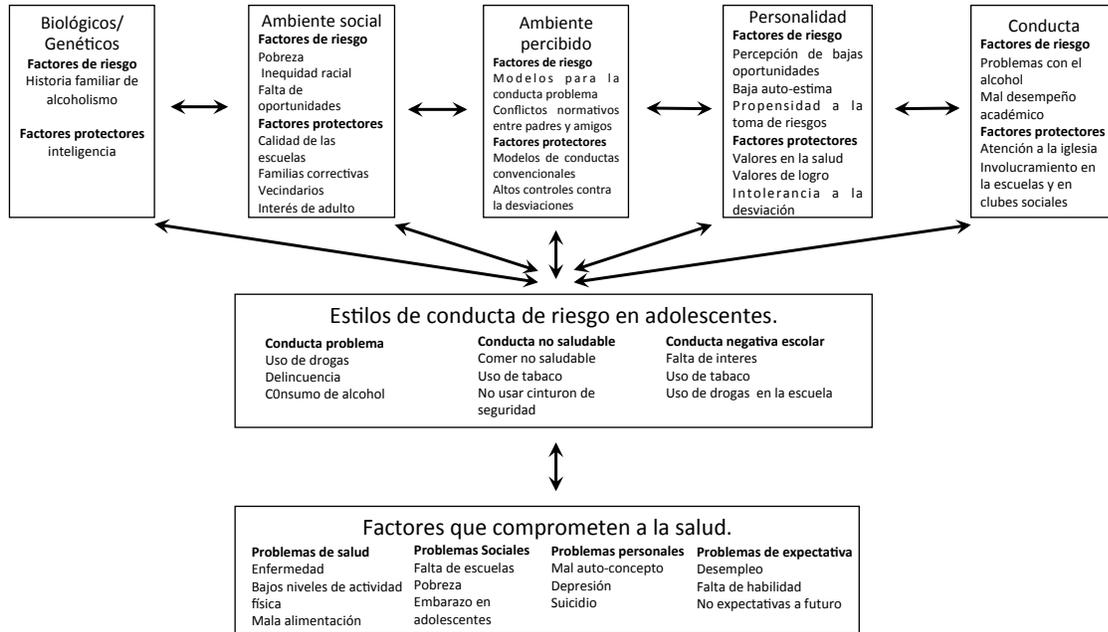
Jessor (1987) propone tres sistemas principales de variables explicativas que influyen en la conducta, los cuales son: 1) el sistema del ambiente percibido, 2) el sistema de personalidad y 3) el sistema de conducta, y la unión de dichos sistemas estructura tanto a la dimensión de inconventionalidad, como a la dimensión de convencionalidad, y resultan muy importantes, ya que representan las bases principales de la teoría.

La inconventionalidad es entendida como una conducta problema y para que una conducta sea entendida como tal, es necesario que socialmente sea identificada como inadecuada, es decir toda conducta que no sea aceptada o deseada por las normas sociales (Donovan, Jessor, 1985); además para que una conducta sea considerada como problema es necesario que tenga como consecuencia una reprimenda social, ya sea de forma mínima como una llamada de atención o hasta el extremo de ser llevado a prisión, tales conductas podrían ser: abuso de sustancias, consumo de alcohol, actividad sexual precoz, conducta delincuente. Por otro lado, la convencionalidad se entiende como aquellas conductas que son socialmente esperadas y apegadas a las normas sociales, tales como: asistir a la iglesia, involucramiento en las actividades

Con base en la teoría de la conducta problema y con el fin de averiguar si los hallazgos encontrados en las investigaciones enfocadas a la conducta convencional tenían relación con un mayor involucramiento de conducta saludable: mayor nivel de actividad física, horario adecuado de sueño, uso de cinturón de seguridad y atención a una dieta saludable, Donovan, Jessor y Costa (1991) realizaron un estudio, en una muestra de 1588 adolescentes de los Estados Unidos de America y reportaron que la dimensión de convencionalidad se asoció con una mayor conducta saludable, así mismo reportaron que un mayor grado de convencionalidad estaba asociado a un menor número de comportamientos indeseables, tales como un menor consumo de alcohol, menor involucramiento en conductas delincuentes y una disminución en el uso de marihuana.

Jessor (1991) con el objetivo de profundizar los conocimientos en torno a su teoría continuó con la investigación, y basado en la evidencia empírica, organizó y agrupó los constructos de los sistemas del ambiente percibido, el sistema de personalidad, el sistema de conducta y las dimensiones de convencionalidad e inconventionalidad, en factores de protección y de riesgo. Demostró que la conducta, ya sea de riesgo ó saludable de un adolescente depende de la interacción entre los factores de protección y los factores de riesgo (ver Figura 6).

Figura 6. Definición conceptual de la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1991).



En dicha investigación, Jessor plantea que el papel teórico de los factores de protección es disminuir la probabilidad de involucrarse en alguna conducta problemática, ya que estos factores proveen los lineamientos para que la conducta sea positiva y pro social, como por ejemplo: los logros académicos. En contraste los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de involucrarse en alguna conducta problemática, tales como: mayores oportunidades de involucrarse con el riesgo (mayor disponibilidad de consumo de marihuana o de otras drogas ilegales, percepción de oportunidades limitadas para tener éxito en la vida, o presión de pares para usar drogas).

Así que con el fin de explorar el rol de los factores de protección y de riesgo y cómo se relacionaban dichos factores con la conducta problema, Jessor et al. (1995) realizaron una investigación en la cual se plantearon varias metas: la primera fue la de determinar cuáles factores protectores están asociados con menores niveles de involucramiento en conductas problemáticas; la segunda, fue determinar qué factores protectores moderan la relación entre riesgo e involucramiento de la conducta problema y la tercera fue determinar qué factores protectores están relacionados con el cambio de la conducta problema de los adolescentes a lo largo del tiempo.

Los resultados mostraron que existía suficiente evidencia empírica para demostrar los efectos de los factores de protección sobre la conducta problema, debido a que en su estudio se observó que al incrementar el número de factores protectores existía un menor involucramiento en dicha conducta. Además, los datos aportaron evidencia empírica del efecto del riesgo sobre la conducta del adolescente, ya que se observó que al incrementar el número de factores de riesgo, era posible observar un mayor involucramiento en la conducta problema. Ambos resultados probaron la importancia tanto de la protección como del riesgo sobre la conducta del adolescente.

En dicha investigación también fue posible observar que existía suficiente evidencia empírica que sustentaba que los factores protectores tienen un efecto moderador sobre los factores de riesgo, debido a que los resultados mostraron que cuando se presentaba un mayor número de factores de protección, existía una disminución significativa del efecto de los factores riesgo sobre la conducta del adolescente.

Se observó que para los factores de riesgo, el modelo de riesgo de amigos presentó el coeficiente beta más alto: las bajas expectativas hacia el éxito y baja auto-estima mostraron resultados significativos. Para los factores de protección se observó que el control personal, la actitud de intolerancia a la desviación y la orientación personal hacia alguna institución convencional, resultaron ser los factores de mayor peso.

Continuando con el estudio de los factores protectores y de riesgo, Jessor, Turbin y Costa (1998) realizaron una investigación con tres objetivos, el primero fue: examinar si existía una relación entre los factores de protección y la conducta saludable de los adolescentes, entendida por los investigadores como: la conducta de ejercicio regular, hábitos saludables de alimentación, cuidado dental y sueño adecuado. El segundo objetivo fue: averiguar si los factores de protección tendrían alguna influencia positiva sobre la conducta saludable. El tercer objetivo planteado fue: analizar la influencia de los factores de protección sobre los factores de riesgo de la conducta saludable.

Examinaron dos tipos de factores protectores, primero se consideraron los factores que se relacionaban directamente con el adolescente (factores individuales), dichos factores se entienden como aquellas variables que posee el adolescente y que se relacionan con la salud, tales como la orientación personal a estar sano y el compromiso propio hacia la salud.

En segundo lugar los factores contextuales, los cuales son entendidos como aquellas variables que no tienen influencia directa con la conducta saludable, sin embargo son variables que promueven que el adolescente se comporte de manera saludable tales como: ambiente social percibido, instituciones convencionales: familia, escuela, e iglesia.

Para evaluar la influencia de los factores de riesgo sobre la conducta saludable se consideraron también dos niveles: el primer nivel fue nombrado factores de riesgo a nivel individual: el cual es entendido como todas las variables que se asocian directamente con la conducta del adolescente y hacen que disminuya la probabilidad que el adolescente se comporte de manera saludable, los factores que se incluyeron en dicha investigación fueron: estrés y susceptibilidad a la presión de pares.

El segundo nivel que se consideró fueron los factores de riesgo a nivel contextual, que son entendidos como aquellas variables que no tienen influencia directa con la conducta saludable, pero que cuando están presentes disminuye la probabilidad que la conducta saludable se lleve a cabo, estos son por ejemplo: amigos como un modelo para conducta sedentaria, amigos como modelo para comer comida chatarra, padres que consumen cigarrillos.

Para medir a las conductas saludables se tomaron en cuenta las siguientes variables: dieta saludable, ejercicio regular, sueño adecuado, calidad en la higiene dental, el uso del cinturón de seguridad

Los resultados de dicha investigación aportaron evidencia empírica importante para sustentar el modelo teórico propuesto por Jessor et al. (1998), ya que se demostró que todos los factores protectores a nivel individual se asocian de manera significativa y positiva a la conducta de salud. Así mismo los resultados mostraron que para los factores protectores contextuales era

posible observar una relación positiva y significativa con la conducta saludable, por lo cual se demostró que es necesario considerar a la red social, para que el adolescente muestre una conducta saludable.

Los autores reportaron que el hecho de haber separado los factores de riesgo y protección en individuales y contextuales fue de gran ayuda, ya que aunque se podría esperar que los factores protectores individuales, podrían explicar más de la varianza de la conducta saludable, resultó que los factores que son contextuales también correlacionan de manera significativa con la conducta saludable. Tomando en cuenta estos resultados, los autores concluyeron que para lograr un entendimiento más amplio de la conducta saludable de los adolescentes es necesario considerar la relación entre los niveles tanto individual como contextual.

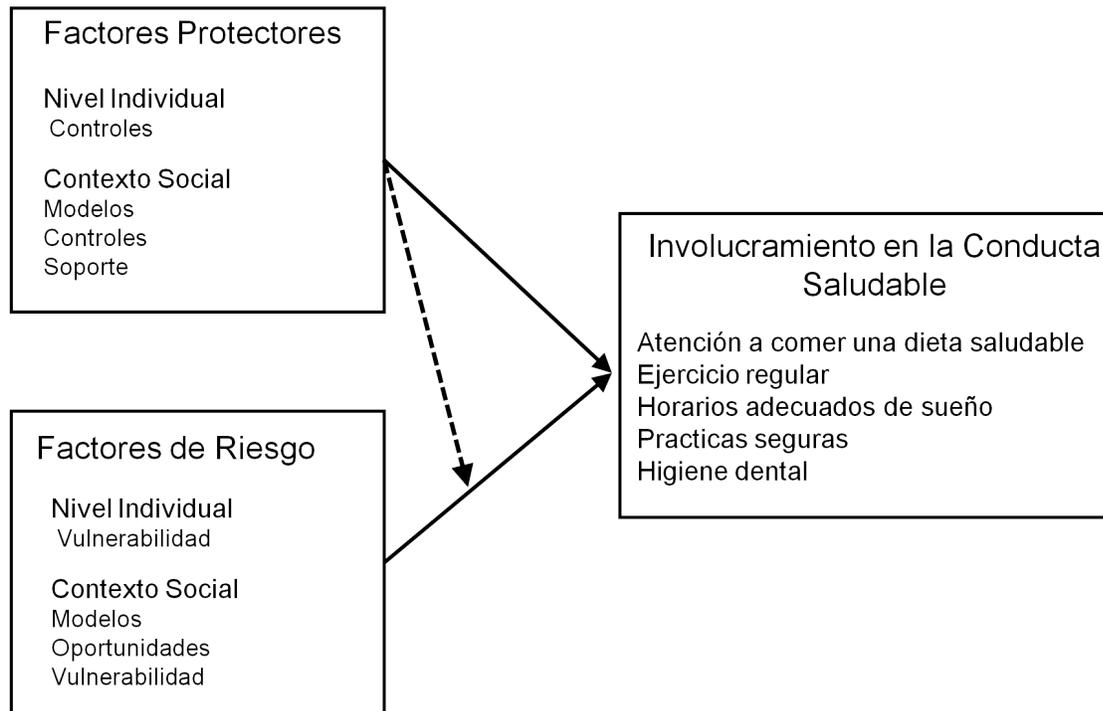
Como parte de los objetivos de la investigación se demostró la importancia de los factores de riesgo sobre la conducta saludable, ya que los resultados mostraron que al considerar este factor se observó un incremento del 12% del total de la varianza explicada, y como se esperaba, los factores de riesgo a nivel individual y contextual se correlacionaron de manera negativa y significativa con los criterios de salud. Así mismo los autores pudieron probar que los factores de protección disminuyen la influencia de los factores de riesgo sobre la conducta saludable.

Estos resultados fueron muy importantes debido a que aportaron evidencia empírica al modelo teórico, además aportó información importante para ser tomada en cuenta dentro de los programas de prevención, que solo se enfocan en disminuir los factores de riesgo, ya que los datos demostraron que si bien los factores de riesgo influyen sobre la conducta saludable, es

necesario tomar en cuenta los factores de protección, porque estos demostraron tener una influencia directa sobre la conducta saludable y además disminuyen los factores de riesgo.

Continuando con la investigación en el modelo teórico y la posible explicación de la conducta saludable, Turbin, Jessor, Costa, Dong, Zhang, y Wang (2006) propusieron el modelo teórico representado en la Figura 7. En dicho modelo, los autores trataron de explicar el rol de los factores psicosociales de protección y de riesgo en el nivel individual y de contexto sobre la conducta saludable para dos poblaciones distintas. El objetivo del estudio fue evaluar los vínculos entre los factores de riesgo y protección tanto en el nivel individual como contextual en cuatro escenarios clave (familia, grupo de pares, escuela y vecindario) y su relación con la conducta saludable (comer una dieta saludable, realizar ejercicio regular, dormir adecuadamente y realizar prácticas seguras como el uso del cinturón de seguridad y la higiene bucal).

Figura 7. Modelo Teórico de los factores psicosociales de protección y de riesgo de la conducta saludable (Turbin et al., 2006)



Utilizaron el Cuestionario de Salud y Desarrollo del Adolescente en dos poblaciones de distintos países, 1,739 estudiantes de secundaria provenientes de Estados Unidos y 1,596 de Beijing, China.

Para evaluar la conducta saludable consideraron el auto-reporte de cinco conductas:

- 1) Atención a comer una dieta saludable
- 2) Ejercicio regular
- 3) Horario adecuado de dormir

- 4) Prácticas seguras (uso de cinturón de seguridad)
- 5) Higiene bucal

Los factores protectores se refieren a aquellos aspectos que aumentan la probabilidad de desempeñar conductas deseadas, positivas, además de mejorar los resultados en diversas áreas de la vida incluyendo el incremento de conductas saludables y de bienestar. Del mismo modo, son aquéllos que moderan la influencia negativa de la exposición al riesgo (Jessor, 1987). Dentro de éstos, hay dos niveles: individual y contextual.

En el nivel individual solo se consideró un factor:

Controles: los cuales se definen como todas las evaluaciones personales de control sobre la conducta saludable, la importancia personal sobre la salud, así como la percepción del adolescente con referencia a cómo es que los malos hábitos afectan su conducta saludable (Turbin et al., 2006).

El nivel contextual se conforma por tres componentes que son modelos, controles y apoyos:

Modelos: Se refiere a variables que pertenecen al ambiente del adolescente que sirven de referencia para aprender las conductas saludables y el desempeño correcto de las mismas, así como las características que son importantes para la familia y el grupo de pares (Turbin et al., 2006) y se contemplan dos elementos:

- Familiares: Se refiere a la evaluación del desempeño materno y paterno de la conducta saludable en cuatro rubros, comer una dieta saludable, hacer suficiente ejercicio, dormir suficiente y el uso correcto del cinturón de seguridad.

- Amigos: Se refiere a la evaluación del desempeño por parte de los pares sobre la conducta saludable en cuatro rubros, comer una dieta saludable, hacer suficiente ejercicio, dormir suficiente y el uso correcto del cinturón de seguridad.

Controles: Se define como todas las evaluaciones de los padres y de los amigos con respecto al control sobre la conducta saludable, la importancia sobre la salud, así como la percepción de los padres y los pares con referencia a cómo es que los malos hábitos afectan su conducta saludable (Turbin et al., 2006) y se divide en dos subgrupos:

- Familia: Importancia que los padres le asignan al cumplimiento de las reglas, tales como: hora de ir a la cama y la cantidad de televisión que el joven ve diariamente.
- Amigos: Imposición de reglas por parte del grupo de pares.

Apoyos: Se refiere a los grupos que proveen al adolescente de un contexto de referencia, el cual influye al adolescente en su conducta (Turbin et al., 2006) y se conforma de tres factores los cuales son:

- Familia: Se refiere a qué tanto interés prestan los padres hacia los sentimientos y pensamientos del adolescente, así como a la oportunidad de comunicación que existe en la familia.
- Amigos: Se refiere a qué tanto interés prestan los pares hacia los sentimientos y pensamientos del adolescente, así como a la oportunidad de comunicación que existe en el grupo social y el nivel de involucramiento del adolescente hacia su grupo de referencia.
- Escolar: Se refiere al interés que los maestros prestan hacia los estudiantes, así como el nivel de involucramiento que existe con los problemas de los adolescentes.

Los factores de riesgo se refieren a aquellos factores asociados a disminuir la probabilidad de desempeñar conductas positivas y socialmente aceptadas, además de incrementar la probabilidad de realizar conductas cuyos resultados tengan consecuencias negativas para la salud (Jessor et al., 1995). Existen dos niveles: el individual y el contextual.

El nivel individual solo se consideró un factor:

Vulnerabilidad: Se refiere a las emociones negativas de depresión, baja autoestima y bajas expectativas de éxito a futuro, las cuales están asociadas a disminuir la probabilidad de desempeñar conductas saludables, además de instigar al joven a realizar conductas indeseadas, como por ejemplo el uso de drogas o alcohol (Turbin et al., 2006)

A nivel Contextual se tomaron en cuenta 3 factores:

Modelos: se refieren a aquellos contextos que facilitan el aprendizaje de conductas que comprometen a la salud (Turbin et al., 2006) y se conforma de tres elementos:

- Familiar: Se refiere a la accesibilidad de la familia a comer comida chatarra y fumar cigarros.
- Amigos: Se refiere a la accesibilidad del grupo de pares a realizar conductas no saludables
- Escuela: Se refiere a la accesibilidad del ambiente escolar para realizar conductas no saludables.

Vulnerabilidad: Se refiere al nivel de conflicto y la distancia emocional entre el adolescente y los diferentes grupos de referencia (Turbin et al., 2006) y se compone de dos factores.

- Familiar: Se refiere al nivel de conflicto y de distanciamiento emocional entre los miembros de la familia.
- Pares: Se refiere al nivel percibido de estrés y presión por parte del grupo de pares hacia el adolescente.

Oportunidad de Riesgo: Se refiere a la viabilidad y a la facilidad que tiene el adolescente en su ambiente social para realizar conductas que puedan comprometer la salud, como por ejemplo el acceso a cigarrillos o alcohol (Turbin et al., 2006).

Los autores encontraron evidencia empírica de la capacidad explicativa del modelo sobre la conducta saludable, lo cual permite ver la capacidad de generalización a través de diferentes muestras poblacionales, además ayuda a entender que el modelo psicosocial de protección y riesgo explica una varianza del 49%. Lo que resulta importante para entender cómo influye el contexto social, tanto de protección como de riesgo, sobre la conducta saludable del adolescente.

Otro aspecto, que examinaron los autores fue analizar cómo interactuaban los factores protectores sobre los factores de riesgo, tanto a nivel individual como contextual. Los resultados mostraron que al analizar la interacción entre los factores de riesgo y protección (individuales y contextuales) eran los factores contextuales de protección quienes moderaban mayormente el riesgo a no presentar la conducta saludable.

Lo anterior indica que para lograr programas preventivos eficaces que promuevan la conducta saludable del adolescente, es necesario contemplar y manipular el contexto social del adolescente tal como por ejemplo: modelar conductas saludables en casa (alimentación saludable de los padres) en la escuela (conducta de comer de los maestros en la cafetería o el consumo de

bebidas endulzadas) o los medios de comunicación con campañas dirigidas a la protección de la salud.

Otro resultado interesante de este estudio fue que los factores protectores muestran una mayor varianza que los factores de riesgo tanto a nivel individual como de contexto social, estos resultados deben ser tomados con cuidado ya que la mayoría de los factores de riesgo solo fueron evaluados por un solo ítem, a pesar de esta restricción se resalta la importancia de los factores protectores sobre la conducta saludable, ya que es posible observar de manera consistente para ambas poblaciones, que la atención hacia los factores que aumentan la protección puede incrementar su efectividad porque ellos juegan un doble papel: por un lado promueven que el adolescente se involucre en conductas saludables y por otro lado amortiguan el impacto de estar expuestos a factores de riesgo.

Más adelante y continuando con sus investigaciones, Jessor et al. (2010) realizaron una investigación cuyo propósito era el de predecir el cambio en la conducta de alimentación saludable y ejercicio regular, si se tomaban en cuenta los factores psicosociales de protección y riesgo. Para comparar el posible cambio se consideraron los indicadores obtenidos en las investigaciones previas de Jessor, Turbin, Costa, Dong, Zhang, y Wang (2003) y de Turbin et al. (2006).

Los resultados obtenidos por Jessor et al. (2010) confirmaron que existe cambio en la conducta de alimentación saludable si se toman en cuenta los factores psicosociales de protección propuestos, ya que los pesos obtenidos en las regresiones lineales mostraron un cambio positivo en ambas poblaciones si se toman en cuenta: valores en la salud, efectos percibidos de una dieta no saludable y modelos de papás y de amigos de alimentación saludable,

así como amigos como controles de comida chatarra. Dichos resultados muestran que tanto los factores individuales como los contextuales explican la conducta de alimentación saludable en los jóvenes.

Los resultados también mostraron diferencias entre culturas, por ejemplo para la cultura china se observó que la actitud hacia la escuela, modelos de convencionalidad, bajas expectativas de éxito se relacionaron con la conducta de alimentación saludable; para la población de los Estados Unidos de América la falta de estrés, así como conducta prosocial se relacionó con la alimentación saludable y el ejercicio regular. Estos resultados confirman lo ya publicado por Turbin et al. (2006).

La aplicación de la teoría de la conducta problema en la investigación de la conducta saludable de adolescentes ha respaldado la extensión del marco teórico a la esfera de conducta saludable. Las conclusiones demuestran que la personalidad, el ambiente social percibido y las variables conductuales que fueron diseñadas originalmente para explicar la conducta problema, como por ejemplo: valores acerca de avances académicos y de autonomía, expectativas para los avances académicos, la actitud de intolerancia hacia la desviación, orientación positiva hacia la escuela, religiosidad, mejor conexión con los padres que con los pares, amigos como modelo para conducta convencional, ir a la iglesia e involucrarse en actividades prosociales, predicen también la participación en conductas saludables como ejercicio, prácticas saludables de comer, sueño adecuado, cuidado dental y de seguridad tales como usar el cinturón de seguridad (Turbin et al., 2006).

4. Metodología

4.1 Planteamiento del Problema

La falta de alimentación saludable ha sido una de las variables estudiadas para comprender cuales son los factores asociados a la obesidad y el sobrepeso, la Secretaría de Salud, 2006 reportó que un aumento en la ingesta de calorías y grasas, así como una dieta desbalanceada son una de las razones principales para padecer sobrepeso y obesidad y según lo reportado por Mokdad, Marks, Stroup, y Gerberding, 2004 dichos padecimientos son una de las principales causas de muerte en EUA.

Anstadt (2004) reportó que las enfermedades crónicas tales como: la diabetes, cáncer, accidentes cerebro vasculares, obesidad, osteoporosis, hipertensión, están asociadas a factores conductuales modificables, entre los que se destacan la mala alimentación y la falta de ejercicio regular; estos datos concuerdan con los resultados reportados por Mokdad, Marks, Stroup, y Gerberding (2004), demostraron que una mala alimentación y la falta de actividad física son los principales factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso.

En los países miembros de la OCDE (2010), uno de cada dos adultos tiene sobrepeso y uno de cada seis es obeso. Los índices más altos de este problema se encuentran en Estados Unidos de América y México, en donde se proyecta un aumento anual de 1% del índice global de personas con sobrepeso durante los próximos diez años.

La OCDE (2010) señala que si el incremento de ambos padecimientos continúa, los costos en materia de salud se incrementarán más del doble, por lo que evitar la acumulación de peso corporal, resulta uno de los retos más importantes en materia de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece (WHO, 2010b; Secretaría de Salud, 2010).

Si bien existen estudios enfocados en los factores de riesgo de la obesidad, hay poca literatura basada en los factores asociados a la conducta de alimentación saludable, de ahí que es necesario ampliar la investigación para entender dicha conducta, con el fin de contar con elementos que permitan diseñar programas de prevención efectivos para reducir la obesidad y el sobrepeso, así como generar programas especializados para proteger a la población en riesgo (Blanchette & Brug , 2005; Doak, Visscher, Renders & Seidell, 2006; Flynn, McNeil, Maloff, Mutasingwa, Wu, Ford & Tough, 2006; Sharma et al., 2006).

La Secretaría de Salud (2010) ha desarrollado diversas estrategias con el fin de detener el incremento en la población en riesgo, sin embargo, estas estrategias no han logrado obtener los resultados esperados en materia de prevención, ya que el problema sigue en aumento, por lo que resulta indispensable conocer qué factores se encuentran asociados a la conducta de alimentación saludable y la promueven, así como qué factores de riesgo evitan que los niños y jóvenes tengan

una conducta de alimentación saludable con el fin de promover esta conducta y crear programas de prevención que sean efectivos para disminuir la obesidad y el sobrepeso en los adolescentes.

Con el fin de explicar la conducta de alimentación saludable, Donovan et al. (1991), Jessor et al. (2003), Turbin et al. (2006) y Jessor et al. (2010) adaptaron la teoría de la Conducta Problema. Los autores plantearon que es necesario considerar tanto a los factores de protección, que son: aquellos que aumentan la probabilidad de que la persona desempeñe la conducta deseada, como a los factores de riesgo, que son: aquellos factores que disminuyen la probabilidad de que se lleve a cabo la conducta saludable. Los factores protectores como de riesgo se presentan a nivel individual y contextual.

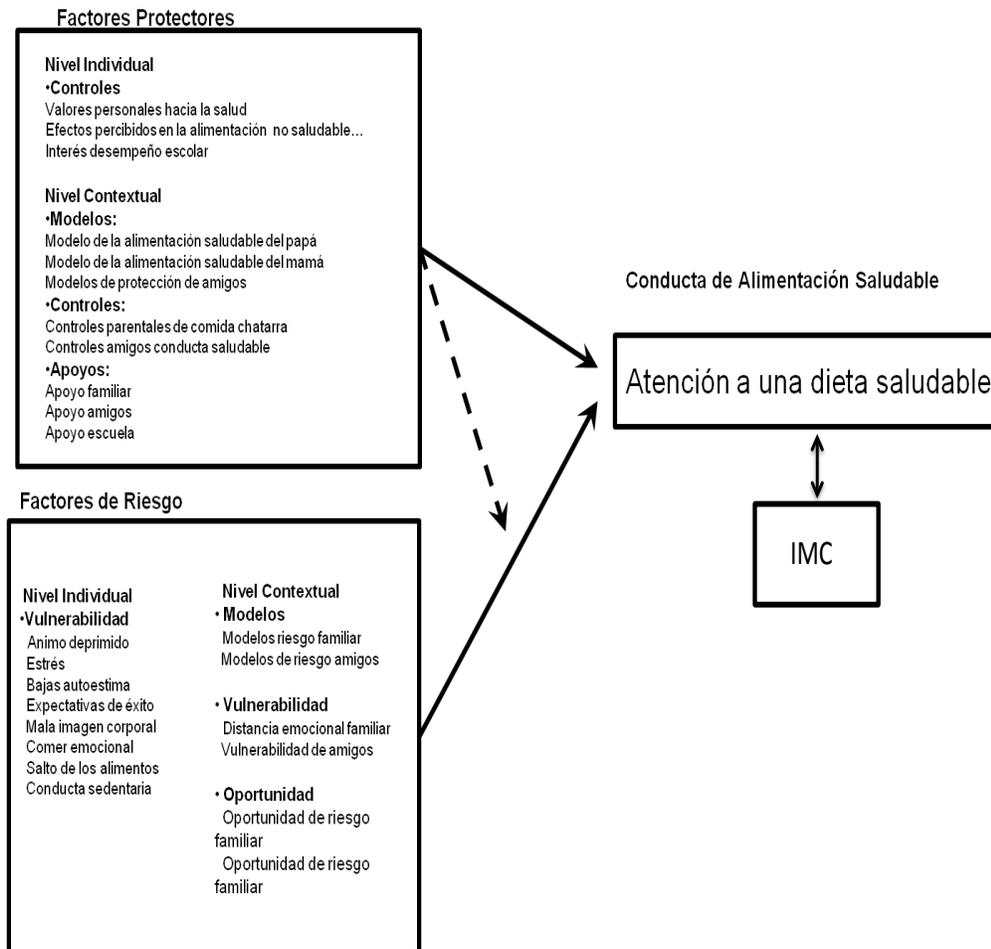
En la presente investigación se evalúan los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual propuestos por Jessor et al. (2010) (ver Figura 8) ya que este modelo ha demostrado explicar un porcentaje importante de varianza (40%) de la conducta saludable.

4.2 Preguntas de Investigación

¿El conjunto de los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual del modelo Psicosocial de Factores de Protección y Riesgo de Jessor et al. (2010) explican la conducta de alimentación saludable en una muestra de adolescentes mexicanos?

¿Existen diferencias en los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual de acuerdo al IMC de los adolescentes?

Figura 8. Modelo Jessor et al. (2010).



4.3 Objetivos Generales

- Analizar si el conjunto de los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual propuestos en el modelo de Jessor et al. (2010) explican la conducta de alimentación saludable en una muestra de adolescentes mexicanos.
- Identificar las diferencias en los factores protectores y de riesgo en adolescentes con bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad.

4.4 Objetivos Específicos

- Adaptar el "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" de Jessor et al. (2010) a población adolescente mexicana.
- Analizar las características psicométricas de la versión adaptada del "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" de Jessor et al. (2010).
- Analizar las propiedades psicométricas de la escala de Imagen Corporal de Sucedo-Molina y Unikel (2010).
- Determinar qué factores se asocian a la conducta de alimentación saludable de los jóvenes.
- Obtener el IMC de cada uno de los adolescentes tomando las medidas antropométricas y clasificando el IMC con las tablas adecuadas a la edad
- Realizar diagnóstico del IMC con base en las mediciones antropométricas propias de la edad.

4.5 Hipótesis

Los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual propuestos en el modelo de Jessor et al. (2010), predicen la conducta de alimentación saludable en una muestra de adolescentes mexicanos.

Los jóvenes con mayor IMC tendrán puntajes más bajos en factores de protección y más altos en factores de riesgo.

4.6 Definición de Variables

Conducta de alimentación saludable: Se define como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos y a aquellas conductas que el individuo lleva a cabo con el fin de consumir los alimentos necesarios para una correcta nutrición, y para evitar alimentos con alto contenido calórico y con poco aporte nutricional (NOM, 2006; WHO, 2010a).

IMC: Es una medida de asociación entre el peso y la estatura de un individuo y se calcula dividiendo el peso entre la altura elevada al cuadrado (Secretaría de Salud, 2013).

Factores protectores:

Se refiere a aquellos factores que aumentan la probabilidad de desempeñar conductas deseadas, positivas, además de mejorar los resultados en diversas áreas de la vida incluyendo el incremento de conductas saludables y de bienestar. Del mismo modo, son aquéllos que moderan la influencia negativa de la exposición al riesgo, dentro de éstos, hay dos niveles que son: nivel individual y contextual (Jessor et al., 1998).

Nivel Individual:

Control: Se define como todas las evaluaciones personales de control sobre la conducta saludable entre las que están, la importancia personal sobre la salud, así como la percepción del adolescente con referencia a cómo es que los malos hábitos afectan su conducta saludable (Turbin et al., 2006).

Nivel Contextual:

El nivel contextual se conforma por tres componentes que son modelos, controles y apoyos.

Modelos: Se refiere a variables que pertenecen al ambiente del adolescente que sirven de referencia para aprender las conductas saludables y el desempeño correcto de las mismas, así como las características que son importantes para la familia y el grupo de pares (Turbin et al., 2006) y se componen de dos elementos:

- **Familiares:** Se refiere a la evaluación del desempeño materno y paterno de la conducta saludable en cuatro rubros, comer una dieta saludable, hacer suficiente ejercicio, dormir suficiente y el uso correcto del cinturón de seguridad.
- **Amigos:** Se refiere a la evaluación del desempeño por parte de los pares sobre la conducta saludable en cuatro rubros, comer una dieta saludable, hacer suficiente ejercicio, dormir suficiente y el uso correcto del cinturón de seguridad.

Controles: Se define como todas las evaluaciones de los padres y de los amigos con respecto al control sobre la conducta saludable:

- **Familia:** Importancia que los padres le asignan al cumplimiento de las reglas, tales como: hora de ir a la cama y la cantidad de televisión que el joven ve diariamente.
- **Amigos:** Imposición de reglas por parte del grupo de pares.

Apoyos: Se refiere a los grupos que proveen al adolescente de un contexto de referencia, el cual influye al adolescente en su conducta (Turbin et al., 2006) y se conforma de tres factores los cuales son:

- **Familia:** Se refiere a qué tanto interés prestan los padres hacia los sentimientos y pensamientos del adolescente, así como a la oportunidad de comunicación que existe en la familia.
- **Amigos:** Se refiere a qué tanto interés prestan los pares hacia los sentimientos y pensamientos del adolescente, así como a la oportunidad de comunicación que existe en el grupo social y el nivel de involucramiento del adolescente hacia su grupo de referencia.

- **Escolar:** Se refiere al interés que los maestros prestan hacia los estudiantes, así como el nivel de involucramiento que existe con los problemas de los adolescentes.

Factores de riesgo:

Se refiere a aquellos factores asociados a disminuir la probabilidad de desempeñar conductas positivas y socialmente aceptadas, además de incrementar la probabilidad de realizar conductas cuyos resultados tengan consecuencias negativas para la salud (Jessor, et al., 1998) también se contemplan dos niveles:

Nivel individual:

Vulnerabilidad: Se refiere a las emociones negativas de depresión, baja autoestima y bajas expectativas de éxito a futuro, las cuales están asociadas a disminuir la probabilidad de desempeñar conductas saludables, además de instigar al joven a realizar conductas indeseadas, como por ejemplo el uso de drogas o alcohol (Turbin et al., 2006).

Nivel Contextual:

Modelos: se refieren a aquellos contextos que facilitan el aprendizaje de conductas que comprometen la salud (Turbin et al., 2006) y se compone de tres factores:

- **Familiar:** Se refiere a la accesibilidad de la familia a comer comida chatarra y fumar cigarrillos.

- **Amigos:** Se refiere a la accesibilidad del grupo de pares a realizar conductas no saludables
- **Escuela:** Se refiere a la accesibilidad del ambiente escolar para realizar conductas no saludables

Vulnerabilidad: Se refiere al nivel de conflicto y la distancia emocional entre el adolescente y los diferentes grupos de referencia (Turbin et al., 2006) y se compone de dos factores.

- **Familiar:** Se refiere al nivel de conflicto y de distanciamiento emocional entre los miembros de la familia.
- **Pares:** Se refiere al nivel percibido de estrés y presión por parte del grupo de pares hacia el adolescente.

Oportunidad de Riesgo: Se refiere a la viabilidad y a la facilidad que tiene el adolescente en su ambiente social para realizar conductas que puedan comprometer la salud, como por ejemplo el acceso a cigarrillos o alcohol (Turbin et al., 2006).

4.7 Diseño de Investigación

No experimental, correlacional de campo, debido a que se busca analizar la relación entre las variables.

4.8 Fases del estudio

Para cumplir con el objetivo principal, se llevaron a cabo dos estudios. En el primer estudio se analizó la adaptación del "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" de Jessor et al. (2010). En el segundo se sometió a prueba la hipótesis general. En cada estudio se describe la metodología empleada.

5. Estudio I: Análisis Psicométrico de las Escalas

5.1. Objetivo

Adaptar el "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" de Jessor et al. (2010) a población adolescente mexicana, así como analizar las propiedades psicométricas de dicho instrumento y de la escala de Imagen Corporal de Sucedo-Molina y Unikel (2010).

5.2 Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 396 adolescentes, estudiantes de una secundaria pública del Distrito Federal; de los cuales, 52.5% fueron hombres y 47.5% mujeres, con un rango de edad de 11 a 15 años ($M= 12.9$; $D.E.= 0.9$). El 34.8% cursaba el primer año, el 33.5% el segundo año y el 31.7% el tercer año. El 73% de los adolescentes reportaron vivir con ambos padres, el 24.2% solo viven con su mamá y hermanos, 1.3% reportó vivir con el padre y solo el 1% con abuelos o tíos. El nivel de estudio que los jóvenes reportaron de su papá fueron: posgrado 7.6%, licenciatura 25.8%, carrera técnica 21.3%, preparatoria 23.8%, secundaria el 19.3% y primaria 2.2%, y para su mamá fueron: posgrado 6.1%, licenciatura 19%, carrera técnica 25.9%, preparatoria 23.5%, secundaria el 22.5% y primaria 2.9%. En lo que se refiere a la ocupación de los padres, 86.2% de los papás y 56.6% de las mamás tenían trabajo remunerado.

Instrumentos

Se tomó como base el instrumento propuesto por Jessor et al. (2010), el cual mide factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual y la alimentación saludable. Algunas de las escalas propuestas por estos autores tienen muy pocos reactivos, por lo que se decidió incrementar el número de reactivos. En la Tabla 2, se observa cómo se conformaban las escalas originales, así como el número de reactivos que se incrementaron.

Tabla 2. Escalas para evaluar los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual propuestos por Jessor et al. (2010).

		Instrumento Jessor et al., (2010)		Adaptación	
Escalas:		Número de reactivos	Alpha de Cronbach	Número de reactivos que se añadieron	Total de reactivos
Factores de protección:					
Nivel individual:					
Control	Valores Personales Hacia la Salud	5	.88	5	10
	Efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable y la falta de ejercicio.	2	.72	4	6
	Interés desempeño escolar	10	.80	-	10
Nivel contextual:					
Modelos	Escala de modelos de alimentación saludable de los padres	3	.52	9 papá 9 mamá	12 papá 12 mamá
	Modelos de protección de amigos	8	.72	3	11
Controles	Controles parentales	8	.78	3	11
	Controles amigos de conducta saludable	3	.79	3	6
Apoyos	Apoyo familiar	7	.86	1	8
	Apoyo amigos	2	.78	4	6
	Apoyo escuela	4	.83	3	7

Tabla 2. Continuación

		Instrumento Jessor et al., (2010)		Adaptación	
Escala:		Número de reactivos	Alpha de Cronbach	Número de reactivos que se añadieron	Total de reactivos
Factores de riesgo.					
Nivel individual:					
Vulnerabilidad	Ánimo deprimido	4	.86	6	10
	Estrés	3	.76	2	5
	Baja-autoestima	9	.65	-	9
	Bajas Expectativas de éxito	9	.90	-	9
	Comer emocional	3	.78	12	15
Escala Saucedo-Molina y Unikel (2010)	Imagen corporal (2 Factores)	-	-	-	-
	• Imagen corporal*	-	-	4	4
	• Alimentación de riesgo *	-	-	4	4
Nivel contextual					
Modelos	Modelos de riesgo familiar	2	.22	5	7
	Modelos de riesgo de amigos	5	.88	3	8
Vulnerabilidad	Distancia emocional familiar	1	-	3	4
	Vulnerabilidad amigos	2	.63	2	4
Oportunidad	Oportunidad de riesgo familiar	4	.54	-	4
	Oportunidad de riesgo amigos	3	.79	-	3
Conducta de Alimentación Saludable					
	Atención a una dieta saludable	5	.87	10	15

* Se incluyó en la vulnerabilidad individual el factor de imagen corporal con dos sub-escalas: la escala de Imagen corporal y la escala de importancia del peso, las cuales fueron tomadas del instrumento propuesto por Saucedo-Molina y Unikel (2010), aspectos que se han evaluado en población mexicana.

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades escolares para aplicar el cuestionario en los salones de clase, se envió un formato de consentimiento informado a los padres de familia para que lo firmaran y devolvieran, en el cual se notificaba el objetivo del estudio, la confidencialidad de la información obtenida y el procedimiento para obtener los datos. El instrumento fue auto-aplicable. A los estudiantes se les solicitó su participación voluntaria, se les garantizó el anonimato y se respondieron dudas de aquellos que así lo solicitaron.

5.3 Resultados

Para analizar la dimensionalidad de cada una de las escalas, en primer lugar se realizó un análisis de fiabilidad de correlación ítem-total (ver Anexo 1) y se eliminaron los reactivos con un valor menor a .50; posteriormente, se llevaron a cabo análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax y el criterio que se siguió para considerar un reactivo dentro de un factor fue que presentara carga factorial mayor a .40 y sin una carga factorial similar en otro factor (ver Anexo 1). Para determinar el número de factores que componían la escala se consideró en primer lugar la claridad conceptual y que dentro del factor existieran como mínimo 3 reactivos; además se realizaron análisis de confiabilidad para cada uno de los factores obtenidos (alfa de Cronbach). En la Tabla 3 *se presenta un resumen de los análisis factoriales de las escalas.*

Cabe aclarar que las escalas de: modelos de protección de amigos, apoyo familiar, apoyo escuela, estrés, baja auto-estima, bajas expectativas de éxito, modelos de riesgo familiar, modelos de riesgo de amigos, distancia emocional familiar, vulnerabilidad amigos, oportunidad

de riesgo familiar, oportunidad de riesgo amigos, no cumplieron los requisitos del análisis factorial, por lo que no se presentan los resultados de dichas escalas.

Tabla 3. Resumen de los análisis factoriales de cada escala.

Escalas:		Número de reactivos	Alfa
Factores de Protección.			
Nivel individual:			
Control	Valores Personales Hacia la Salud	6	.813
	Efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable.	5	.777
	Interés desempeño escolar	3	.831
Nivel contextual			
Modelos	Escala de modelo de alimentación saludable de los padres(2 Factores)		
	• Modelo de alimentación saludable del papá	9	.865
	• Modelo de alimentación saludable de la mamá	7	.805
	Modelos de protección de amigos	-	-

Tabla 3. Continuación

Nivel contextual			
Controles	Controles parentales de comida chatarra	6	.858
	Controles amigos de conducta saludable	6	.804
Apoyos	Apoyo familiar	-	-
	Apoyo amigos	6	.935
	Apoyo escuela	6	.875
Factores de riesgo.			
Nivel individual:			
Vulnerabilidad	Ánimo deprimido	9	.897
	Estrés	-	-
	Baja-autoestima	-	-
	Bajas expectativas de éxito	-	-
	Comer emocional (2 Factores)		
	• Conductas para bajar de peso	3	.708
	• Ingesta desmedida	3	.721
Escala Saucedo-Molina y Unikel (2010)	Imagen corporal (2 Factores)		
	• Ideal estético	4	.847
	• Alimentación de riesgo	4	.808
Nivel contextual.			
Modelos	Modelos de riesgo familiar	-	-
	Modelos de riesgo de amigos	-	-
Vulnerabilidad	Distancia emocional familiar	6	.890
	Vulnerabilidad amigos	-	-
Oportunidad	Oportunidad de riesgo familiar	-	-
	Oportunidad de riesgo amigos	-	-
Conducta de Alimentación Saludable			
	Atención a una dieta saludable	11	.875

Como se observó en la Tabla 3, doce de las dimensiones propuestas por Jessor et al. (2010) fueron eliminadas, por lo que fue necesario elaborar nuevos reactivos para evaluar esas dimensiones.

5.4 Discusión

Los objetivos de este primer estudio fueron: adaptar el "*Adolescent Health and Development Questionnaire*" propuesto por Jessor et al. (2010) y analizar las propiedades psicométricas de este instrumento y de la escala de Imagen Corporal de Sucedo-Molina y Unikel (2010).

En cuanto a las escalas que evalúan los factores de protección a nivel individual, los resultados mostraron que éstas se conservan de la misma manera que las propuestas por los investigadores en diferentes estudios Jessor et al. (2010) Turbin et al. (2006) y Jessor et al. (2003), y además muestran índices de confiabilidad adecuados, sin embargo en dichas escalas se eliminaron, en algunos casos, la mitad de los reactivos, por lo cual se decidió incrementar reactivos de dicho factor. Respecto a los factores protectores a nivel contextual, de las tres escalas que evalúan modelos, los resultados mostraron dos escalas con características psicométricas adecuadas, además cabe señalar que dichas escalas evalúan los modelos del papá y de la mamá de manera separada, lo cual difiere a la propuesta de Jessor et al. (2010) Turbin et al. (2006) y Jessor et al. (2003) que evalúan de manera conjunta los modelos parentales.

La escala de modelos de protección de amigos no mostró coeficientes adecuados de confiabilidad, por lo cual se elaboraron mas reactivos. Las escalas que evalúan los controles a nivel contextual se mantuvieron de acuerdo a la propuesta original. En cuanto a las tres escalas que evalúan apoyo (familiar, amigos y escuela) la de amigos y escuela presentaron una confiabilidad aceptable; para la que evalúa aspectos familiares se redactaron nuevos reactivos.

Por lo que respecta a las escalas que evalúan los factores de riesgo a nivel individual, solo ánimo deprimido y comer emocional presentaron puntajes adecuados de confiabilidad, no obstante esta última se divide en dos factores (conductas para bajar de peso e ingesta desmedida), lo cual varía de la propuesta original donde Jessor et al. (2010), Turbin et al. (2006) y Jessor et al. (2003) plantean una sola dimensión. Las otras escalas de vulnerabilidad a nivel individual no mostraron características psicométricas adecuadas, por lo cual se redactaron nuevos reactivos para el siguiente estudio. En cuanto a las escalas de riesgo a nivel contextual (modelos, vulnerabilidad y oportunidad) solo la escala de distancia emocional familiar (correspondiente a vulnerabilidad contextual) se mantuvo como la propuesta original; las otras escalas no cubrieron los requisitos psicométricos.

La escala de atención a una alimentación saludable realizada por Jessor et al. (2010) únicamente incluía 5 reactivos. En el presente estudio se incrementaron 10 reactivos extra; los resultados mostraron dos cosas importantes: primero, de los 15 reactivos contemplados solo se conservaron 11 ítems de los cuales 3 reactivos fueron propuestos por Jessor et al. (2010) y los 8 restantes del presente estudio. Segundo, la escala de conducta de alimentación saludable se mantuvo en un solo factor y con un coeficiente de confiabilidad aceptable, lo cual concuerda con lo propuesto por Jessor et al. (2010) Turbin et al. (2006) y Jessor et al. (2003). Por otro lado, la escala de imagen corporal (Saucedo-Molina & Unikel, 2010) obtuvo características psicométricas adecuadas, por lo cual se mantuvo para el segundo estudio.

Como se puede apreciar la mayor parte de las escalas que no mostraron coeficientes de confiabilidad adecuados y por tanto se eliminaron, estaban contempladas dentro de los factores de riesgo; dada la importancia que tiene este factor dentro del modelo teórico que a este trabajo compete (Jessor, 1991), se decidió para el segundo estudio incluir escalas válidas en México con

el fin de no perder nuevamente los factores de riesgo. Específicamente se encontraron escalas que evalúan el riesgo a nivel individual: La escala de depresión de CES-D validada por González-Forteza, Solís, Jiménez, Hernández, González-González, Juárez, Medina-Mora, Fernández-Várela (2011); la escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares de Rivera y Andrade (2010) y la escala de Auto-estima propuesta por Rosenberg y validada por González-Forteza y Ruiz (1993), ya que dichos instrumentos han demostrado confiabilidad y validez en población adolescente mexicana.

En referencia a las escalas de riesgo a nivel contextual, no se cuenta con instrumentos válidos en México que hayan evaluado los factores propuestos por el autor, por lo cual se decidió elaborar nuevos reactivos congruentes con la definición conceptual de los autores.

Los resultados de este estudio señalan la necesidad de analizar las características psicométricas de los instrumentos antes de hacer inferencias, sobre todo, cuando se trata de instrumentos desarrollados para otras culturas.

6. Estudio II: Factores Predictores de la Conducta de Alimentación Saludable

6.1 Objetivos

Analizar si el conjunto de los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual, propuestos en el modelo de Jessor et al. (2010) explican la conducta de alimentación saludable en una muestra de adolescentes mexicanos.

Identificar las diferencias en los factores protectores y de riesgo en adolescentes con bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad.

6.2 Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 913 adolescentes, estudiantes de una secundaria pública del Distrito Federal, de los cuales, 47.4% fueron hombres y 52.6% mujeres, con un rango de edad de 12 a 16 años ($M= 13.48$; $D.E. = 0.9$). En la Tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 4. Datos demográficos de los adolescentes.

	<i>f</i>	%
Escolaridad		
• 1°	336	36.8
• 2°	299	32.7
• 3°	278	30.4
¿Con quién vives?		
• Con ambos padres	659	72.3
• Solo vive con su mamá y hermanos	222	24.3
• Solo vive con su padre	22	2.4
• Solo vive con abuelos o tíos.	10	1.0
Escolaridad papá		
• Posgrado	80	9.4
• Licenciatura	340	42.8
• Preparatoria	213	27.7
• Secundaria	123	16.9
• Primaria	22	1.9
• No contestó	135	1.3
Escolaridad mamá		
• Posgrado	65	5.4
• Licenciatura	337	39.5
• Preparatoria	331	35.8
• Secundaria	155	16.7
• Primaria	25	2.6
• No contestó	0	

Tabla 4. Continuación

	<i>f</i>	%
Ocupación del papá		
• Trabaja	867	96.7
• No trabaja	22	1.4
• No contestó	24	1.9
Ocupación de la mamá		
• Trabaja	566	61.8
• No trabaja en un empleo remunerado	338	37.2
• No trabaja	5	0.6
• No contestó	4	0.4

Como se puede observar en la Tabla 4, la mayoría de los adolescentes viven con ambos padres; un porcentaje mucho menor reportan vivir solo con la mamá; una proporción menor reporta vivir con el papá y con otro familiar, lo que demuestra que la familia convencional sigue siendo la estructura principal para esta población.

Con respecto a la ocupación de los padres, los adolescentes reportaron que la gran mayoría de los papás y que más de la mitad de las mamás tienen un trabajo remunerado. En relación al grado escolar de los padres, tanto para papá como para mamá, se observó que la mayoría se encontraban concentrados en el rango de licenciatura y preparatoria, aunque es posible observar que hay más hombres con un nivel mayor de estudios que mujeres.

En la Tabla 5 se presentan los resultados sobre el IMC y la satisfacción corporal entre hombres y mujeres adolescentes.

Tabla 5. IMC y satisfacción corporal por sexo.

	<i>f</i>	%
IMC Hombres		
• Bajo peso	83	19.1
• Peso normal	255	58.8
• Sobrepeso	79	18.2
• Obesidad 1	13	3.0
• Obesidad 2	4	0.9
IMC Mujeres		
• Bajo peso	63	13.2
• Peso normal	321	67.0
• Sobrepeso	83	17.3
• Obesidad 1	10	2.1
• Obesidad 2	2	0.4
Satisfacción con el peso actual Hombres		
• Muy satisfecho	24	5.5
• Satisfecho	65	15.0
• No me siento satisfecho ni insatisfecho	94	21.7
• Insatisfecho	137	31.6
• Muy insatisfecho	113	26.1

Tabla 5. Continuación

Satisfacción con el peso actual Mujeres		
• Muy satisfecho	61	12.8
• Satisfecho	108	22.6
• No me siento satisfecho ni insatisfecho	123	25.7
• Insatisfecho	110	23.9
• Muy insatisfecho	76	15.9

En relación al peso corporal de los adolescentes, un poco más de la mitad de la población se encuentra en un rango de peso normal, seguido por el sobre peso, el bajo peso, obesidad tipo 1 y por último, obesidad tipo 2, en ambos sexos. En referencia a la insatisfacción corporal un mayor porcentaje de mujeres está muy insatisfecha e insatisfecha con su peso, en comparación con los hombres.

Instrumentos

Con base en los resultados obtenidos en el estudio I se agregaron reactivos que tuvieran coherencia teórica con el modelo propuesto por Jessor et al., (2010), para conservar todas las dimensiones. En la Tabla 6 se presenta el número de reactivos que conformó cada variable.

Tabla 6. Reactivos obtenidos en la Fase I del presente estudio y reactivos que se añadieron.

Escala:		Número de reactivos	
Factores de protección:			
Nivel individual:			
Control		Estudio 1	Estudio 2
	Valores Personales Hacia la Salud	6	14
	Efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable y la falta de ejercicio	5	9
	Interés desempeño escolar	3	7
Nivel contextual:			
Modelos	Modelo de alimentación saludable del papá	9	12
	Modelo de alimentación saludable de la mamá	7	12
	Modelos de protección de amigos	0	12
Controles	Controles parentales de comida chatarra	6	11
	Controles amigos de conducta saludable	6	7
Apoyos	Apoyo familiar	0	9
	Apoyo amigos	6	6
	Apoyo escuela	6	7
Escala:		Número de reactivos	
Factores de riesgo:			
Nivel individual			
Vulnerabilidad	Ánimo deprimido	9	8
	Estrés	0	4
	Baja-autoestima	0	5
	Bajas expectativas de éxito	0	7
	Comer emocional	6	13
Escala Saucedo-Molina y Unikel (2010)	Imagen corporal Alimentación de riesgo	9	9
Nivel contextual			
Modelos	Modelos de riesgo familiar	0	6
	Modelos de riesgo de amigos	0	12
Vulnerabilidad	Distancia emocional familiar	6	4
	Vulnerabilidad amigos	0	6
Oportunidad	Oportunidad de riesgo familiar	0	6
	Oportunidad de riesgo amigos	0	7

Tabla 6. Continuación

Conducta de alimentación saludable			
	Atención a una dieta saludable	11	20

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades escolares para aplicar el cuestionario en los salones de clase. Se envió un formato de consentimiento informado a los padres de familia, en el cual se notificaba el objetivo del estudio, la confidencialidad de la información obtenida y el procedimiento para obtener los datos, el instrumento fue auto-aplicable. A los estudiantes se les solicitó su participación voluntaria, se les garantizó el anonimato y se respondieron dudas de aquellos que así lo solicitaron.

Para obtener el IMC de los adolescentes, se les midió y pesó a cada uno de ellos por dos nutriólogas capacitadas para tomar medidas antropométricas. Una vez obtenidos los datos, las nutriólogas realizaron un diagnóstico de peso para cada uno de los adolescentes, basado en los criterios específicos para este grupo de edad propuestos por la OMS.

6.3 Resultados

Análisis psicométricos de las escalas

Se llevaron a cabo análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax para corroborar la dimensionalidad de las escalas (ver Anexo 2), los criterios que se siguieron para considerar un reactivo dentro de un factor fueron los mismos que en el Estudio I. En la Tabla 7 se muestra un resumen de las dimensiones obtenidas de cada escala según el análisis factorial; además se realizaron análisis de confiabilidad por cada uno de los factores obtenidos (alfa de Cronbach).

Tabla 7. Resumen de los resultados del análisis factorial de cada escala.

Escala:		Número de reactivos	Alpha
Factores de protección.			
Nivel individual:			
Control	Valores personales hacia la salud (3 factores)		
	• Valores personales hacia la alimentación	7	.774
	• Valores personales actividad física	4	.679
	• Valores personales salud (se elimina)	3	.499
	Efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable (2 factores)		
	• Efectos percibidos por conductas de alimentación no saludable	4	.782
	• Efectos percibidos por no tener hábitos saludables	5	.649
	Interés desempeño escolar (2 factores)		
	• Importancia al deporte	3	.830
	• Importancia al estudio	4	.748
Nivel contextual:			
Modelos	Modelo de alimentación saludable del papá (1 factor)	12	.979
	Modelo de alimentación saludable de la mamá (3 factores)		
	• Hábitos saludables de mamá	5	.810
	• Conducta de alimentación saludable de mamá	4	.742
	• Actividad física (se eliminó)	3	-
	Modelos de protección de amigos (2 factores)		
	• Modelos de protección amigos actividad física	5	.788
	• Modelos de protección amigos hábitos saludables	7	.809

Tabla 7. Continuación

Escala:		Número de reactivos	Alpha
Controles	Controles parentales de comida chatarra (3 factores)		
	• Controles parentales de comida chatarra	5	.904
	• Controles parentales de conducta sedentaria	3	.748
	• Controles parentales actividad física (se elimina)	3	-
	Controles amigos de conducta saludable (1 factor)	7	.809
Apoyos	Apoyo familiar (2 factores)		
	• Supervisión familiar	4	.851
	• Interés de la familia	5	.861
	Apoyo amigos (1 factor)	6	.933
	Apoyo escuela (2 factores)		
	• Apoyo maestros hacia los alumnos	4	.788
	• Importancia maestros hacia las actividades escolares	3	.781
Factores de riesgo.			
Nivel individual:			
Vulnerabilidad	Ánimo deprimido (1 factor)	8	.917
	Estrés (se elimina)	4	-
	Baja-autoestima (1 factor)	5	.646
	Bajas expectativas de éxito (1 factor)	7	.866
	Imagen corporal (2 factores)		
	• Ideal estético	4	.874
	• Alimentación de riesgo	5	.653
	Comer emocional (2 factores)		
	• Conductas compensatorias	7	.849
	• Atracones	6	.773

Tabla 7. Continuación

Escala:		Número de reactivos	Alpha
Nivel Contextual			
Modelos	Modelos de riesgo familiar: se eliminó.	-	-
	Modelos de riesgo de amigos (2 factores)		
	• Modelos riesgo amigos ideal estético	4	.784
	• Modelos riesgo amigos comida chatarra	5	.767
Vulnerabilidad	Distancia emocional familiar (1 factor)	4	.655
	Vulnerabilidad amigos: se eliminó.	-	-
Oportunidad	Oportunidad de riesgo familiar: se eliminó.	-	-
	Oportunidad de riesgo amigos: se eliminó.	-	-
Variable Dependiente			
Conducta de alimentación saludable	• Hábitos Saludables	11	.875

Factores de protección a nivel individual y la conducta de alimentación saludable.

Cabe señalar que debido a que en la literatura se reportan diferencias en la conducta de alimentación saludable, así como de los factores asociados a ésta, entre hombres y mujeres, se decidió realizar los análisis estadísticos restantes por sexo. Con el propósito de determinar la relación entre la conducta de alimentación saludable y los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson.

Al analizar la relación de las variables que conforman el nivel de control individual y la variable de alimentación saludable en los hombres, fue posible observar correlaciones de moderadas a débiles. Todas las dimensiones correlacionaron positivamente con la alimentación saludable. Lo que significa que los adolescentes que tienen valores personales hacia la alimentación, valores personales de actividad física, que perciben los efectos de la alimentación no saludable, así como los efectos por no tener hábitos saludables, que prestan importancia al estudio e importancia al deporte, son aquellos quienes presentan una conducta de alimentación más saludable (ver Tabla 8).

Tabla 8. Correlación entre alimentación saludable y factores protectores a nivel individual en varones.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Conducta de alimentación saludable		.434**	.343**	.170**	.235**	.256**	.261**
2. Valores personales hacia la alimentación			.552**	.246**	.301**	.279**	.360**
3. Valores personales actividad física				.154**	.239**	.589**	.273**
4. Efectos percibidos por conductas de alimentación no saludable					.331**	.110**	.180**
5. Efectos percibidos por no tener hábitos saludables						.288**	.152**
6. Importancia al deporte							.282**
7. Importancia del estudio							

Nota: $p < .001^{**}$.

Al revisar la relación de las variables que conforman el nivel de control individual y la variable de alimentación saludable en las mujeres, fue posible observar correlaciones de moderadas a débiles. Todas las dimensiones correlacionaron positivamente con la alimentación saludable. Lo que significa, que al igual que los varones, las adolescentes que tienen valores personales hacia la alimentación, valores personales de actividad física, que perciben los efectos de la alimentación no saludable, así como los efectos por no tener hábitos saludables, que prestan importancia al estudio e importancia al deporte, son aquellos quienes presentan una conducta de alimentación más saludable (ver Tabla 9).

Tabla 9. Correlación entre alimentación saludable y factores protectores a nivel individual en mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Conducta de alimentación saludable		.499**	.318**	.142**	.205**	.257**	.248**
2. Valores personales hacia la alimentación			.538**	.235**	.276**	.358**	.343**
3. Valores personales actividad física				.222**	.243**	.577**	.256**
4. Efectos percibidos por conductas de alimentación no saludable					.242**	.142**	.142**
5. Efectos percibidos por no tener hábitos saludables						.256**	.230**
6. Importancia al deporte							.349**
7. Importancia del estudio							

Nota: $p < .001^{**}$.

Factores de protección a nivel contextual y la conducta de alimentación saludable.

Cuando se analizaron los factores de protección a nivel contextual de modelos y la conducta de alimentación saludable en varones adolescentes, se observó que: el modelo de hábitos saludables de mamá mostró la correlación más fuerte, seguido por el factor de modelos de protección amigos hábitos saludables. Los factores de: modelo de alimentación saludable del papá, conducta de alimentación saludable de mamá, modelos de protección amigos actividad física y modelos de protección amigos hábitos saludables mostraron correlaciones positivas (ver Tabla 10).

Tabla 10. Correlación entre alimentación saludable y factores de protección a nivel contextual en hombres.

	1	2	3	4	5	6
1. Conducta de alimentación saludable		.114*	.323**	.257**	.186**	.321**
2. Modelo de alimentación saludable del papá			.162**	.120*	.105*	.067
3. Hábitos saludables de mamá				.629**	.154**	.165**
4. Conducta de alimentación saludable de mamá					.141**	.146**
5. Modelos de protección amigos actividad física						.385**
6. Modelos de protección amigos hábitos saludables						

Nota: $p < .05^*$ $p < .001^{**}$.

Con respecto a las mujeres adolescentes los análisis de correlación entre la conducta de alimentación saludable y los factores protectores contextuales de modelos, los resultados

mostraron que: Hábitos saludables de mamá y conducta de alimentación saludable de mamá mostraron las correlaciones más fuertes, así mismo el modelo de alimentación saludable del papá mostró una correlación débil pero significativa con respecto a la alimentación saludable de las jóvenes. Se observó que los modelos de protección de amigos tanto de actividad física como de alimentación saludable presentaron una correlación positiva con la alimentación saludable de las jóvenes (ver Tabla 11).

Tabla 11. Correlación entre alimentación saludable y factores de protección a nivel contextual en mujeres.

	1	2	3	4	5	6
1. Conducta de alimentación saludable		.181**	.396**	.416**	.254**	.328**
2. Modelo de alimentación saludable del papá			.117*	.092*	-.030	.090*
3. Hábitos saludables de mamá				.602**	.196**	.150**
4. Conducta de alimentación saludable de mamá					.134**	.137**
5. Modelos de protección amigos actividad física						.416**
6. Modelos de protección amigos hábitos saludables						

Nota: $p < .05^*$ $p < .001^{**}$.

Al analizar los factores de protección a nivel contextual de control y la conducta de alimentación saludable en los varones adolescentes se obtuvieron correlaciones débiles pero significativas; en donde se observó que los controles parentales de comida chatarra fue el factor que se asoció con mayor fuerza a la conducta de alimentación saludable de los jóvenes, seguido

por el control de amigos de conducta saludable; así mismo fue posible observar que controles parentales de conducta sedentaria no obtuvo correlaciones significativas (ver Tabla 12).

Tabla 12. Correlación entre alimentación saludable y los controles parentales y de amigos en hombres.

	1	2	3	4
1. Conducta de alimentación saludable		.263**	.074	.214**
2. Controles parentales de comida chatarra			.443**	.185**
3. Controles parentales de conducta sedentaria				.147**
4. Controles amigos de conducta saludable				

Nota: $p < .001^{**}$.

Los factores de protección a nivel contextual de control y la conducta de alimentación saludable en las mujeres adolescentes mostraron correlaciones de débiles a moderadas y todos los factores resultaron significativos; se observó que los controles parentales de comida chatarra fue el factor que se asoció con mayor fuerza a la conducta de alimentación saludable de las jóvenes, seguido por el control de amigos de conducta saludable y en último lugar los controles parentales de conducta sedentaria (ver Tabla 13).

Tabla 13. Correlación entre alimentación saludable y los controles parentales y de amigos en mujeres.

	1	2	3	4
1. Conducta de alimentación saludable		.388**	.226**	.278**
2. Controles parentales de comida chatarra			.376**	.226**
3. Controles parentales de conducta sedentaria				.150**
4. Controles amigos de conducta saludable				

Nota: $p < .001^{**}$.

Al correlacionar conducta de alimentación saludable y los factores de protección a nivel contextual referente a apoyos en varones, se encontró que las correlaciones fueron bajas pero significativas. Los resultados mostraron que la correlación más fuerte fue la de interés familiar, seguida por supervisión familiar, apoyo de los maestros hacia los alumnos, apoyo de los maestros en el desempeño académico y por último apoyo de amigos. Lo anterior sugiere que los jóvenes que sienten un mayor apoyo por parte de su red de apoyo tienen una conducta de alimentación más saludable (ver Tabla 14).

Tabla 14. Correlación entre alimentación saludable y apoyos contextuales en hombres.

	1	2	3	4	5	6
1. Conducta de alimentación saludable		.183**	.167**	.125**	.188**	.280**
2. Apoyo maestros hacia los alumnos			.589**	.117*	.239**	.344**
3. Importancia maestros hacia las actividades escolares				.133**	.170**	.234**
4. Apoyo amigos					.211**	.181**
5. Supervisión familiar						.519**
6. Interés de la familia						

Nota: $p < .05^*$ $p < .001^{**}$.

En el grupo de las adolescentes mujeres, se observó que los factores protectores contextuales mostraron correlaciones que fluctuaron de bajas a moderadas y todas fueron significativas. Los resultados mostraron que la correlación más fuerte fue la de interés familiar, seguida por supervisión familiar, apoyo de los maestros hacia los alumnos, apoyo de los maestros en el desempeño académico y por último apoyo de amigos. (ver Tabla 15)

Tabla 15. Correlación entre alimentación saludable y apoyos contextuales en mujeres.

	1	2	3	4	5	6
1. Conducta de alimentación saludable		.250**	.138**	.214**	.311**	.335**
2. Apoyo maestros hacia los alumnos			.434**	.131*	.133**	.143**
3. Importancia maestros hacia las actividades escolares				.222**	.053	.095*
4. Apoyo amigos					.149**	.204**
5. Supervisión familiar						.593**
6. Interés de la familia						

Nota: $p < .05^*$ $p < .001^{**}$.

Factores de riesgo a nivel individual y la conducta de alimentación saludable.

Con el fin de observar cómo afecta el factor de riesgo a nivel individual a la conducta de alimentación saludable se llevó a cabo la correlación de las variables de vulnerabilidad por sexo.

Para los hombres, los datos mostraron que las correlaciones obtenidas eran de moderadas a débiles. Estrés, ánimo deprimido, baja autoestima, alimentación de riesgo, bajas expectativas de éxito, vulnerabilidad atracones fueron significativas y correlacionaron de forma negativa con la conducta de alimentación saludable. Los factores de vulnerabilidad comer emocional, vulnerabilidad conductas compensatorias, vulnerabilidad peso corporal, vulnerabilidad ideal de delgadez no mostraron correlaciones significativas (ver Tabla 16).

Para las mujeres, los datos mostraron que las correlaciones obtenidas eran de moderadas a débiles. Es importante mencionar que para las mujeres todos los factores de vulnerabilidad resultaron significativos y correlacionaron de forma negativa con la conducta de alimentación saludable como era esperado (ver Tabla 17).

16. Correlación entre alimentación saludable y los factores de riesgo a nivel individual de los hombres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Conducta de alimentación saludable									
Ansiedad									
Humor deprimido									
Baja autoestima									
Percepción de riesgo									
Bajas expectativas de vida									
Alimentación insaludable									
Factores de riesgo									
Salud estética									

$p < .05^*$ $p < .001^{**}$

17. Correlación entre alimentación saludable y los factores de riesgo a nivel individual de mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Conducta de alimentación saludable		-.196*	-.252**	-.282**	-.336**	-.317**	-.232**	-.171**	-.327**
Ansiedad			.544**	.327**	.159**	.101*	.346**	.210**	.194**
Humor deprimido				.533**	.250**	.215**	.412**	.204**	.185**
Baja autoestima					.248**	.148**	.192**	.161**	.137**
Alimentación de riesgo						.188**	.175**	.145**	.185**
Bajas expectativas de vida							.120**	.104*	.209**
Conductas alimentarias insanas								.251**	.498**
Factores de riesgo									.150**
Valor estético									

<.05*.001**

Factores de riesgo a nivel contextual y la conducta de alimentación saludable.

Con respecto a las correlaciones entre conducta de alimentación y los factores de riesgo a nivel contextual en los modelos de riesgo los resultados para varones muestran que en el análisis de correlación no hubo correlaciones significativas (ver Tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre alimentación saludable y modelos de riesgo en hombres.

	1	2	3
1. Conducta de alimentación saludable		-.025	.038
2. Modelos de riesgo amigos ideal estético			.231**
3. Modelos riesgo amigos comida chatarra			

Nota: $p < .001^{**}$.

Con respecto a las correlaciones entre conducta de alimentación y los factores de riesgo a nivel contextual en los modelos de riesgo los resultados para mujeres muestran que existe una correlación débil y significativa en la variable de modelos riesgo amigos ideal estético (ver Tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre alimentación saludable y modelos riesgo en mujeres.

	1	2	3
1. Conducta de alimentación saludable		-.096*	-.055
2. Modelos de riesgo ideal estético			.182**
3. Modelos riesgo amigos comida chatarra			

Nota: $p < .05^*$ $p < .001^{**}$.

Factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual que predicen la conducta de alimentación saludable en adolescentes varones.

Con el fin de observar qué factores predecían a la conducta de alimentación de los adolescentes hombres se realizó un análisis de regresión lineal paso por paso. La alimentación saludable entró como variable dependiente y como variables independientes se incluyeron todas las variables que mostraron correlaciones significativas mayores a .20, las cuales fueron:

De los factores de protección a **nivel individual**: valores personales hacia la alimentación, efectos percibidos por no tener hábitos saludables, importancia al deporte, importancia del estudio.

De los factores de protección a **nivel contextual**: modelos hábitos saludables de mamá, modelos conducta de alimentación saludable de mamá, modelos de protección amigos hábitos saludables, controles parentales de comida chatarra, controles amigos de conducta saludable, apoyo familiar, interés de la familia.

De los factores de riesgo a **nivel individual**: bajas expectativas de éxito, atracones.

No se incluyeron factores de riesgo a **nivel contextual**.

En la Tabla 20 se observa que al modelo de regresión lineal en primer lugar entró valores personales hacia la alimentación ($F(1, 428) = 99.38, p < .001$), en el segundo paso del modelo, se incluyó modelos de hábitos saludables de mamá ($F(2, 427) = 70.00, p < .001$), para el tercer paso del modelo ingresó atracones ($F(3, 426) = 56.44, p < .001$), en el cuarto paso entró al modelo de regresión: modelos de protección amigos hábitos saludables ($F(4, 425) = 48.92, p < .001$), hacia el quinto paso se agregó importancia al deporte ($F(5, 424) = 42.60, p < .001$), hacia el sexto paso del modelo se incluyó interés de la familia ($F(6, 423) = 37.43, p < .001$), hacia el séptimo paso ingresó controles amigos de conducta saludable ($F(7, 422) = 32.92, p < .001$). Que en conjunto explicaron el 34 % de la varianza de la alimentación saludable.

Tabla 20. Análisis de regresión paso por paso para predecir alimentación saludable en hombres.

Variable	B	SE B	β	R²
<i>Paso 1. Valores personales hacia la alimentación</i>	0.23	0.04	0.24**	0.18**
<i>Paso 2. Modelos de hábitos saludables de mamá</i>	0.12	0.02	0.18**	0.24**
<i>Paso 3. Atracones</i>	-0.14	0.02	-0.20**	0.27**
<i>Paso 4 Modelos de protección amigos hábitos saludables</i>	0.14	0.03	0.17**	0.30**
<i>Paso 5 Importancia al deporte</i>	0.11	0.04	0.12**	0.32**
<i>Paso 6 Interés de la familia</i>	0.08	0.03	0.11**	0.33**
<i>Paso 7 Controles amigos de conducta saludable</i>	0.05	0.02	0.08**	0.34**

Nota: ** $p < .001$.

Factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual que predicen la conducta de alimentación saludable en adolescentes mujeres.

Con el fin de observar qué factores predecían la alimentación saludable de las mujeres adolescentes se realizó un análisis de regresión lineal paso por paso. La alimentación saludable entró como variable dependiente y como variables independientes se incluyeron todas las variables que mostraron correlaciones significativas mayores a .20, las cuales fueron:

De los factores de protección a **nivel individual**: valores personales hacia la alimentación, valores personales actividad física, efectos percibidos por no tener hábitos saludables, importancia al deporte, importancia del estudio.

De los factores de protección a **nivel contextual**: modelos hábitos saludables de mamá, modelos conducta de alimentación saludable de mamá, modelos de protección amigos actividad física, modelos de protección amigos hábitos saludables, controles parentales de comida chatarra, controles parentales de conducta sedentaria, controles amigos de conducta saludable, apoyo familiar, apoyo maestros hacia los alumnos, apoyo amigos, supervisión familiar, interés de la familia.

De los factores de riesgo a **nivel individual**: ánimo deprimido, baja autoestima, alimentación de riesgo, bajas expectativas de éxito, comer emocional, atracones, ideal estético.

No se incluyeron factores de riesgo a **nivel contextual**.

En la Tabla 21 se observa que, al modelo de regresión lineal por pasos, entró en primer lugar la dimensión de valores personales hacia la alimentación ($F(1, 462) = 146.99, p < .001$); en el segundo paso, ingresó al modelo la variable: modelo de conducta de alimentación saludable de mamá ($F(2, 461) = 122.77, p < .001$); para el tercer paso ingresó al modelo: atracones ($F(3, 460) = 101.49, p < .001$); en el cuarto paso entró al modelo: alimentación de riesgo ($F(4, 459) = 87.68, p < .001$); para el quinto paso se añadió: modelos de protección amigos hábitos saludables ($F(5, 458) = 77.64, p < .001$); hacia el sexto paso se agregó: controles parentales de comida chatarra ($F(6, 457) = 67.68, p < .001$); en el séptimo paso ingresó: ideal estético ($F(7, 456) = 61.66, p < .001$), para el octavo paso se añadió: importancia al deporte ($F(8, 455) = 55.98, p < .001$); hacia el noveno paso se agregó: controles amigos conducta saludable ($F(9, 454) = 50.94, p < .001$), que explicaron el 49% de la varianza de la alimentación saludable.

Tabla 21. Análisis de regresión paso por paso para predecir alimentación saludable en las adolescentes mujeres.

Variable	B	SE B	β	R²
<i>Paso 1. Valores personales hacia la alimentación</i>	0.26	0.04	0.24	0.24**
<i>Paso 2. Modelo de conducta de alimentación saludable de mamá</i>	0.16	0.02	0.21	0.34**
<i>Paso 3. Atracones</i>	-0.11	0.02	-0.15	0.39**
<i>Paso 4. Alimentación de riesgo</i>	-0.11	0.02	-0.14	0.42**
<i>Paso 5. Modelos de protección amigos hábitos saludables</i>	0.12	0.03	0.13	0.45**
<i>Paso 6. Controles parentales de comida chatarra</i>	0.07	0.02	0.13	0.46**
<i>Paso 7. Ideal estético</i>	-0.08	0.02	-0.15	0.47**
<i>Paso 8. Importancia al deporte</i>	0.12	0.04	0.11	0.48**
<i>Paso 9. Controles amigos conducta saludable</i>	0.06	0.03	0.08	0.49**

Nota: ** $p < .001$.

Diferencias en la conducta de alimentación saludable por diagnóstico de IMC

Con el propósito de determinar si existían diferencias en la conducta de alimentación saludable de los adolescentes que tenían diferentes IMC se llevó a cabo un análisis de varianza por sexo y por diagnóstico (Tabla 22). Cabe aclarar que las categorías de sobrepeso, pre-obeso, obesidad clase I y obesidad clase II, se unieron en un solo grupo llamado sobrepeso.

Los resultados mostraron que la variable sexo [$F(1, 912) = 0.39, p > 0.05$] y la variable IMC [$F(2, 912) = 2.57, p > 0.05$] no fueron estadísticamente significativas, pero si fue significativa la interacción sexo por diagnóstico [$F(2, 912) = 22609.20, p < 0.001$], en donde las mujeres de bajo peso obtuvieron mayores puntajes en la conducta de alimentación saludable.

Tabla 22. Análisis de varianza de una vía en la conducta de alimentación saludable por IMC de los adolescentes.

Diagnóstico	Hombres			Mujeres		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>
1. Bajo peso	2.88	0.51	83	3.00	0.40	62
2. Normo peso	2.89	0.48	254	2.85	0.50	321
3. Sobrepeso/obesidad	2.82	0.43	96	2.82	0.48	94

Factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual que predicen el IMC en adolescentes varones.

Con el fin de observar qué factores predecían el IMC de los adolescentes hombres se realizó un análisis de regresión lineal paso por paso. El IMC entró como variable dependiente y como variables independientes se incluyeron todas las variables que mostraron correlaciones significativas mayores a .20, las cuales fueron:

De los factores de protección a **nivel individual**: valores personales hacia la alimentación, efectos percibidos por no tener hábitos saludables, importancia al deporte, importancia del estudio.

De los factores de protección a **nivel contextual**: modelos hábitos saludables de mamá, modelos conducta de alimentación saludable de mamá, modelos de protección amigos hábitos saludables, controles parentales de comida chatarra, controles amigos de conducta saludable, apoyo familiar, interés de la familia.

De los factores de riesgo a **nivel individual**: bajas expectativas de éxito, atracones.

No se incluyeron factores de riesgo a **nivel contextual**.

En la Tabla 23 se observa que al modelo de regresión lineal en primer lugar entró controles parentales de comida chatarra ($F(1, 428) = 22.73, p < .001$), en el segundo paso del modelo, se incluyó importancia al deporte ($F(2, 427) = 19.41, p < .001$), para el tercer paso del modelo ingresó modelos de protección de amigos hábitos saludables ($F(3, 426) = 17.42, p < .001$), en el cuarto paso entró al modelo de regresión: valores personales hacia la alimentación modelos de protección amigos hábitos saludables ($F(4, 425) = 14.62, p < .001$). En conjunto explicaron el 11 % de la varianza de la alimentación saludable.

Tabla 23. Análisis de regresión paso por paso para predecir alimentación saludable en hombres.

Variable	B	SE B	β	R²
<i>Paso 1. Controles parentales de comida chatarra</i>	1.20	0.24	0.22**	0.04**
<i>Paso 2. Importancia al deporte</i>	-1.33	0.41	-0.15**	0.07**
<i>Paso 3. Modelos de protección de amigos hábitos saludables</i>	1.53	0.38	0.19**	0.10**
<i>Paso 4. Valores personales hacia la alimentación</i>	-0.90	0.38	-0.12**	0.11**

Nota: ** $p < .001$.

Factores de protección y riesgo a nivel individual y contextual que predicen el IMC en adolescentes mujeres.

Con el fin de observar qué factores predecían el IMC de las mujeres adolescentes se realizó un análisis de regresión lineal paso por paso. El IMC entró como variable dependiente y como variables independientes se incluyeron todas las variables que mostraron correlaciones significativas mayores a .20, las cuales fueron:

De los factores de protección a **nivel individual**: valores personales hacia la alimentación, valores personales actividad física, efectos percibidos por no tener hábitos saludables, importancia al deporte, importancia del estudio.

De los factores de protección a **nivel contextual**: modelos hábitos saludables de mamá, modelos conducta de alimentación saludable de mamá, modelos de protección amigos actividad física, modelos de protección amigos hábitos saludables, controles parentales de comida chatarra, controles parentales de conducta sedentaria, controles amigos de conducta saludable, apoyo familiar, apoyo maestros hacia los alumnos, apoyo amigos, supervisión familiar, interés de la familia.

De los factores de riesgo a **nivel individual**: ánimo deprimido, baja autoestima, alimentación de riesgo, bajas expectativas de éxito, comer emocional, atracones, ideal estético.

No se incluyeron factores de riesgo a **nivel contextual**.

En la Tabla 24 se observa que, al modelo de regresión lineal por pasos, entró en primer lugar la dimensión de ideal estético ($F (1, 396) = 15.29, p <.001$); en el segundo paso, ingresó al modelo la variable: Controles parentales de comida chatarra ($F (2, 395) = 13.16, p <.001$); para el tercer paso ingresó al modelo: Conductas compensatorias ($F (3, 394) = 11.40, p <.001$); en el cuarto paso entró al modelo: Valores personales hacia la alimentación ($F (4, 393) = 12.39, p <.001$);

Tabla 24. Análisis de regresión paso por paso para predecir alimentación saludable en las adolescentes mujeres.

Variable	B	SE B	β	R²
<i>Paso 1. Ideal estético</i>	0.75	0.21	0.20	0.03**
<i>Paso 2. Controles parentales de comida chatarra</i>	0.77	0.21	0.19	0.05**
<i>Paso 3. Conductas compensatorias</i>	-1.18	0.39	-0.21	0.07**
<i>Paso 4. Valores personales hacia la alimentación</i>	0.73	0.30	0.20	0.10**

Nota: ** $p < .00$

6.4 Discusión

Análisis Psicométrico de las escalas.

Los resultados de los análisis de las escalas en el segundo estudio mostraron en general índices psicométricos adecuados. Sin embargo, en la mayor proporción de las escalas no se mantuvo un solo factor como lo propusieron Jessor y sus colaboradores (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006) sino que los factores generales se dividieron en dos y tres factores, lo cual podría deberse al incremento de reactivos en cada una de las escalas, lo que dió como resultado factores con mediciones de aspectos más específicos.

Una aportación importante de este estudio fue evaluar a los padres como modelos de alimentación saludable de manera separada, lo cual no es tomado en cuenta en el modelo propuesto por Jessor y sus colaboradores (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006), los resultados del presente estudio mostraron que la madre como modelo fue una variable importante para explicar la conducta de alimentación saludable de los adolescentes, lo cual no se encontró en el caso del padre. Estos datos podrían relacionarse con lo propuesto por Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005), quienes señalan que en México los roles de género juegan un papel fundamental en el comportamiento de los hombres y las mujeres, dichos autores concluyeron que en nuestra cultura el rol de la mujer se enfoca a las actividades de cuidado de la casa y la crianza de los hijos. Por otro lado, el rol del hombre es más bien de proveedor, lo cual podría asociarse con la importancia de la madre en la alimentación de los jóvenes. De ahí que se sugiere para siguientes investigaciones considerar la evaluación de los controles parentales de

manera independiente para papá y mamá con el fin de observar si pueden afectar de manera diferente a la conducta del adolescente.

Un dato que resulta interesante es que dentro de la evaluación de los factores de riesgo a nivel contextual, las escalas: modelos de riesgo familiar, vulnerabilidad de amigos, oportunidad de riesgo familiar y de amigos se eliminaron, como sucedió en el primer estudio, lo cual podría deberse a que la mayoría de los adolescentes argumentaron no conocer los hábitos alimenticios de los amigos y familiares; esto concuerda con la investigación de Birch y Krahnstoeber (2001) la cual sugiere que es necesario que se les pregunte a los padres sobre sus propios hábitos alimenticios, más que preguntarle a los hijos sobre los hábitos de los padres, con el fin de contar con mediciones más adecuadas.

Dados los resultados obtenidos se recomienda continuar con la investigación en diversas poblaciones con el fin de corroborar los resultados encontrados; además, se sugiere realizar análisis confirmatorios para confirmar la estructura de las escalas.

Medición y prevalencia del IMC

De acuerdo con diversos estudios (Basterra-Gortari, Bes-Rastrollo, Seguí-Gómez, Forga, Martínez, & Martínez-González, 2007; Lora-Cortez & Saucedo-Molina, 2006; Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro & Fleiz, 2003; Ulloa, Sapunar, Bustos, Sáez, Asenjo, Taibo, & Cornejo, 2010; Unikel-Santoncini, Ocampo-Ortega, & Zambrano-Ruiz, 2009) un problema que se presenta en la medición del IMC es la baja objetividad del auto-reporte, esto debido a que regularmente las

personas tienden a subestimar su peso y a sobre estimar su altura, lo cual puede deberse a la concepción del ideal estético en nuestra cultura, donde el ser delgado es más aceptado que tener sobrepeso u obesidad. De ahí que, una ventaja de la presente investigación fue que para el segundo estudio se decidió medir y pesar directamente a los participantes, esto con el objetivo de contar con una medición más precisa.

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso, los hallazgos encontrados en la presente investigación mostraron porcentajes ligeramente menores (18.2% para hombres y 17.3% para mujeres) que lo reportado por la OCDE (2010), Secretaría de Salud (2010), WHO (2010b) y Secretaría de Salud (2012), donde indican que en el caso de los hombres un 21.2% de los adolescentes presentan sobrepeso y en las mujeres un 23.3%. No obstante, en el caso de la obesidad los datos obtenidos en esta investigación (3.9% para hombres y 2.5% para mujeres) estuvieron muy por debajo de los datos nacionales (10% para hombres y 9.2% para mujeres). Es importante señalar, que la presente investigación se llevó a cabo con una población no representativa de los adolescentes de todo el país, de ahí que hay que tomar con cautela estos datos.

Predictores de la conducta de alimentación saludable

Algunos autores (por ejemplo, French et al., 1996; González et al., 2010; Goodman & Whitaker, 2002; McClure et al., 2010; Salvy et al., 2007) reportan que son diferentes los factores asociados a la conducta de alimentación entre hombres y mujeres adolescentes, incluso existen estudios que se enfocan en analizar uno solo de estos grupos, especialmente hay un número importante de

estudios en mujeres por ejemplo, (Behar & Valdés, 2009; Crawford et al., 2011; Van Strien et al., 2005; Wallis & Hetherington, 2009); de ahí que en la presente investigación se decidió realizar los análisis por separado para ambos sexos.

En este mismo sentido, los análisis de correlación de la presente investigación mostraron que los factores de protección contextual como los factores de riesgo individual correlacionaron de manera diferente entre hombres y mujeres. No obstante, en el caso de los factores protectores individuales se encontraron correlaciones similares entre hombres y mujeres.

En cuanto a los factores de riesgo contextual no se encontraron correlaciones relevantes tanto en hombres como en mujeres, de ahí que no fueron incluidos en los análisis de regresión, por lo que se sugiere continuar con la investigación de este tipo de factores, específicamente de los modelos de riesgo parentales y de amigos, ya que existe evidencia (Birch & Krahnstoever, 2001; Hall et al., 2011; Wouters et al., 2008) que demuestra que los padres y amigos que tienen malos hábitos alimenticios sirven como modelos para que los jóvenes imiten estas conductas. Como se mencionó anteriormente, un aspecto que puede estar afectando los resultados, es que se cuestione al adolescente sobre hábitos y conductas de terceras personas, por lo que se sugiere incluir en el estudio a familiares y amigos para realizar mediciones más directas.

Por otro lado, la variable que entró primero como predictor de la conducta de alimentación saludable, tanto para hombres como para mujeres, fue: valores personales hacia la alimentación. Esto concuerda con lo reportado por Jessor et al., (1998) quienes explican que la variable de valores a la salud entra como predictora de la conducta de alimentación saludable; sin embargo cabe aclarar que dichos autores evalúan esta variable como un constructo general (un solo factor), a diferencia de los resultados de esta investigación que mostraron que dicha variable

se agrupaba en dos factores: valores personales hacia la alimentación y valores personales hacia la actividad física, pareciera ser que la importancia a la actividad física no fue un aspecto importante para explicar la conducta de alimentación saludable.

Específicamente la literatura reporta evidencia sobre los valores hacia la salud (Bandura, 2004; Breinbauer & Maddaleno, 2008; Rosentock et al., 1994), los cuales indican que las expectativas salientes acerca de los costos y beneficios de diferentes hábitos saludables juegan un rol central en el cambio conductual, debido a que el conocimiento de los riesgos en salud y de los beneficios obtenidos por medio de diferentes prácticas saludables, permite que el individuo tenga una condición previa para el cambio, ya que la gente que tiene conocimiento acerca de cómo es que impactan sus hábitos y su estilo de vida en su salud, tenderán a reprimir la conducta evaluada como perjudicial.

Por otro lado, los modelos parentales han mostrado tener un efecto significativo en la conducta de alimentación saludable de los jóvenes, donde diversos estudios (Birch & Fisher, 1998; Birch et al., 2007; Dejong et al., 2009; Haines et al., 2007; Kral & Rauh, 2010; Neumark-Sztainer et al., 2003; Videon & Manning, 2003) demuestran que la presencia de los padres, como modelos de conducta alimentaria, influyen de manera positiva en la alimentación saludable de los jóvenes, ya que si los padres mantienen hábitos alimenticios adecuados, se observa un incremento en el consumo de alimentos saludables en los jóvenes; además aquellos adolescentes que comen con sus padres muestran un menor número de conductas de alimentación de riesgo (por ejemplo, saltarse algún horario de alimentos y botanear).

Los resultados anteriores corroboran lo encontrado por Jessor y sus colaboradores (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006) en cuanto a la importancia de los modelos parentales sobre la conducta de alimentación; sin embargo, en la mayoría de la literatura se analizan los modelos parentales de manera general (sin diferenciar a los padres), por lo que una de las ventajas que se tuvo en este estudio fue la de analizar por separado la influencia de padres y madres como modelos, lo que mostró que tanto para los adolescentes hombres como para las mujeres el padre no es un factor significativo en los hábitos de alimentación de los hijos y la madre si lo fue. Estos datos indican la importancia de incluir a la madre en los programas de promoción de la conducta saludable de los hijos, dado que al menos en la cultura mexicana un porcentaje importante de las madres no sólo es la que prepara los alimentos en la casa, sino quien regula la conducta de alimentación de los hijos.

Cabe señalar que fueron diferentes las dimensiones de los modelos de alimentación saludable que explicaron la conducta de los adolescentes hombres y mujeres, ya que para los varones la variable predictora fue la de los modelos de hábitos saludables de mamá y para las mujeres fue la de los modelos de conducta de alimentación saludable de mamá; sin embargo, en la revisión teórica no se encontraron diferencias específicas entre estas dos dimensiones, sino que sólo se analiza como modelo en general, por lo que es necesario continuar analizando estas diferencias para contar con evidencia empírica que aporte información al respecto.

Otra variable que mostró ser un predictor significativo, tanto en hombres como en mujeres, fue la vulnerabilidad hacia los atracones, la cual ha sido estudiada por sus consecuencias en la salud, ya que como lo señalan Sandberg et al., (2013), Delvin et al., (2003) y Grilo et al., (2008) el trastorno por atracón se asocia a malos hábitos alimenticios.

Así mismo, los datos encontrados en el presente estudio coinciden con lo reportado por Barriguet-Meléndez et al., (2009) y Saucedo-Molina y Unikel (2010) quienes señalan que en México la conducta de atracón es similar tanto en población femenina como en masculina, por lo que sería recomendable considerar esta variable dentro de los programas tanto de promoción de conducta de alimentación saludable como en los programas de prevención de trastornos alimentarios. Resulta importante mencionar que el modelo propuesto por Jessor y sus colaboradores (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006) no incluye la variable de vulnerabilidad de atracones como un factor de riesgo para la conducta de alimentación saludable, sin embargo los resultados encontrados indican que es un factor importante, lo cual podría considerarse como una contribución del presente estudio.

Si bien en esta investigación las tres dimensiones que contribuyeron de forma importante a la explicación de la conducta de alimentación saludable fueron las mismas (valores personales hacia la alimentación, modelo de alimentación saludable de mamá y atracones), tanto para hombres como para mujeres, los resultados mostraron que hubo otras dimensiones que no compartieron o bien, que tuvieron diferente importancia en la explicación de dicho comportamiento. A continuación, se discutirán las contribuciones de las dimensiones que comparten los y las adolescentes pero que entraron en distinto orden en los modelos predictivos.

Los resultados mostraron que tanto los modelos y controles de amigos como factores protectores fueron predictores de la conducta de alimentación saludable en los adolescentes (hombres y mujeres), lo cual es congruente con previas investigaciones (por ejemplo, Jessor et al., 2010). En cuanto a los modelos de amigos los estudios reportan que el patrón de comportamiento del adolescente y de sus amigos es similar y se observa que aquellos adolescentes que tienen amigos con un patrón de alimentación más saludable, son aquellos que

desayunan con más frecuencia, comen más verduras y granos enteros, además tienen un mayor nivel de actividad física (Bruening, Eisenberg MacLehose, Nanney, Story, Neumark-Sztainer, 2012; Salvy, Roemmich, Bowker, Romero, Stadler & Epstein, 2009).

Del mismo modo, Salvy et al., (2009) reportaron que tanto amigos como pares son una motivación para tener una conducta más saludable, como por ejemplo, un mayor nivel de actividad física; por otro lado las investigaciones de Salvy, Elmo, Nitecki, Kluczynski, Roemmich, (2011) y la de Salvy et al., (2007) demostraron que la presencia de los amigos está relacionada con un consumo de alimentos más saludables y la reducción de ingesta de calorías y de comida chatarra, ya que éstos podrían estar fungiendo también como controles en la alimentación del joven, lo cual corrobora los datos encontrados en el presente estudio, ya que los controles de amigos sobre la ingesta del adolescente es una variable importante para explicar este comportamiento. La consistencia de estos datos demuestra la importancia de incluir un componente que provea de recursos al adolescente para enfrentar la influencia del grupo de amigos en hábitos de alimentación no saludable.

Por otro lado, la importancia de realizar actividades deportivas fue una variable significativa en la explicación de la conducta de alimentación saludable lo que es similar con lo propuesto por Cruz et al., (2011) que demostraron que realizar actividad física está asociado directamente con un mayor número de conductas saludables, así como también una mayor probabilidad de mostrar una percepción más adecuada en la salud. Del mismo modo, Durksen et al., (2014) y Dohle et al., (2014) encontraron que hay una fuerte asociación entre la actividad física y la alimentación saludable, es decir, que a mayor actividad física se presenta una alimentación más saludable.

Como se puede apreciar, los modelos y controles de amigos de conducta de alimentación saludable, así como la importancia al deporte fueron variables que compartieron la explicación de la conducta de alimentación saludable de los adolescentes (hombres y mujeres), sin embargo, se encontraron ligeras diferencias en el poder explicativo de cada una de estas variables. No obstante, los resultados del presente estudio mostraron que hubo dimensiones que no compartieron la explicación de dicho comportamiento entre hombres y mujeres, a continuación se discutirán dichos hallazgos.

Por lo que respecta a las mujeres, en el presente estudio el control parental de la comida chatarra resultó una variable significativa de la conducta de alimentación saludable; lo cual concuerda con algunas investigaciones que muestran la importancia que tiene establecer reglas dentro del ambiente familiar para fomentar hábitos adecuados de alimentación, específicamente sugieren que las familias dentro de las cuales los padres motivan a sus hijos a comer alimentos más saludables, permiten elegir diversas opciones de alimentos, promueven que el hijo elija sus propios horarios de alimentación y que también elija parar de comer cuando lo decida; tienen hijos adolescentes que presentan un mayor número de conductas saludables de alimentación, así como un menor consumo de comida chatarra y una menor probabilidad de saltarse el desayuno (Berge et al., 2010; Berge, Wall, Loth, Neumark-Sztainer 2010; Gable & Lutz, 2000; Jessor et al., 2010; Patrick & Nicklas, 2005).

Cabe señalar que Jessor et al., (2010) evalúan los controles parentales de manera general (comida chatarra y conducta sedentaria) y en la presente investigación los controles de conducta sedentaria no tuvieron un impacto significativo en el comportamiento de las adolescentes, lo cual podría deberse a que este comportamiento podría afectar más directamente a la conducta de actividad física más que a la de alimentación. Si bien para esta población los controles parentales

de comida chatarra no fueron significativos para los hombres se sugiere realizar más investigación.

Otro aspecto que se ha estudiado en cuanto a los controles parentales es el tipo de control ejercido, donde algunos estudios indican que un control negativo de la alimentación decrementa la probabilidad de que el joven se alimente saludablemente. Del mismo modo, Berge et al., (2010); Haines et al., (2007); Keery et al., (2006) y Kremers et al., (2003) reportan que los hijos de padres que ejercen un control negativo en la conducta de alimentación de los hijos; son los adolescentes que presentan un mayor número de conductas de alimentación de riesgo tales como saltarse el desayuno, “botanear” en lugar de comer una comida completa, consumir más comida chatarra, así como una menor capacidad de sentir señales de saciedad o de hambre.

Sin embargo, esto no significa que no deban existir reglas establecidas por los padres que regulen las conductas de alimentación saludable del adolescente, ya que existen estudios (Berge et al., 2010; Gable & Lutz, 2000; Jessor et al., 2010; Patrick & Nicklas, 2005; Turbin et al., 2006) que han demostrado que un control adecuado por parte de los padres se relaciona con una mejor alimentación por parte de los jóvenes. Se sugiere que para futuras investigaciones se analice el tipo de control parental ejercido y su efecto en la conducta de alimentación saludable. Otra recomendación en cuanto a los controles parentales es la necesidad de evaluar éstos de manera separada para papá y para mamá para determinar si afectan de manera diferencial en la conducta de alimentación saludable de los jóvenes.

Otra dimensión que sólo fue predictora de la conducta de alimentación saludable en mujeres fue el ideal estético, variable que ha sido estudiada en población mexicana por Saucedo-Molina y Unikel (2010) y Zaragoza et al., (2011) quienes demostraron que una mala imagen

corporal, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar conductas de alimentación de riesgo, y se asocia directamente a prácticas de compensación para perder peso tales como dietas, lo cual a su vez se asocia a un mayor IMC (Saucedo-Molina & Gómez-Péresmitré, 1997).

Del mismo modo, las investigaciones de Esnaola et al., (2010) y Van den Berg et al., (2010) demuestran que el ideal estético se asocia con una conducta alimentaria de riesgo, así como con una baja autoestima. Por otro lado, la investigación de Moral y Meza (2012) indica que una mala imagen corporal está asociada con alteraciones afectivas, conductas ansiosas y problemas para tener relaciones sociales adecuadas, lo cual se relaciona con prácticas de alimentación poco saludables. Cabe señalar, que esta dimensión (ideal estético), del mismo modo que la variable de atracones son factores que no fueron considerados dentro de la propuesta de Jessor y sus colaboradores (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006), no obstante los hallazgos del presente estudio mostraron la importancia de dichas dimensiones, específicamente, el ideal estético sólo fue relevante para el grupo de mujeres, lo cual podría deberse a cuestiones culturales hacia el género femenino, ya que en sociedades industrializadas regularmente ellas tienen una mayor tendencia a preocuparse por su aspecto físico en comparación con los varones.

Por otro lado, en el caso de los hombres la única dimensión que fue predictora de la conducta de alimentación saludable y no lo fue para las mujeres, fue el interés de la familia, lo cual concuerda con Jessor et al., (1998), quienes sugieren que los factores protectores contextuales de protección, en especial la familia, se relacionan con una adecuada alimentación, aunque los autores no hacen análisis por sexo.

Retomando la hipótesis planteada en la presente investigación de que el conjunto de los factores protectores y de riesgo a nivel individual y contextual del modelo de Jessor et al., (2010) explican la conducta de alimentación saludable en adolescentes, los resultados encontrados permitieron concluir que se apoya parcialmente, esto debido a que las variables que explicaron dicho comportamiento corresponden a los factores protectores, tanto de nivel individual como contextual, no obstante, en cuanto a los factores de riesgo ninguno de los propuestos por Jessor et al., (2010) entraron como predictores de la conducta de alimentación saludable. Cabe señalar que los únicos factores de riesgo (atracones e ideal estético) que explicaron la conducta evaluada no habían sido considerados en dicho modelo, lo cual representa una aportación del presente estudio. No obstante, el tipo de muestreo utilizado en la presente investigación no permite la generalización de los datos; de ahí, que se sugiere evaluar los factores protectores y de riesgo para la conducta de alimentación saludable en otras muestras.

Diferencias en la conducta de alimentación saludable y en los factores protectores y de riesgo por IMC

De acuerdo con diversos estudios (Carnell & Wardle, 2008; Secretaría de Salud, 2006; Webber et al., 2009; WHO, 2010a) la alimentación saludable se asocia al IMC, donde las personas con sobrepeso u obesidad presentan puntajes más bajos en dicha variable en comparación con los sujetos con normopeso. Estos datos concuerdan parcialmente con los hallazgos encontrados en la presente investigación donde en el caso de los varones el grupo con normopeso puntuaron significativamente más alto que los de sobrepeso/obesidad y presentaron puntajes similares con los de bajo peso.

Sin embargo, en el caso de las mujeres aquellas con bajo peso fueron quienes puntuaron más alto en la conducta de alimentación saludable en contraste con las de normopeso y con las de sobrepeso/obesidad. Estos datos resultan interesantes, ya que de acuerdo con la investigación de Saucedo-Molina y Unikel (2010) las jóvenes con bajo peso muestran puntuaciones bajas en las conductas alimentarias de riesgo, en comparación con el grupo de sobrepeso/obesidad, por lo que se podría sugerir que los resultados de este estudio muestran que el grupo de mujeres con bajo peso es el que tiene mayores puntajes en la alimentación saludable y menores en las conductas de riesgo, por lo que se sugiere continuar con la investigación para determinar cuáles son las variables que están interviniendo en dicho fenómeno.

Predictores del IMC.

Los resultados en la presente investigación mostraron diferencias en el modelo de predicción del IMC por sexo, donde en el caso de los hombres las variables predictoras que entraron al modelo fueron exclusivamente factores de protección, y en el caso de las mujeres entraron al modelo tanto factores de protección como de riesgo, además los factores de riesgo explican un mayor porcentaje de varianza, en comparación de los factores de protección. Aunado a esto el valor de varianza explicada fue substancialmente diferente, ya que para las mujeres fue casi el doble en comparación con el de los hombres.

En el caso de las mujeres, las variables que mayor porcentaje de varianza explicaron fueron: Ideal estético y conductas compensatorias, las cuales corresponden a los factores de vulnerabilidad individual, lo cual corrobora lo encontrado en estudios previos por ejemplo el de

Saucedo-Molina y Unikel (2010) y el de Grilo et al. (2008) quienes indican que existe una relación entre las conductas alimentarias de riesgo (por ejemplo ideal estético, dietas, ayuno, entre otras) y el IMC, donde los participantes con obesidad y sobrepeso fueron quienes presentaron un mayor número de estas conductas. Además resulta interesante mencionar que en el estudio de Saucedo-Molina y Unikel (2010) reportaron diferencias por sexo, donde las mujeres reportaron un mayor número de conductas alimentarias de riesgo en comparación con los varones, lo cual aunado con los resultados de la presente investigación podrían indicar que las mujeres son más vulnerables a los factores de riesgo que los varones.

En lo que respecta a los resultados de los varones la variable que mayor porcentaje de varianza explicó fue la de controles parentales de comida chatarra, donde a mayor control mayor IMC; al respecto la literatura indica que los hijos de padres que controlan en exceso los hábitos de alimentación del adolescente, son aquellos jóvenes que presentan un mayor número de conductas de alimentación negativas, lo cual podría estar asociado con el IMC de los hijos (Berge et al., 2010; Haines et al., 2007; Keery et al., 2006; Kremers et al., 2003).

Lo anterior no significa que no deban existir reglas establecidas por los padres que regulen las conductas de alimentación saludable del adolescente, ya que existen estudios (Berge, Wall, Loth, Neumark-Sztainer, 2010; Gable & Lutz, 2000; Jessor et al., 2010; Patric & Nicklas, 2005; Turbin et al., 2006) que han demostrado que un control adecuado por parte de los padres se relaciona con una mejor alimentación por parte de los jóvenes.

Otros de los factores que entraron como variables predictoras en el IMC de los varones fueron: la importancia al deporte y valores personales hacia la alimentación, considerados como controles individuales; es decir que los jóvenes con mayor IMC son quienes le dan menor importancia al deporte y tienen menos hábitos alimenticios saludables, esto es congruente con lo reportado por otros autores (Calle et al., 1999; Nicklas et al., 2003).

Alcances y limitaciones

Dentro de las limitaciones de esta investigación es el tipo de selección de los participantes (no probabilístico) lo cual no permite generalizar los hallazgos encontrados, por lo cual se recomienda que se busque replicar los resultados en diferentes poblaciones. Otra de las limitantes fue el número de variables incluidas dentro del estudio, esto debido a la cantidad de instrumentos que se emplearon para medirlas, ya que al aplicarse en una sola sesión los jóvenes mostraban cansancio, lo cual podría alterar las respuestas dadas, es de ahí que se recomienda ampliar el número de sesiones de aplicación.

En cuanto a los alcances es importante mencionar que una de las ventajas del presente estudio fue que se midió y pesó a cada uno de los participantes, lo cual proporcionó mediciones más exactas del IMC comparado con el auto-reporte. Otro aspecto que cabe subrayar son los análisis diferenciales por sexo, los cuales mostraron algunas diferencias que deben considerarse en los programas de prevención. En este mismo sentido es importante mencionar que la inclusión de hombres y mujeres aporta datos de cómo la conducta de alimentación saludable afecta a los varones, ya que en diversas investigaciones sólo se consideran a las mujeres.

Finalmente, es importante mencionar que en México existe poca investigación alrededor de la conducta de alimentación saludable y sus factores asociados, por lo cual esta investigación representa una de las primeras aproximaciones al estudio de esta conducta, lo cual aporta información e instrumentos de medición que pueden ser utilizados tanto en el campo de la investigación como en el desarrollo de programas de prevención.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior. *Organ Behavior Human Decisions Process*, 50(1), 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 41-57.
- Akbaraly, T., Brunner, E., Ferrie, J., Marmot, M., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2009). Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 408-413.
- Anstadt, G. (2004). Modifiable Behavioral Factors as Causes of Death. *Journal of the American Medical Association*, 291(24), 2941.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191—215
- Bandura, A. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs . En A. Bandura (Eds.) *Self-efficacy in Changing Societies* (259-288). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 245-254.
- Barrigute-Meléndez, J., Unikel-Santoncini, C., Aguilar-Salinas, C., Córdoba-Villalobos, J., Shamah, T., Barquera, S., Rivera, J., & Hernández-Ávila, M. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Revista Salud Pública Mexicana*, 51(4s), 638-644.

- Basterra-Gortari, J., Bes-Rastrollo, M., Seguí-Gómez, M., Forga, L., Martínez, A., & Martínez-González, M. (2007). Tendencias de la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia en España (1997-2003). *Medicina Clínica*, *129*(11), 405-408.
- Becker, M., & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, *13*(1), 10-24.
- Becker, M., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D., & Drachman, R. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, *18*(4), 348-366.
- Behar, R., & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, *47*(3), 178-189.
- Berge, J., Wall, M., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal Adolescents Healthy*, *46*(4), 331-338.
- Berge, J., Wall, M., Neumark-Sztainer, D., Larson, N., & Story, M. (2010). Parenting style and family meals: cross-sectional and 5-year longitudinal associations. *Journal American Dietetic Association*, *110*(7), 1036-1042.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(2), 539-549.
- Birch, L., & Krahnstoever, D. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls food intake and childhood overweight. *Childhood and Adolescent Obesity*, *48*(4), 893-907.
- Birch, L., Savage, L., & Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviors: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal Dietetic Practice Research*, *68*(1), 1-26.
- Blanchette, L., & Brug, J. (2005). Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal Human Nutrition and Dietetics*, *18*(6), 431-443.

- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2008). *Jóvenes opciones y cambios: Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Bruening, M., Eisenberg, M., MacLehose, R., Nanney, M., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2012). The relationship between adolescents' and their friends' eating behaviors – breakfast, fruit, vegetable, whole grain, and dairy intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*(10), 1608-1613.
- Bruijn, G., & Putte, B. (2009). Adolescent soft drink consumption, television viewing and habit strength. Investigating clustering effects in the Theory of Planned Behavior. *Appetite*, *53*(3), 66-75.
- Calle, E., Thun, M., Petrelli, J., Rodríguez, C., & Heath, C. (1999). Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of U.S. Adults. *The New England Journal of Medicine*, *341*(15), 1097-1105.
- Caperchione, C., Duncan, M., Mummery, K., Seele, R., & Schofield, G. (2008). Mediating relationship between body mass index and the direct measures of the Theory of Planned Behavior on physical activity intention. *Psychology, Health and Medicine*, *13*(2), 168-179.
- Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, *88*(1), 22-29.
- Center for Disease Control and Prevention. (2009). Overweight and Obesity. Causes and Consequences. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/obesity/causes/index.html>.
- Cook-Cottone, C., Casey, C., & Feeley, T. (2009). A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention in the School: 1997-2008. *Psychology in the Schools*, *46*(8), 695-719.
- Costanzo, P., & Woody, E. (1985). Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal Social Clinic Psychology*, *3*(4), 425-445.
- Crawford, G., Khedkar, A., Flaws, J., Sorkin, J., & Gallicchio, L. (2011). Depressive symptoms and self-reported fast-food intake in midlife women. *Preventive Medicine*, *52*(3), 254-257.

- Cruz, E., Moreno, M. I., Pino, J. & Martínez, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental, 34*(1), 45-52.
- Dea, J., & Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research Theory & Practice, 21*(6), 796-805.
- DeJong, C., Van Lenthe, F., Van der Horst, K., & Oenema, A. (2009). Environmental and cognitive correlates of adolescent breakfast consumption. *Prevention Medicine, 48*(4), 372-377.
- Delvin, M., Goldfein, J., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders, 34*(S1), S2-S18.
- Doak, C., Visscher, T., Renders, C., & Seidell, J. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews, 7*(1), 111-136.
- Dohle, S., Wansink, B., & Zehnder, L. (2014). Exercise and Food Compensation: Exploring Diet-Related Beliefs and Behaviors of Regular Exercisers. *Journal of Physical Activity 1*(6), 312-320
- Donovan, J., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 53*(6), 890-904.
- Donovan, J., Jessor, R., & Costa, F. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: An extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology, 10*(1), 52-61.
- Dorian, L., & Garfinkel, P. (2002). Culture and body image in Western society. *Culture and Body Image in Western Culture, 7*(1), 1-19.
- Durksen, A., Downs, S., Mollard, R., Forbes, L., Ball, G., & McGavock, J. (2014). The Association Between Time Spent in Vigorous Physical Activity and Dietary Patterns in Adolescents: Cross-Sectional Study. *Journal of Physical Activity 12*(2), 15-22.
- Egger, E., & Swinburn, B. (1997). An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal, 315*(7106), 477-480.

- Esnaola, I., Rodríguez, A., Goñi, A. (2010). Insatisfacción corporal y presión sociocultural percibida: diferencias asociadas al sexo y a la edad. *Salud Mental*, 33 (1), 21-29.
- Fishbein, M., y Azjen, I., (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Flegal, K., Carroll, M., Ogden, Curtin. (2010). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008. *The Journal of the American Medical Association*, 303(3), 235-241.
- Flynn, M., McNeil, D., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., & Tough, S. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 7 Suppl 1, 7-66.
- Folsom, A., Kaye, S., Sellers, T., Hong, C., Cerhan, J., Potter, J., Prineas, R. (1993). Body fat distribution and five-year risk of death in older women. *Journal of the American Medical Association*, 269(4), 483-487.
- Food and Drug Administration. (2012). Eating healthier and feeling better using the nutrition facts label. Recuperado de: <http://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm266853.htm>.
- French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, A. (1996). Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obesity Reviews*, 4(1):27-33.
- Gable, S., & Lutz, S. (2000). Household, Parent, and Child Contributions to Childhood Obesity. *Family Relations*, 49(3), 293-300.
- González-Forteza, C., & Ruiz, E. (1993). Autoestima y Sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género. *Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la America Latina*, 15 (2), 59 - 64.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F., Medina-Mora, M., & Fernández-Várela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.

- González, A., Betancourt, D., Parrao, M., Solís, C., & Fernández- Varela, H. (2010). Sintomatología depresiva y obesidad en jóvenes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 26(2) 27-33.
- González, L., Lizano, M., & Gómez- Peresmitré, 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.
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 109(3), 497-504.
- Grilo, C., Hrabosky, J., White, M., Allison, K., Stunkard, A., & Masheb, R. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: Refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 414-419.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M., & Story, M. (2007). Personal, behavioral, and environmental risk and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*, S15(11), 2748-2760.
- Hall, L., Collins, C., Morgan, P., Burrows, T., Lubans, D., & Callister, R. (2011) Children's intake of fruit and selected energy-dense nutrient-poor foods is associated with fathers' intake. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1039-1044.
- Health and Human Services. (2010). Eat healthy. Recuperado de: <http://health.gov/dietaryguidelines/workshops/>.
- Instituto Nacional De Salud Pública. (2006). PME. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Obesidad Infantil. Recuperado de: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_14.pdf.
- International Obesity TaskForce, (2010) Strategic Plan For Iotf. Recuperado de: www.iaso.org/site_media/uploads/IOTF_Strategic_PlanAugust_2010_11_08_10_pdf.pdf.
- International Obesity TaskForce. (2010). Childhood obesity. Recuperado de: <http://www.ietf.org/popout.asp?linkto=http://www.ietf.org/media/IOTFmay28.pdf>

- Jessor, R. (1987). Problem-Behavior theory, Psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82(1), 331-342.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 707-725.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 788-800.
- Jessor, R., Turbin, M., Costa, F., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross-national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13 (1), 329-360.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F., & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(1), 923-933.
- Jiang, J., Rosenqvist, U., Wang, H., Greiner, T., Ma, Y., & Toschke, A. (2006). Risk factors for overweight in 2- to – 6 year- old children in Beijing, China. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 103-108.
- Kaufer-Horwitz, M., & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Medico Hospital Infantil de Mexico*, 65 (6), 502-518.
- Keery, H., Eisenberg M.E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal Psychosomatic Research*, 61(1), 105–111.

- Kral, T. & Rauh, E. (2010). Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiology Behaviors, 100*(5), 567-573.
- Kremers, S., Brug, J., De Vries, H., & Engels, R. (2003). Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite, 41*(1), 43-50.
- Kuczmarski, J., Carrol, D., Flegal, M., & Troiano, P. (1997). Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obesity Reviews, 5*(1), 542-552.
- Lampard, A., Byrne, S., Zubrick, S., & Davis, E. (2008). Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity, 3*(2), 84-92.
- Lawlor, D., Martin, R., Gunnell, D., Galobardes, B., Ebrahim, S., Sandhu, J., Ben-Shlomo, Y., McCarron, P., & Smith, G. (2006). Association of body mass index measured in childhood, adolescence, and young adulthood with risk of ischemic heart disease and stroke: findings from 3 historical cohort studies. *American Journal of Clinical Nutrition, 83* (4), 767-773.
- Leon, G., Keel, P., Kelly, A., Klump, M., & Fulkerson, M. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin, 33*(1), 405-411.
- Lora-Cortez, C., & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental, 29*(3), 60-67.
- Mancilla, D., Mercado, G., Manríquez, R., Alvarez, R., López, A., & Roman, F. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 16* (1), 37-46.
- McClure, A., Tanski, S., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academy Pediatric, 10*(4), 238-244.
- Mitchell, S., & Epstein, L. (1996). Changes in taste and satiety in dietary-restrained women following stress. *Physiology & Behavior, 60*(2), 495-499.
- Mokdad, A., Marks, J., Stroup, D., & Gerberding, J. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association, 291*(10), 1238-1245.

- Moral, J., & Meza, C. (2012). Prediction of eating behavior alteration in Mexican women. *Salud Mental*, 35(6), 491-497.
- Murnan, J., Sharma, M., & Lin, D. (2006). Predicting childhood obesity prevention behaviors using Social Cognitive Theory: Children in China. *International Quarterly of Community Health Education*, 26(1), 73-84.
- National Health and Nutrition Examination Survey. (2008). NHANES data on the Prevalence of Overweight Among Children and Adolescent: United States, 1976-1980 and 2003-2006. CDC National Center for Health Statistics, Health E-Stat. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/trends.html>
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Story, M., Croll, J. & Perry, C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal American Dietetic Association*, 103(3), 317-322.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S., Hannan, P., Haines, J., & Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Perry, C., & Irving L. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(2), 171-178.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C., & Casey, M. (1999). Factors influencing food choices of adolescents: Findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal American Dietetic Association*, 99(8), 929-937.
- Nicklas, T., Yang, S., Baranowski, T., Zakeri, I., & Berenson, G. (2003). Eating patterns and obesity in children: The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 9-16.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. (2006). *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. México: Diario Oficial de la Federación, 23 de Enero del 2006.

- Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2006, (2008) *Buenas prácticas de fabricación para establecimientos de la industria químico farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos*. México: Diario Oficial de la Federación, 22 de Diciembre del 2008.
- O' Dea, J., & Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research Theory & Practice*, 21(6), 796-805.
- O'Dea, J., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focused on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43-57.
- Ogden, C., Carroll, M., Curtin, L., Lamb, M., & Flegal, K. (2010). Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008. *The Journal of the American Medical Association*, 303(3), 242-249.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2010). Obesidad y la Economías de la Prevención. Recuperado de: <http://www.oecd.org/dataoecd/49/29/46077041.pdf>.
- Pankevich, D., & Bale, T. (2008). Stress and Sex Influences on Food-seeking Behaviors. *Obesity Journal*, 16(7), 1539-1544.
- Patrick, H., & Nicklas, T. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92.
- Perkins, J., Perkins, H., & Craig, D. (2010). Misperceptions of Peer Norms as a Risk Factor for Sugar-Sweetened Beverage Consumption among Secondary School Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(12), 1916-1921.
- Pine, D., Goldstein, R., Wolk, S., & Weissman, M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107(5), 1049-1056.
- Pine, D., Cohen, P., Brook, J., & Copland, D. (1997). Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of body mass index in early adulthood: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 87(8), 1303-1310.

- Rivera, M., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. *Revista de Psicología, 14*(1), 12-29.
- Rocha-Sánchez, T., & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología, 21*(1), 42-49.
- Rosen, J., Gross, J., & Vara, L. (1987). Psychological adjustment of adolescents attempting to lose or gain weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(5), 742-747.
- Rosenstock, I. (1974). The Health Belief Model and Prevention health behavior. *Health Education Monographs, 2*(1), 328-335.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En DiClemente, R., & Peterson, J. (Comp.), *Preventing AIDS Theories and Methods of behavioral intervention* (pp. 25-59). New York: Plenum Press.
- Rosmond, R., Lapidus, L., Marin, P., & Björntorp, P. (1996). Mental distress, obesity and body fat distribution in middle-aged men. *Obesity Research, 4* (1), 245-252.
- Ross, R., Shaw, K., Rissanen, J., Martel, Y., De Guise, J., & Avruch, L. (1994). Sex differences in lean and adipose tissue distribution by magnetic resonance imaging: anthropometric relationships. *American Journal of Clinical Nutrition, 59*(1), 1277-1285.
- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A., Lemmens, S., Born, J., & Westerterp-Planteaga, M. (2009). Acute Stress-related Changes in Eating in the Absence of Hunger. *Obesity Journal, 17*(1), 72-77.
- Salvy, S., Elmo, A., Nitecki, L., Kluczynski, M., & Roemmich, J. (2011). Influence of parents and friends on children's and adolescents' food intake and food selection. *The American Journal of Nutrition, 93*(1), 87-92.
- Salvy, S., Coelho, J., Kieffer, E., & Epstein, L. (2007). Effects of social contexts on overweight and normal-weight children's food intake. *Physiology and Behavior, 92*(5), 840-846.
- Salvy, S., Kieffer, E. & Epstein, L. (2008). Effects of social context on overweight and normal-weight children's food selection. *Journal Eating Behaviors, 9*(2), 190-196.

- Salvy, S., Roemmich, J., Bowker, J., Romero, N., Stadler, P., & Epstein, L. (2009). Effect of peers and friends on youth physical activity and motivation to be physically active. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(2), 217-225.
- Salvy, S., Romero, N., Paluch, R., & Epstein, L. (2007). Peer influence on pre-adolescent girls' snack intake: effects of weight status. *Appetite, 49*(1), 177-182.
- Sandberg, R., Dahl, J., Vedul-Kjelsås, E., Engum, B., Kulseng, B., Mårvik, R., & Eriksen, L. (2013). Health-Related Quality of Life in Obese Presurgery Patients with and without Binge Eating Disorder, and Subdiagnostic Binge Eating Disorders. *Journal of Obesity, 2013*(878310), 1-7.
- Sapp, S., & Jensen, H. (1998). An Evaluation of Health Belief Model for Predicting Perceived and Actual Dietary Quality. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(3), 235-248.
- Sapp, S., & Weng, C. (2007). Examination of the health-belief model to predict the dietary quality and body mass of adults. *International Journal of Consumer Studies, 31*(3), 189-194.
- Saucedo-Molina, T., Unikel, C., Villatorio, J., & Fleiz, C. (2003). Curvas Percentilares del Índice de Masa Corporal. Auto-informe de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica de México, 24*(1), 23-28.
- Saucedo-Molina, T., & Gómez-Peresmitré, G. (1997). Validez diagnostica del IMC (Índice de masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México, 18*(3), 19-27.
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental, 33*(1), 11-19.
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, C. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición, 37*(1), 60-69.
- Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Salud y nutrición. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/analisis_publicados.php#.VWYGL0Jg-6M.

- Secretaria de Salud. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Recuperado de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/publicaciones/encenfcronica.htm>.
- Secretaría de Salud. (2006). Encuesta Nacional de Salud y nutrición. Recuperado de: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.
- Secretaria de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobre peso y la Obesidad. Recuperado de: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf.
- Secretaría de Salud. (2011). *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Comisión Nacional de Libros de Texto.
- Secretaria de salud. (2013). Índice de masa corporal. Recuperado de: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_MASA_CORPORAL.pdf
- Sharma, M., Wagner, D., & Wilkerson, J. (2006). Predicting childhood obesity prevention behaviors using Social Cognitive Theory. *International Quarterly of Community Health Education*, 24(3), 190-202.
- Singh, G., Jackson, C., Dobson, A., & Mishra, G. (2013). Bidirectional association between weight change and depression in mid-aged women: a population-based longitudinal study. *International Journal Obesity*, 38(4), 591-592.
- Stang, J., & Loth, K. (2011). Parenting style and child feeding practices: potential mitigating factors in the etiology of childhood obesity. *Journal American Dietetic Association*, 111 (9), 1301-1305.
- Stein, R., Berkman, N., Wiseman, C., Zoler, D., Arnow, B., & Wifley, D. (2007). What's driving the binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 195-203.
- Swinburn, B., Craig, P., Daniel, R., Dent, D., & Strauss J. (1996). Body composition differences between Polynesians and Caucasians assessed by bioelectrical impedance. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20(10), 889-894.

- Thompson, K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Psychological Science, 10*(5), 181-183.
- Turbin, M., Jessor, R., Costa, F., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter?. *Health Psychology, 25* (4), 445-454.
- Ulloa, N., Sapunar, J., Bustos, P., Sáez, K., Asenjo, S., Taibo, M., & Cornejo, A. (2010). Epidemiología del sobrepeso y obesidad infanto-juvenil en las comunas de concepción, coronel y Hualpen, VIII region de Chile. *Revista Médica de Chile, 138*(11), 1365-1372.
- Unikel-Santoncini, C., Ocampo-Ortega, R., & Zambrano-Ruiz, J. (2009). Exactitud del autorreporte de peso y talla en mujeres de 15 a 19 años del Estado de México. *Salud Pública, 51*(3), 194-201.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997–2003. *Revista de Investigación Clínica, 58*(1), 15-27pp.
- Unikel-Santoncini, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E., & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos de población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica, 52*(2), 140-147 pp.
- United Nations Children's Fund, UNICEF. (2013). Bienestar infantil en los países ricos un panorama comparativo. Recuperado de: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestarinfantil_UNICEF.pdf.
- United States Department of Agriculture. (2010). Choose my plate: Healthy eating on a budget. Recuperado de: <http://www.choosemyplate.gov/healthy-eating-on-budget.html>.
- Van den Berg P.A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal Adolescents Healthy, 47*(3), 290-296.
- Van Strien, T., Engels, R., Van Leeuwe, J., Snoek, H. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite, 45*(3), 205-213.

- Videon, T. M. & Manning, C.K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal Adolescents Healthy*, 32(5), 365-373.
- Wallis, D. y Hetherington, M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355-362.
- Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C., y Wardle, J. (2009). Eating behavior and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33(1), 21-28.
- World Health Organization (2010b). Obesity and overweight. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- World Health Organization (2010c). Global Database on Body Mass Index an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. Recuperado de: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.
- World Health Organization (2010d). <http://www.apps.who.int/infobase/report>.
- World Health Organization (2010e). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.
- World Health Organization. (1997) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf.
- World Health Organization. (1999). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Recuperado de: http://books.google.com/books?id=AvnqOsqv9doC&printsec=frontcover&dq=Obesity:+Preventing+and+Managing+the+Global+Epidemic&source=bl&ots=6SK05n-V9N&sig=gvevxg6L80gh6FIVTAjs0Xw9QJQ&hl=es&ei=IXG2S53AD5CB_QaKpLGpDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CCcQ6AEwBA#v=onepage&q=&f=false.
- World Health Organization. (2004). Diet and physical activity: a public health priority. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>.

World Health Organization. (2010a). Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación: Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-SP-09.pdf>.

Wouters, E., Larsen, J., Kremers, S., Dagnelie, P., & Geenen, R. (2008). Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, 55(1) 11-17.

Zaragoza, J., Saucedo, T., & Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo. *Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 61(1), 20-27.

Anexo 1

Estadísticos Estudio I

Tabla 1. Estadísticos total-elemento de valores personales hacia la salud.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Estar sano	.465
Sentir que estas lleno de energía	.386
Mantenerme en buena salud todo el año	.529
Tener hábitos saludables con respecto a lo que comes y el ejercicio que haces	.528
Sentir que estás en buena forma	.510
Saber que tu peso es adecuado a tu edad y estatura	.491
Ser capaz de jugar juegos activos y deportes sin cansarte muy rápido	.455
Mantenerte saludable aunque esto implique un esfuerzo extra.	.615
Saber que estás en excelente estado de salud	.649
Evitar cosas que dañen tu salud.	.612
Tener hábitos saludables con respecto a tu alimentación y ejercicio.	.678
Alfa de Cronbach	.841

Tabla 2. Análisis factorial de valores personales hacia la salud.

Reactivos	Factor 1
Mantenerme en buena salud todo el año	.716
Tener hábitos saludables con respecto a lo que comes y el ejercicio que haces	.703
Sentir que estás en buena forma	.596
Mantenerte saludable aunque esto implique un esfuerzo extra.	.672
Evitar cosas que dañen tu salud.	.780
Tener hábitos saludables con respecto a tu alimentación y ejercicio.	.947
% Varianza explicada	55.29%
Valor eigen	3.31
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.813
Número de reactivos	6
KMO	.514
Bartlett	.000

Tabla 3. Estadísticos total-elemento de efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable.

Reactivos	Estadísticos Total-elemento
Dormir menos de 8 horas	.367
El sobre peso	.556
No hacer ejercicio	.506
No desayunar	.531
Comer mucha comida chatarra	.577
Comer mucha grasa	.572
Alfa de Cronbach	.770

Tabla 4. Análisis factorial de efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable.

Reactivos	Factor 1
El sobre peso	.728
No hacer ejercicio	.650
No desayunar	.695
Comer mucha comida chatarra	.774
Comer mucha grasa	.791
% Varianza explicada	53.16%
Valor eigen	2.65
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.777
Número de reactivos	5
KMO	.722
Bartlett	.000

Tabla 5. Estadísticos total-elemento de interés desempeño escolar.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Obtener al menos 8 de promedio este año	.334
Ser considerado por los maestros como un estudiante brillante	.463
Ser bueno en la mayoría de las asignaturas	.493
Cumplir con tus actividades escolares	.530
Ser bueno(a) en el deporte	.533
Ser un(a) buen(a) atleta	.526
Estar en buena forma	.514
Alfa de Cronbach	.762

Tabla 6. Análisis factorial de Interés desempeño escolar.

Reactivos	Factor 1
Ser bueno(a) en el deporte	.893
Ser un(a) buen(a) atleta	.876
Estar en buena forma	.789
% Varianza explicada	58.54%
Valor eigen	2.34
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.831
Número de reactivos	3
KMO	.688
Bartlett	.000

Tabla 7. Estadísticos total-elemento de modelo de alimentación saludable del papá y de la mamá.

Reactivos	Estadísticos	Estadísticos
	Total- elemento	Total- elemento
	Papá	Mamá
Llevan una dieta saludable	.585	.544
Hacen suficiente ejercicio	.575	.575
Hacen actividades físicas contigo (jugar fútbol, salir a caminar)	.475	.375
Comen comida preparada en casa	.485	.407
Desayunan todos los días	.555	.437
Comen frutas y verduras todos los días	.460	.584
Evitan comidas grasosas	.644	.571
Se preocupan porque comamos juntos en familia	.619	.510
Tratan de no tomar mucho refresco	.603	.564
Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates dulces)	.626	.581
Comen porciones pequeñas	.498	.467
Toman suficiente agua	.588	.471
Alfa de Cronbach	.879	.841

Tabla 8. Análisis factorial de modelo de alimentación saludable del papá.

Reactivos	Factor 1
Llevan una dieta saludable	.695
Hacen suficiente ejercicio	.653
Desayunan todos los días	.619
Comen frutas y verduras todos los días	.744
Evitan comidas grasosas	.752
Se preocupan porque comamos juntos en familia	.679
Tratan de no tomar mucho refresco	.698
Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates dulces)	.727
Comen comida preparada en casa	.685
% Varianza explicada	48.30%
Valor eigen	4.35
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.865
Número de reactivos	9
KMO	.885
Bartlett	.000

Tabla 9. Análisis factorial de modelo de alimentación saludable del mamá.

Reactivos	Factor 1
Llevar una dieta saludable	.497
Hacen suficiente ejercicio	.477
Comen frutas y verduras todos los días	.437
Evitan comidas grasosas	.500
Se preocupan porque comamos juntos en familia	.332
Tratan de no tomar mucho refresco	.508
Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates dulces)	.509
% Varianza explicada	46.56%
Valor eigen	3.26
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.805
Número de reactivos	7
KMO	.852
Bartlett	.000

Tabla 10. Estadísticos total-elemento de modelos de protección de amigos.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Llevan una dieta saludable	.392
Hacen suficiente ejercicio	.363
Participan en deportes dentro de la escuela	.382
Participan en deportes fuera de la escuela	.444
Comen comida preparada en casa	.245
Desayunan todos los días	.321
Comen frutas y verduras todos los días	.311
Evitan comidas grasosas	.779
Pertenecen a organizaciones o clubs que no sean deportivos (scouts, jornadas, escuadrón)	.394
Controlan la cantidad de refresco que toman	.292
Consumen comidas con mucha azúcar (galletas, pasteles donas, chocolates, dulces)	.186
Alfa de Cronbach	.787

Modelos de protección de amigos (No se agrupa un factor)

Tabla 11. Estadísticos total-elemento de controles parentales de comida chatarra.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
La cantidad de tiempo que pasas jugando video juegos	.427
La cantidad de tiempo que usas la computadora para diversión (no tarea escolar)	.489
La cantidad de tiempo que ves la televisión	.478
La cantidad de refresco que consumes	.530
La cantidad de botana salada (frituras, cacahuates, palomitas) que comes	.672
La cantidad de comida grasosa que comes	.728
La cantidad dulces que comes	.629
La cantidad de comida chatarra (hamburguesas, pizza, tacos) que comes	.670
La cantidad de ejercicio que haces	.477
La cantidad de frutas y verduras que comes	.507
Los horarios para comer	.412
Alfa de Cronbach	.854

Tabla 12. Análisis factorial de controles parentales de comida chatarra.

Reactivos	Factor 1
La cantidad de refresco que consumes	.635
La cantidad de botana salada (frituras, cacahuates, palomitas) que comes	.850
La cantidad de comida grasosa que comes	.866
La cantidad dulces que comes	.835
La cantidad de comida chatarra (hamburguesas, pizza, tacos) que comes	.870
Los horarios para comer	.540
% Varianza explicada	60.48%
Valor eigen	3.62
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.858
Número de reactivos	6
KMO	.884
Bartlett	.000

Tabla 13. Estadísticos total-elemento de controles amigos de conducta saludable.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Hagas ejercicio	.503
Evites comer en exceso botanas saladas (papas, cacahuates, palomitas)	.604
Evites ver mucha televisión	.619
Uses la computadora y los video juegos con moderación	.524
No utilices métodos inapropiados para bajar de peso tales como vomitar, usar laxantes o pastillas	.425
Te alimentes de forma saludable	.563
No te saltes los alimentos	.582
Alfa de Cronbach	.806

Tabla 14. Análisis factorial de controles amigos de conducta saludable.

Reactivos	Factor 1
Hagas ejercicio	.628
Evites comer en exceso botanas saladas (papas, cacahuates, palomitas)	.776
Evites ver mucha televisión	.770
Uses la computadora y los video juegos con moderación	.684
Te alimentes de forma saludable	.715
No te saltes los alimentos	.701
% Varianza explicada	51.00%
Valor eigen	3.06
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.804
Número de reactivos	6
KMO	.802
Bartlett	.000

Tabla 15. Estadísticos total-elemento de apoyo familia.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos.	.584
Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	.496
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	.027
Mi familia es cálida y me brinda apoyo.	.509
En mi familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	.589
La atmósfera de mi familia es usualmente desagradable.	-.020
Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	.497
Mi familia me escucha.	.594
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	-.054
Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y nos apoyamos unos a otros.	.583
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	.602
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	-.089
Alfa de Cronbach	.678

Apoyo Familia (No se agrupa un factor)

Tabla 16. Estadísticos total-elemento de apoyo amigos.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Se interesan por lo que piensas y sientes	.780
Tratan de entenderte cuando tienes un problema personal	.831
Se preocupan por ti cuando tienes problemas	.840
Te escuchan cuando lo necesitas	.808
Estan ahí cuando los necesitas	.817
Te motivan a que platiques tus problemas personales con ellos	.781
Alfa de Cronbach	.935

Tabla 17. Análisis factorial de apoyo amigos.

Reactivos	Factor 1
Se interesan por lo que piensas y sientes	.847
Tratan de entenderte cuando tienes un problema personal	.887
Se preocupan por ti cuando tienes problemas	.894
Te escuchan cuando lo necesitas	.872
Están ahí cuando los necesitas	.876
Te motivan a que platiques tus problemas personales con ellos	.848
% Varianza explicada	78.83%
Valor eigen	4.55
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.935
Número de reactivos	6
KMO	.910
Bartlett	.000

Tabla 18. Estadísticos total-elemento de apoyo escuela.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Que los alumnos hagan su trabajo lo mejor posible	.454
Que los alumnos se traten con respeto	.831
Que los alumnos cumplan con sus tareas escolares	.579
Mostrar interés por los alumnos	.644
Ayudar a los alumnos cuando tienen problemas	.680
Tratar a los alumnos con respeto	.690
Tratar de que en la escuela haya un ambiente agradable	.693
Alfa de Cronbach	.846

Tabla 19. Análisis factorial de apoyo escuela.

Reactivos	Factor 1
Que los alumnos se traten con respeto	.665
Que los alumnos cumplan con sus tareas escolares	.679
Mostrar interés por los alumnos	.759
Ayudar a los alumnos cuando tienen problemas	.800
Tratar a los alumnos con respeto	.809
Tratar de que en la escuela haya un ambiente agradable	.808
% Varianza explicada	56.99%
Valor eigen	3.42
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.875
Número de reactivos	6
KMO	.818
Bartlett	.000

Tabla 20. Estadísticos total-elemento de ánimo deprimido.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
No podía quitarme la tristeza.	.698
Sentía deseos de estar muerto	.592
Me sentí deprimido(a)	.707
Sentía que era una mala persona.	.529
Tenía miedo	.446
Pensé que mi vida era un fracaso	.661
Me sentía solo(a)	.675
Lloraba a ratos	.729
Me sentía triste	.727
No podía seguir adelante	.665
Alfa de Cronbach	.895

Tabla 21. Análisis factorial de ánimo deprimido.

	Factor 1
Reactivos	
No podía quitarme la tristeza.	.778
Sentía deseos de estar muerto	.680
Me sentí deprimido(a)	.789
Sentía que era una mala persona	.614
Pensé que mi vida era un fracaso	.727
Me sentía solo	.750
Lloraba a ratos	.793
Me sentía triste.	.803
No podía seguir adelante	.748
% Varianza explicada	55.46%
Valor eigen	4.99
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.897
Número de reactivos	9
KMO	.878
Bartlett	.000

Tabla 22. Estadísticos total-elemento de estrés percibido.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Por las actividades escolares	.241
Por el lugar donde vives	.486
En tu vida familiar	.279
En tu vida personal	.347
En tu vida social	.473
Alfa de Cronbach.	.425

Estrés (No se agrupa un Factor)

Tabla 23. Estadísticos total-elemento de baja autoestima.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
¿Qué tan bien te llevas con los demás?	.385
¿Qué tanto sentido común tienes para enfrentar los problemas de la vida diaria?	.403
¿Qué tan bueno(a) eres para tomar decisiones acerca cosas importantes en tu vida?	.397
¿Qué tan hábil eres para hacer bien tus tareas escolares?	.385
¿Cómo te sientes con tu apariencia?	.536
¿Qué tan bueno(a) eres para manejar los contratiempos o decepciones?	.391
¿Qué tan atractivo(a) piensas que eres para los demás?	.454
¿Qué tan bueno eres en los deportes y otras actividades físicas?	.328
En general ¿qué tan satisfecho(a) estás contigo mismo?	.560
Alfa de Cronbach	.449

Baja Autoestima (No se agrupa un Factor)

Tabla 24. Estadísticos total-elemento de bajas expectativas de éxito.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
¿Terminar una carrera universitaria?	.482
¿Tener éxito en cualquier trabajo que hagas?	.442
¿Tener un trabajo en el que te gusta lo que haces?	.438
¿Tener una familia feliz?	.494
¿Ser respetado por los demás?	.683
¿Poder vivir donde quieras?	.756
¿Poder viajar a los lugares que te gustaría conocer?	.375
Alfa de Cronbach	.467

Bajas expectativas de *éxito* (No se agrupa un Factor)

Tabla 25. Estadísticos total-elemento de comer emocional.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
He comido más de lo que realmente necesitaba	.374
He comido aun cuando no tenía hambre	.799
He comido aunque me sentía lleno	.515
He comido porque me sentía decepcionado o preocupado por algo	.466
He comido porque estaba aburrido	.464
Me ha preocupado engordar	.260
He vomitado después de comer	.499
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso	.517
He hecho dietas para tratar de bajar de peso	.412
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	.326
He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	.505
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso.	.498
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso.	.533
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	.512
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	.513
Alfa de Cronbach	.814

Tabla 26. Análisis factorial de comer emocional.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso.	.896	
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso.	.882	
He hecho dietas para tratar de bajar de peso	.645	
He comido más de lo que realmente necesitaba		.833
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)		.781
He comido aunque me sentía lleno		.745
% Varianza explicada	34.98%	32.49%
Valor eigen	2.09	1.95
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.708	.721
Número de reactivos	3	3
KMO		.879
Bartlett		.000

Tabla 27. Estadísticos total-elemento de modelos riesgo familiar.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Van a restaurantes, taquerías, comen en la calle	.427
Compran comida rápida (quesadillas, tacos, pizza)	.561
Comen frente al televisor	.372
Comen comida chatarra	.509
Hacen dietas con frecuencia	.206
Comen en exceso	.215
Hacen fiestas con mucha comida	.431
Alfa de Cronbach	.406

Modelos riesgo familiar (No se agrupa un Factor)

Tabla 28. Estadísticos total-elemento de modelos de riesgo amigos.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Comprar botanas cuando estamos juntos	.310
Ir a comer quesadillas, tacos, nachos, pizza	.214
Compartir dulces para comer	.444
Intercambiar “tips” para bajar de peso	.532
Alfa de Cronbach	.729

Modelos de riesgo amigos (No se agrupa un Factor)

Tabla 29. Estadísticos total-elemento de distancia emocional familiar.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos.	.584
Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	.496
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	.027
Mi familia es cálida y me brinda apoyo.	.509
En mi familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	.589
La atmósfera de mi familia es usualmente desagradable.	-.020
Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	.497
Mi familia me escucha.	.594
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	-.054
Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y nos apoyamos unos a otros.	.583
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	.602
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	-.089
Alfa de Cronbach	.678

Tabla 30. Análisis factorial de distancia emocional familiar.

Reactivos	Factor 1
Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos.	.739
Mi familia es cálida y me brinda apoyo.	.775
En mi familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	.798
Mi familia me escucha.	.829
Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	.832
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	.840
% Varianza explicada	64.48%
Valor eigen	3.86
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.890
Número de reactivos	6
KMO	.876
Bartlett	.000

Tabla 31. Estadísticos total-elemento de vulnerabilidad de amigos.

Reactivos	Estadísticos Total-elemento
Hacen dietas	.584
Se preocupan demasiado por estar delgados	.694
Toman algo para estar delgados o hacen algo para adelgazar (pastillas, laxantes o vomitar)	.217
Critican mi cuerpo y me recomiendan bajar de peso	.519
Critican a los demás por su peso	.436
Alfa de Cronbach	.678

Vulnerabilidad de amigos (No se agrupa un Factor)

Tabla 32. Estadísticos total-elemento de oportunidad de riesgo familiar.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Frituras (papas, cacahuates, chicharron)	.478
Dulces (chocolates, paletas, caramelos)	.373
Refrescos (coca-cola, fanta, manzanita)	.314
Jugos de lata o bote (del valle, jumex)	.545
Embutidos (salchichas, jamón, salami)	.554
Pan dulce o galletas	.445
Frutas y verduras como botana (jícama, pepinos, zanahorias)	.156
Alfa de Cronbach	.554

Oportunidad de riesgo familiar (No se agrupa un Factor)

Tabla 33. Estadísticos total-elemento de oportunidad de riesgo amigos.

Reactivos	Estadísticos Total- elemento
Consumen comidas altas en azúcar (galletas, pasteles donas, chocolates, dulces)	.486
Consumen mucha comida “chatarra” en lugar de comida saludable	.579
Se la pasan sentados en lugar de hacer ejercicio o trabajar	.647
Comen comida rápida (hamburguesas, pizza, tacos)	.473
Consumen muchas botanas saladas (papas, chetos, nachos, cacahuates)	.471
Alfa de Cronbach	.479

Oportunidad de riesgo amigos (No se agrupa un Factor)

Tabla 34. Estadísticos total-elemento de atención a una dieta saludable.

Reactivos	Estadísticos Total-elemento
¿Crees que tu alimentación es saludable?	.532
¿Mantienes un consumo bajo de grasa?	.533
¿Comes vegetales frescos diariamente?	.528
¿Te alimentas de forma saludable aún cuando comes fuera de casa?	.539
¿Comes cosas saludables entre comidas como fruta en lugar de dulces?	.621
¿Comes alimentos hervidos o asados en lugar de fritos?	.523
¿Mantienes un consumo bajo de sal?	.409
¿Cuidas que tu dieta sea nutritiva?	.655
¿Comes lo que es bueno para tu salud?	.645
¿Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra?	.633
¿Procuras mejorar tus hábitos alimenticios?	.473
¿Comes con moderación?	.471
¿Procuras informarte y estar al día sobre lo que es una dieta saludable?	.601
¿Tomas suficiente leche?	.278
¿Tratas de comer de manera saludable aunque estés con tus amigos?	.616
Alfa de Cronbach	.879

Tabla 35. Análisis factorial Atención a una dieta saludable.

Reactivos	Factor 1
¿Crees que tu alimentación fue saludable?	.641
¿Mantuviste un consumo bajo de grasa?	.629
¿Comiste vegetales todos los días?	.630
¿Te aseguraste que tu alimentación cubriera tus necesidades alimenticias para estar saludable?	.656
¿Comiste alimentos saludables entre comidas como fruta en lugar de dulces?	.698
¿Comiste alimentos hervidos o asados en lugar de fritos?	.598
¿Cuidaste que tu alimentación fuera nutritiva?	.724
¿Comiste lo que era bueno para tu salud?	.711
¿Cuidaste que tus comidas tuvieran alimentos con fibra?	.697
¿Te alimentaste de forma saludable aún cuando comiste fuera de casa?	.670
¿Procuraste mejorar tus hábitos alimenticios?	.685
% Varianza explicada	44.66%
Valor eigen	4.91
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.875
Número de reactivos	11
KMO	.864
Bartlett	.000

Anexo 2

Estadísticos Estudio II

Tabla 1. Análisis factorial de valores personales hacia la salud.

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor3
Evitar cosas que dañen tu salud	.734		
Tener una alimentación equilibrada	.684		
Comer cosas buenas para tu salud	.670		
Evitar comer comida chatarra	.648		
Tener hábitos saludables con respecto a tu alimentación (por ejemplo no saltarte algún alimento)	.459		
Mantenerte con buena salud todo el año	.419		
Mantenerte con buena salud aunque tengas que esforzarte	.401		
Ser capaz de jugar juegos activos y deportes sin cansarte muy rápido		.746	
Hacer ejercicio de manera regular		.708	
Tener hábitos saludables con respecto al ejercicio que haces		.681	
Sentir que estás en buena forma		.482	
Sentir que estás lleno de energía			.700
Estar sano			.667
Saber que tu peso es adecuado para estar saludable			.584
% Varianza explicada	32.77%	8.73%	8.07%
Valor eigen	4.58	1.22	1.13
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.774	.679	.499
Número de reactivos	7	4	3
KMO			.877
Bartlett			.000

Tabla 2. Análisis factorial de efectos percibidos en la salud de la alimentación no saludable.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Comer mucha grasa	.834	
Comer mucha comida “chatarra”	.816	
Comer en exceso	.708	
El sobrepeso	.707	
No cenar		
No participar en las clases de actividad física de la escuela		.725
No hacer ejercicio diario		.671
No desayunar		.633
No tener horarios para cada comida		.595
		.566
% Varianza explicada	33.09%	18.10%
Valor eigen	2.97	1.62
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.782	.649
Número de reactivos	4	5
KMO		.774
Bartlett		.000

Tabla 3. Análisis factorial de interés al desempeño escolar.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Ser un(a) buen(a) atleta	.898	
Ser bueno(a) en el deporte	.891	
Estar en buena forma	.773	
Ser bueno en la mayoría de las asignaturas		.844
Cumplir con tus actividades escolares		.828
Ser considerado por los maestros un estudiante brillante		.717
Obtener al menos 8 de promedio este año		.588
% Varianza explicada	42.06%	23.55%
Valor eigen	2.94	1.64
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.830	.748
Número de reactivos	3	4
KMO		.740
Bartlett		.000

Tabla 4. Análisis factorial de modelo de alimentación saludable del papá.

Reactivos	Factor 1
Evitan comidas grasosas	.937
Llevan una dieta saludable	.919
Comen frutas y verduras todos los días	.918
Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates, dulces)	.914
Se preocupan por estar en buena forma	.908
Comen porciones pequeñas	.904
Tratan de no tomar mucho refresco	.900
Se preocupan porque comamos juntos en familia	.888
Participan activamente en actividades deportivas	.886
Desayunan todos los días	.885
Comen comida preparada en casa	.879
Hacen actividades físicas contigo (jugar fútbol, salir a caminar)	.873
% Varianza explicada	81.19%
Valor eigen	9.74
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.979
Número de reactivos	12
KMO	.973
Bartlett	.000

Tabla 5. Análisis factorial de modelo de alimentación saludable de la mamá.

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates, dulces)	.755		
Comen porciones pequeñas	.747		
Tratan de no tomar mucho refresco	.665		
Se preocupan por estar en buena forma	.648		
Evitan comidas grasosas	.591		
Desayunan todos los días		.782	
Comen comida preparada en casa		.729	
Comen frutas y verduras todos los días		.633	
Se preocupan porque comamos juntos en familia		.582	
Participan activamente en actividades deportivas			.852
Hacen actividades físicas contigo (jugar fútbol, salir a caminar)			.788
Llevan una dieta saludable			.504
% Varianza explicada	43.32%	9.12%	8.92%
Valor eigen	5.19	1.09	1.07
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.810	.742	.560
Número de reactivos	5	4	3
KMO			.911
Bartlett			.000

Tabla 6. Análisis factorial de modelos de protección amigos.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Hacen actividades físicas de manera regular	.776	
Hacen suficiente ejercicio	.755	
Les gusta hacer ejercicio para estar sanos	.735	
Participan en deportes fuera de la escuela	.708	
Participan en deportes dentro de la escuela (fútbol, voleibol, tenis, básquetbol, frontenis o frontón)	.649	
Comen frutas y verduras todos los días		.744
Evitan comidas grasosas		.702
Controlan la cantidad de refresco que toman		.696
Desayunan todos los días		.562
Llevan una dieta saludable		.519
Controlan la cantidad de comida chatarra que comen		.487
Comen en casa		.323
% Varianza explicada	17.42%	6.74%
Valor eigen	3.83	1.48
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.788	.809
Número de reactivos	5	7
KMO		.894
Bartlett		.000

Tabla 7. Análisis factorial de controles parentales de comida chatarra.

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
La cantidad de botana salada (frituras, cacahuates, palomitas) que comes	.851		
La cantidad de comida grasosa que comes	.848		
La cantidad de dulces que comes	.833		
La cantidad de comida chatarra (hamburguesas, pizza, tacos) que comes	.831		
La cantidad de refresco que consumes	.750		
La cantidad de tiempo que usas la computadora para diversión (no tarea escolar)		.826	
La cantidad de tiempo que pasas jugando videojuegos		.812	
La cantidad de tiempo que ves la televisión		.723	
La cantidad de frutas y verduras que comes			.807
La cantidad de ejercicio que haces			.760
Los horarios para comer			.644
% Varianza explicada	41.86%	13.47%	11.89%
Valor eigen	4.60	1.48	1.30
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.904	.748	.520
Número de reactivos	5	3	3
KMO			.878
Bartlett			.000

Tabla 8. Análisis factorial de controles amigos de conducta saludable.

Reactivos	Factor 1
Hagas ejercicio	.778
Evites comer en exceso botanas saladas (papas, cacahuates, palomitas)	.773
Evites ver mucha televisión	.766
Uses la computadora y los video juegos con moderación	.721
Te alimentes de forma saludable	.670
No te saltes los alimentos	.602
No utilices métodos inapropiados para bajar de peso tales como vomitar, usar laxantes o pastillas	.524
% Varianza explicada	48.51%
Valor eigen	3.39
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.809
Número de reactivos	7
KMO	.825
Bartlett	.000

Tabla 9. Análisis factorial de apoyo familiar

Reactivos	Factor 1	Factor 2
¿Sabes con quién estás cuando sales de la escuela?	.812	
¿Sabes con quién sales los fines de semana?	.804	
¿Sabes qué haces cuando sales de la escuela?	.793	
¿Sabes qué haces los fines de semana?	.789	
¿Se interesan en lo que piensas y sientes?		.879
¿Te animan para que hagas lo que degusta y muestran interés en ello?		.833
¿Cuándo tienes problemas, puedes platicarlos con tus padres?		.769
% Varianza explicada	55.36%	16.53%
Valor eigen	3.87	1.15
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.851	.861
Número de reactivos	4	5
KMO		.846
Bartlett		.000

Tabla 10. Análisis factorial de apoyo amigos.

Reactivos	Factor 1
Te escuchan cuando lo necesitas	.906
Se preocupan por ti cuando tienes problemas	.894
Tratan de entenderte cuando tienes un problema personal	.890
Están ahí cuando los necesitas	.868
Se interesan por lo que piensas y sientes	.837
Te motivan a que platiques tus problemas personales con ellos	.810
% Varianza explicada	75.37%
Valor eigen	4.52
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.933
Número de reactivos	6
KMO	.916
Bartlett	.000

Tabla 11. Análisis factorial de apoyo escuela.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Tratar a los alumnos con respeto	.819	
Tratar de que en la escuela haya un ambiente agradable	.795	
Ayudar a los alumnos cuando tienen problemas	.773	
Mostrar interés por los alumnos	.606	
Que los alumnos cumplan con sus tareas escolares		.812
Que los alumnos hagan su trabajo lo mejor posible		.806
Que los alumnos se traten con respeto		.790
% Varianza explicada	49.32%	16.31%
Valor eigen	3.45	1.42
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.788	.781
Número de reactivos	4	3
KMO		.846
Bartlett		.000

Tabla 12. Análisis factorial de ánimo deprimido.

Reactivos	Factor 1
Te sentías triste	.877
Te sentías deprimido (a)	.861
No podías quitarte la tristeza	.843
Te sentías solo (a)	.796
Llorabas a ratos	.788
Pensabas que tu vida era un fracaso	.786
No podías seguir adelante	.761
Tenías miedo	.793
% Varianza explicada	55.46%
Valor eigen	4.99
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.917
Número de reactivos	98
KMO	.878
Bartlett	.000

Estrés (No se agrupa un Factor, se eliminó)

Tabla 13. Análisis factorial de baja autoestima.

Reactivos	Factor 1
A veces me siento inútil	.755
A veces pienso que soy un (a) bueno (a) para nada	.715
En general me inclino a pensar que soy un fracaso	.636
Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a)	.515
Desearía poder tener más respeto por mí mismo (a)	.500
% Varianza explicada	34.48%
Valor eigen	3.86
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.646
Número de reactivos	5
KMO	.876
Bartlett	.000

Tabla 14. Análisis factorial de bajas expectativas de éxito.

Reactivos	Factor 1
¿Poder vivir donde quieras?	.800
¿Tener un trabajo en el que te gusta lo que haces?	.794
¿Tener éxito en cualquier trabajo que hagas?	.778
¿Ser respetado por los demás?	.760
¿Poder viajar a los lugares que te gustaría conocer?	.749
¿Terminar una carrera universitaria?	.708
¿Tener una familia feliz?	.653
% Varianza explicada	56.48%
Valor eigen	3.86
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.866
Número de reactivos	7
KMO	.876
Bartlett	.000

Tabla 15. Análisis factorial de comer emocional.

Reactivos	Factor 1	Factor 2
He comido más de lo que realmente necesitaba	.896	
He comido aun cuando no tenía hambre	.882	
He comido aunque me sentía lleno	.645	
En ocasiones he perdido el control de lo que como y tengo la sensación de no poder parar de comer	.632	
He comido porque me sentía preocupado por algo	.587	
He comido porque me sentía angustiado (a)	.567	
He comido porque me sentía triste	.521	
He comido porque me sentía enojado (a) (a)		.833
He comido porque estaba aburrido (a)		.781
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso		.745
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso.		.621
He hecho dietas para tratar de bajar de peso.		.534
He vomitado después de comer para no subir de peso.		.434
% Varianza explicada	34.98%	32.49%
Valor eigen	2.09	1.95
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.849	.773
Número de reactivos	7	6
KMO		.879
Bartlett		.000

Modelos riesgo familiar (No se agrupa un Factor, se eliminó)

Tabla 16. Análisis factorial de modelos de riesgo amigos.

Reactivos	Factor 2	Factor 3	Factor 3
Critican a los demás por su peso	.792		
No se juntan con gente que consideran “gorda”	.776		
Creen que estar delgado (a) es sinónimo de perfección	.735		
Critican tu cuerpo y te recomiendan bajar de peso	.719		
Consumen mucha comida “chatarra”		.795	
Consumen muchas botanas saladas (papas, chetos, nachos, cacahuates)		.769	
Comen comida rápida (hamburguesas, pizza, tacos)		.722	
Consumen comidas con mucha azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates, dulces)		.643	
Comen mucha comida		.600	
Hacen dieta para bajar de peso			.834
Se preocupan demasiado por estar delgados (as) y hacen cualquier cosa por bajar de peso			.691
Toman algo para estar delgados (as) o hacen algo para adelgazar (pastillas, laxantes o vomitar)			.561
% Varianza explicada	17.42%	10.49%	5.01%
Valor eigen	3.73	2.30	1.10
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.784	.767	.432
Número de reactivos	4	5	3
KMO			.911
Bartlett			.000

Tabla 17. Análisis factorial de Distancia emocional familiar.

Reactivos	Factor 1
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	.789
La atmósfera de mi familia es usualmente desagradable.	.775
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	.668
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	.629
% Varianza explicada	44.48%
Valor eigen	3.86
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.655
Número de reactivos	4
KMO	.876
Bartlett	.000

Vulnerabilidad de amigos (No se agrupa un Factor, se eliminó)

Oportunidad de riesgo familiar (No se agrupa un Factor, se eliminó)

Oportunidad de riesgo amigos (No se agrupa un Factor, se eliminó)

Tabla 18. Análisis factorial de escala Saucedo-Molina y Unikel (2010).

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Te gustaría tener el cuerpo de algún actriz famoso.	.834	
Te gustaría tener el cuerpo muy delgado.	.816	
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores, atletas.	.708	
Envidias el cuerpo de personas que aparecen en revistas, programas televisivos o anuncios de ropa.	.707	
Tomas agua para quitarte el hambre.		.725
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.		.671
Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.		.633
Para controlar tu peso te saltas comidas.		.595
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes, y la vuelves a empezar.		.566
% Varianza explicada	33.09%	18.10%
Valor eigen	2.47	1.82
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.874	.653
Número de reactivos	4	5
KMO		.774
Bartlett		.000

Tabla 19. Análisis factorial de alimentación saludable.

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
¿Crees que tu alimentación fue saludable?	.641		
¿Mantuviste un consumo bajo de grasa?	.629		
¿Comiste vegetales todos los días?	.630		
¿Te aseguraste que tu alimentación cubriera tus necesidades alimenticias para estar saludable?	.656		
¿Comiste alimentos saludables entre comidas como fruta en lugar de dulces?	.698		
¿Comiste alimentos hervidos o asados en lugar de fritos?	.598		
¿Cuidaste que tu alimentación fuera nutritiva?	.724		
¿Comiste lo que era bueno para tu salud?	.711		
¿Cuidaste que tus comidas tuvieran alimentos con fibra?	.697		
¿Te alimentaste de forma saludable aún cuando comiste fuera de casa?	.670		
¿Procuraste mejorar tus hábitos alimenticios?			
¿Cuidaste que tu alimentación fuera equilibrada? (nos referimos a que tu dieta incluyera todos los tipos de comida)	.685		
Mantuviste una alimentación variada (es decir que procuraste comer diferentes alimentos durante toda la semana)		.236	
¿Comiste alimentos de origen animal todos los días? (carne, pollo, pescados, quesos, leche etcétera)		.321	
¿Mantuviste un consumo bajo de sal?			
¿Comiste en exceso?			.443
¿Procuraste cuidar tu consumo de azúcar?			
¿Comiste frutas todos los días?			.456
¿Comiste cereales todos los días?			.623
¿Procuraste tener horarios para cada comida?			.784
			.321
			.521
			.832

Tabla 76. Continuación.

% Varianza explicada	44.66%		
Valor eigen	4.91		
Coefficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach)	.875	.323	.678
Número de reactivos	11	2	7
KMO			.864
Bartlett			.000

Anexo 3

Instrumento Final

ID: _____

CUESTIONARIO

Este cuestionario es parte de una investigación que se está realizando en la Universidad Nacional Autónoma de México, es anónimo solo te pedimos que seas lo más sincero posible. Por favor responde todas las preguntas.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

Datos personales

1. ¿Eres? () Hombre () Mujer

2. ¿Cuántos años tienes? _____

3. Eres alumno de:

1° ()

2° ()

3° ()

4. ¿Cuál fue tu promedio escolar el año anterior? _____

5. ¿Con quién vives?

6. ¿Tus padres viven juntos?

() Si

() No, mi madre murió

() No, están separados y no viven juntos

() No, mi padre murió

7. ¿Hasta qué año estudió tu papá?

8. ¿Hasta qué año estudió tu mamá?

9. ¿A qué se dedica tu papá, padrastro o tutor?

10. ¿A qué se dedica tu mamá, madrastra o tutora

11. ¿Cuánto mides? _____ metros _____ centímetros

12. ¿Cuánto pesas? _____ kilogramos

13. ¿Tu peso ha cambiado durante este año?

Sí, he bajado de peso ()

No ha cambiado ()

Sí he subido de peso ()

14. ¿Qué hiciste para que tu peso cambiara? _____

	Me siento muy satisfecho	Me siento satisfecho	No me siento satisfecho ni insatisfecho	Me siento insatisfecho	Me siento muy insatisfecho
15. ¿Qué tan satisfecho(a) estás con tu peso actual?					

16. ¿Te gustaría hacer algún cambio en relación a tu peso?

- () Me gustaría perder más de 5 kilos () Me gustaría aumentar de 1 a 4 kilos
- () Me gustaría perder de 1 a 4 kilos () Me gustaría aumentar al menos 5 kilos
- () Mi peso está bien

Las siguientes preguntas son acerca de tu salud

¿Qué tan importante es para ti...?		Muy importante	Importante	Poco importante	Casi no es importante
17.	Estar sano				
18.	Sentir que estás lleno de energía				
19.	Saber que tu peso es adecuado para estar saludable				
20.	Tener hábitos saludables con respecto a tu alimentación (por ejemplo, no saltarte algún alimento)				
21.	Mantenerte con buena salud aunque tengas que esforzarte				
22.	Tener hábitos saludables con respecto al ejercicio que haces				
23.	Evitar cosas que dañen tu salud				
24.	Se capaz de jugar juegos activos y deportes sin cansarte				

	muy rápido				
25.	Tener una alimentación equilibrada				
26.	Hacer ejercicio de manera regular				
27.	Comer cosas buenas para tu salud				
28.	Evitar comer comida chatarra				
29.	Sentir que estás en buena forma				
30.	Mantenerte con buena salud todo el año				

¿Qué efectos crees que tenga en tu salud?		Efectos muy negativos	Efectos negativos	Efectos moderados	Casi sin efecto
31.	No cenar				
32.	No hacer ejercicio diario				
33.	No desayunar				
34.	Comer mucha comida "chatarra"				
35.	Comer mucha grasa				
36.	No participar en las clases de actividad física de la escuela				
37.	Comer en exceso				
38.	Tener horarios para cada comida				
39.	El sobrepeso				

Las siguientes preguntas son acerca de ti, por favor marca la opción que mejor corresponda.

En los últimos 30 días, ¿cuánto estrés o presión sentiste?

		Mucho	Regular	Poco	Nada
40.	Por el lugar donde vives				
41.	En tu vida familiar				
42.	En tu vida personal				
43.	En tu vida social				

Durante las últimas dos semanas, ¿cuántos días te sentiste así?

		Números de días			
		Nunca (0 días)	Algo 1 a 2 días	3 a 4 días	Casi diario 10 a 14 días
44.	No podías quitarte la tristeza				
45.	Te sentías deprimido				
46.	Pensabas que tu vida era un fracaso				
47.	Te sentías solo (a)				
48.	Llorabas a ratos				
49.	Te sentías triste				
50.	No podías seguir adelante				
51.	Tenías miedo				

¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?

TA= Totalmente de acuerdo

A= De acuerdo

N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

D= En desacuerdo

TD= Totalmente en desacuerdo

		TA	A	N	D	TD
52.	En general me inclino a pensar que soy un fracaso					
53.	Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a)					
54.	Desearía poder tener más respeto por mí mismo (a)					
55.	A veces me siento inútil					
56.	A veces pienso que soy un (a) bueno (a) para nada					

Las siguientes preguntas son acerca de tu actividad física.

¿Cuál es tu nivel de actividad física?

Recuerda que la actividad física se considera como cualquier actividad que ponga en movimiento tu cuerpo como caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, jugar futbol, la cual practicas por lo menos 30 minutos y provoca que tu respiración sea más intensa y tu corazón lata más rápido

62. Soy muy activo (a)
(a)

()

Soy Activo (a)

()

Ni soy activo ni poco activo (a)

()

Soy un poco inactivo (a)

()

Soy totalmente inactivo

()

Piensa en las actividades que haces regularmente

¿Cuántas horas dedicas durante la semana a las siguientes actividades?		0 horas	½ hora	1-2 horas	3-4 horas
57.	Practicar algún deporte (futbol, voleibol, tenis, básquetbol, frontenis o frontón)				
58.	Andar en bicicleta				
59.	Patinar o andar en patineta				
60.	Bailar (incluyendo clases de baile como zumba, ballet, jazz, hawaiano)				
61.	Limpiar o arreglar tu casa				
62.	Correr				
63.	Hacer gimnasia, aerobics, pesas, etc.				
64.	Nadar				
65.	Otra actividad o deporte ¿Cuál? _____				
66.	Ver televisión				
67.	Ver películas o videos (en la computadora o algún otro medio)				
68.	Jugar video juegos (Nintendo, X-Box, juegos en computadora, etc.)				
69.	Leer, hacer la tares				
70.	Ver tu mail, Facebook, Twitter, usar internet				
71.	¿Cuántas horas pasas con tus amigos fuera de las horas de clase?				

Piensa en las actividades que haces regularmente ¿Cuántas horas dedicas el **fin de semana** a las siguientes actividades?

		0 horas	½ hora	1-2 horas	3-4 horas
72.	Ver televisión				
73.	Ver películas o videos (en la computadora o algún otro medio)				
74.	Jugar video juegos (en la computadora o algún otro medio)				
75.	Leer, hacer la tarea				
76.	Ver tu mail, Facebook, Twitter, usar internet				
77.	Alguna actividad física o deporte ¿Cuál? _____				

Las siguientes preguntas son acerca de tu alimentación

¿Con qué frecuencia durante una semana normal?

		Siempre 7-6 días	Muchas veces 5-4 días	Pocas veces 3-2 días	Nunca 0-1 días
78.	No desayunas				
79.	No comes a medio día				
80.	No cenas				
81.	Sustituyes el desayuno, la comida o la cena por alguna botana				

Piensa en tus hábitos de comida durante los últimos 30 días:		Siempre	Muchas veces	Poca veces	Nunca
82.	¿Crees que tu alimentación es saludable?				
83.	¿Comiste alimentos saludables entre comidas como fruta en lugar de dulces?				
84.	¿Cuidaste que tu alimentación fuera equilibrada? (nos referimos a que tu dieta incluyera todos los tipos de comida)				
85.	¿Te aseguraste que tu alimentación cubriera tus necesidades alimenticias para estar saludable?				
86.	¿Te alimentaste de forma saludable aún cuando comiste fuera de casa?				
87.	Mantuviste una alimentación variada (es decir que procuraste comer diferentes alimentos durante toda la semana)				
88.	¿Comiste alimentos hervidos o asados en lugar de fritos?				
89.	¿Mantuviste un consumo bajo de sal?				
90.	¿Cuidaste que tu alimentación fuera nutritiva?				
91.	¿Comiste lo que era bueno para tu salud?				
92.	¿Cuidaste que tus comidas tuvieran alimentos con fibra?				
93.	¿Procuraste mejorar tus hábitos alimenticios?				
94.	¿Comiste en exceso?				
95.	¿Procuraste cuidar tu consumo de azúcar?				
96.	¿Mantuviste un consumo bajo de grasa?				
97.	¿Comiste frutas todos los días?				
98.	¿Comiste cereales todos los días?				
99.	¿Comiste alimentos de origen animal todos los días? (carne, pollo, pescados, quesos, leche etcétera)				
100.	¿Comiste vegetales todos los días?				
101.	¿Procuraste tener horarios para cada comida?				

Las siguientes preguntas son de tu vida escolar

¿Qué tan importante es para ti...?		Muy importante	Importante	Poco importante
102.	Obtener al menos 8 de promedio este año			
103.	Ser considerado por los maestros como un estudiante brillante			
104.	Ser bueno en la mayoría de las asignaturas			
105.	Cumplir con tus actividades escolares			
106.	Ser bueno(a) en el deporte			
107.	Ser un(a) buen(a) atleta			
108.	Estar en buena forma			

¿Qué tan importante es para tus maestros (as)...?		Muy importante	Importante	Poco importante	Casi no es importante
109.	Que los alumnos hagan su trabajo lo mejor posible				
110.	Que los alumnos se traten con respeto				
111.	Que los alumnos cumplan con sus tareas escolares				
112.	Mostrar interés por los alumnos				
113.	Ayudar a los alumnos cuando tienen problemas				
114.	Tratar a los alumnos con respeto				
115.	Tratar de que en la escuela haya un ambiente agradable				

Esta sección es acerca de tus amigos

¿Tus amigos normalmente..?		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
116.	Llevan una dieta saludable				
117.	Hacen suficiente ejercicio				
118.	Participan en deportes dentro de la escuela (fútbol, voleibol, tenis, básquetbol, frontenis o frontón)				
119.	Participan en deportes fuera de la escuela				
120.	Desayunan todos los días				
121.	Comen frutas y verduras todos los días				
122.	Evitan comidas grasosas				
129.	Controlan la cantidad de refresco que toman				
123.	Consumen comidas con mucha azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates, dulces)				
124.	Comen mucha comida				
125.	Consumen mucha comida “chatarra”				
126.	Comen comida rápida (hamburguesas, pizza, tacos)				
127.	Consumen muchas botanas saladas (papas, chetos, nachos, cacahuates)				
128.	Hacen dietas para bajar de peso				
129.	Se preocupan demasiado por estar delgados (as) y hacen cualquier cosas para bajar de peso				
130.	Toman algo para estar delgados (as) o hacen algo para adelgazar (pastillas, laxantes o vomitar)				
131.	Criticar tu cuerpo y te recomiendan bajar de peso				

¿Tus amigos normalmente..?		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
132.	Critican a los demás por su peso				
133.	No se juntan con gente que consideran "gorda"				
134.	Creen que estar delgado (a) es sinónimo de perfección				
135.	Les gusta hacer ejercicio para estar sanos				
136.	Hacen actividades físicas de manera regular				

Tus amigos o compañeros te motivan para que tú...

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
137.	Hagas ejercicio				
138.	Evites comer en exceso botanas saladas (papas, cacahuates, palomitas)				
139.	Evites ver mucha televisión				
140.	Uses la computadora y los video juegos con moderación				
141.	No utilices métodos inapropiados para bajar de peso tales como vomitar, usar laxantes o pastillas				
142.	Te alimentes de forma saludable				
143.	No te saltes los alimentos				

Tus amigos(as)

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
144.	Se interesan por lo que piensas y sientes				
145.	Tratan de entenderte cuando tienes un problema personal				
146.	Se preocupan por ti cuando tienes problemas				
147.	Te escuchan cuando lo necesitas				
148.	Están ahí cuando los necesitas				
149.	Te motivan a que platiques tus problemas personales con ellos				

Las siguientes preguntas son acerca de tu vida familiar

¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?

TA= Totalmente de acuerdo

A= De acuerdo

N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

D= En desacuerdo

TD= Totalmente en desacuerdo

		TA	A	N	D	TD
150.	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista					
151.	En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás					
160.	Mi familia es cálida y me brinda apoyo					
161.	En mi familia es importante para todos expresar nuestras opiniones					
162.	La atmósfera de mi familia es usualmente desagradable					
163.	Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto					
164.	Mi familia me escucha					
165.	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia					
166.	Los miembros de mi familia en verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros					
167.	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
168.	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven					

¿Tus padres ...?		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
170.	¿Te animan para que hagas lo que te gusta y muestran interés en ello?				
172.	¿Se interesan en lo que piensas y sientes?				
173.	¿Sabén qué haces cuando sales de la escuela?				
174.	¿Sabén qué haces los fines de semana?				
175.	¿Sabén con quién estás cuando sales de la escuela?				
176.	¿Sabén con quién sales los fines de semana?				
177.	¿Cuándo tienes problemas, puedes platicarlos con tus padres?				

¿En tu casa qué tan estrictas son las reglas acerca de....?

		Muy estrictas	Estrictas	Poco estrictas	Nada estrictas
178	La cantidad de tiempo que pasas jugando video juegos				
179	La cantidad de tiempo que usas la computadora para diversión (no tarea escolar)				
180.	La cantidad de tiempo que ves la televisión				
181.	La cantidad de refresco que consumes				
182	La cantidad de botana salada (frituras, cacahuates, palomitas) que comes				
183.	La cantidad de comida grasosa que comes				
184.	La cantidad dulces que comes				
185.	La cantidad de comida chatarra (hamburguesas, pizza, tacos) que comes				
186.	La cantidad de ejercicio que haces				
187.	La cantidad de frutas y verduras que comes				
188.	Los horarios para comer				

189. En los últimos 6 meses, ¿Alguien de tu familia, con quien vives, ha iniciado una dieta para perder peso?

Sí ()

No () Si en tu casa nadie hace dieta, pasa a la pregunta 188

190. ¿Quién de la familia ha iniciado una dieta para perder peso?

Mamá () Alguien más ¿Quién? _____

Papá ()

¿Cuál de los siguientes rangos describe el peso de tus Padres?

		Extremadamente delegada	Delgada	Con peso normal	Con sobre peso	Con obesidad
191.	Mamá					
192.	Papá					

¿Tus padres normalmente..?

			Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
193.	Llevan una dieta saludable	Papá				
		Mamá				
194.	Participan activamente en actividades deportivas	Papá				
		Mamá				
195.	Hacen actividades físicas contigo (jugar futbol, salir a caminar)	Papá				
		Mamá				
196.	Comen comida preparada en casa	Papá				
		Mamá				

			Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
197.	Desayunan todos los días	Papá				
		Mamá				
198.	Comen frutas y verduras todos los días	Papá				
		Mamá				
199.	Evitan comidas grasosas	Papá				
		Mamá				
200.	Se preocupan porque comamos juntos en familia	Papá				
		Mamá				
201.	Tratan de no tomar mucho refresco	Papá				
		Mamá				
202.	Moderan las comidas altas en azúcar (galletas, pasteles, donas, chocolates dulces)	Papá				
		Mamá				
203.	Comen porciones pequeñas	Papá				
		Mamá				
204.	Se preocupan por estar en buena forma	Papá				
		Mamá				

Piensa acerca de cómo ves tu futuro

¿Qué tan seguro estas de lograr:		Muy seguro	Seguro	Poco seguro	Nada seguro
205.	¿Terminar una carrera universitaria?				
206.	¿Tener éxito en cualquier trabajo que hagas?				
207.	¿Tener un trabajo en el que te gusta lo que haces?				
208.	¿Tener una familia feliz?				
209.	¿Ser respetado por los demás?				
210.	¿Poder vivir donde quieras?				
211.	¿Poder viajar a los lugares que te gustaría conocer?				

Las siguientes afirmaciones están relacionadas con tus hábitos de comida. **Durante el último año:**

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
212.	He comido más de lo que realmente necesitaba				
213.	He comido aun cuando no tenía hambre				
214.	He comido aunque me sentía lleno				
215.	En ocasiones he perdido el control de lo que como y tengo la sensación de no poder parar de comer				
215.	He comido porque me sentía preocupado por algo				
216.	He comido porque me sentía angustiado (a)				
217.	He comido porque me sentía triste				
218.	He comido porque me sentía enojado (a) (a)				
219.	He comido porque estaba aburrido (a)				
220.	He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso				
221.	He tomado laxantes para tratar de bajar de peso.				
220.	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
221.	He vomitado después de comer para no subir de peso.				

Las siguientes afirmaciones están relacionadas con tu imagen corporal

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
222.	Te gustaría tener el cuerpo de algún actriz famoso.				
223.	Te gustaría tener el cuerpo muy delgado.				
224.	Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores, atletas.				
225.	Envidias el cuerpo de personas que aparecen en revistas, programas televisivos o anuncios de ropa.				
226.	Tomas agua para quitarte el hambre.				
227.	Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.				
228.	Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.				
229.	Para controlar tu peso te saltas comidas.				
230.	Estas a dieta para bajar de peso, la rompes, y la vuelves a empezar.				

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN