



01963

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

4
2ej

**Factores de Crianza e Interacción Familiar
Predictores de Trastornos Alimentarios.**

T E S I S

**Que para Obtener el grado de :
MAESTRIA EN PSICOLOGIA EDUCATIVA**

P r e s e n t a

Teresita de Jesús Saucedo Molina

Director de Tesis :

Dr. Juan José Sánchez-Sosa

Comité de Tesis :

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre

Dr. Javier Aguilar Villalobos

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. María Montero y López Lena

Asesores Estadísticos:

Lic. María de Lourdes Monroy Tello

Lic. Benito Ramírez Prado



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

GRACIAS A:

A Dios por sus palabras:

¡ Pobrecilla azotada por la tempestad y sin consuelo !

Yo asentarè tus muros sobre piedras preciosas,

y seràn tus cimientos de zafiro.

Harè tus murallas de rubies tus puertas de cristal

y todo tu contorno de piedras preciosas.

A mi amado esposo, Josè Adolfo y a mis increíbles hijos Josè Maria y Gabriel de Jesùs

por caminar a mi lado en esta nueva empresa

y porque por ellos he vencido el miedo y la mediocridad

A mis padres por su apoyo incondicional y por

los principios de constancia y superaciòn que sembraron en mi.

A mis cuñadas Maria de la Paz y Adriana

por su disponibilidad y motivaciòn.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa
por haberme aceptado en su grupo de trabajo
y por compartir conmigo su entusiasmo y experiencia.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre por su constante apoyo,
su interés, sus consejos y por haberme brindado su confianza.

Al Dr. Javier Aguilar Villalobos por comprender mis inquietudes
y por haberme abierto las puertas a un mundo nuevo.

A Lourdes Monroy y a Benito Ramírez
por su paciencia, sus enseñanzas y su buena disposición

A los proyectos:
Prevención Primaria del deterioro Psicológico
y promoción de la Salud Mental
apoyado por Fundación UNAM

Alteraciones de la Nutrición y Desórdenes del comer:
Una aportación biopsicosocial en la promoción de la salud
apoyado por el Programa de apoyo a proyectos de investigación e innovación Tecnológica,
DGAPA, UNAM.
por proporcionar los recursos humanos y materiales para el logro de esta investigación.

Y a todas las personas que de un modo u otro participaron en este trabajo con su
cooperación, voluntad y palabras de aliento.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	45
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	79
BIBLIOGRAFÍA	86

RESUMEN

El presente estudio se ubica en el contexto de los desórdenes alimentarios (obesidad y anorexia nervosa) como un problema de salud relevante en la población infantil y adolescente, siendo su objetivo fundamental: Detectar sistemáticamente las variables, que de naturaleza interactiva, dentro de los patrones de crianza y de ambiente familiar, actúan como factores de riesgo con respecto a los trastornos alimentarios, mismos que se ven reflejados en el estado de nutrición de los sujetos.

Otro de los objetivos del presente estudio fue detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos así como la distribución del peso en esa misma muestra.

Una vez identificados estos factores y que en efecto sean considerados como de riesgo para la salud en nuestra cultura, se pretendió resaltar cuales de ellos fueron los de mayor peso y que a su vez sean potencialmente modificables con el fin de formular posibles intervenciones preventivas con sólidas bases metodológicas, lo que permitirá diseñar programas educativos o de promoción de la salud.

Para lograr dichos objetivos, fue necesario primeramente contar con un instrumento válido y confiable que facilitara esclarecer esta vinculación entre los considerados como factores de riesgo y los desórdenes alimentarios de interés.

El instrumento final, quedó conformado por 44 reactivos extraídos de la segunda sección del SEVIC (Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento) cuya finalidad es explorar el tipo y la consistencia de la interacción familiar y de estilos de crianza usados por los padres o tutores de los sujetos estudiados. El cuestionario fue complementado con reactivos recopilados de otros instrumentos tales como el ChEAT (Children's Eating Attitudes) y el EDI

(Eating Disorders Inventory) ambos empleados para discriminar conductas y actitudes alimentarias anormales características de obesos , anoréxicos y bulímicos.

El instrumento resultante fue piloteado en diversas ocasiones con la finalidad de adaptarlo a la población de interés haciéndosele las modificaciones pertinentes para su total comprensión y accesibilidad por parte de los sujetos de estudio, lo cual contribuyó a la validez del cuestionario.

Se aplicó el cuestionario a una muestra no probabilística con una N=540, compuesta por adolescentes, hombres y mujeres, que se encontraban cursando secundaria. Los resultados mostraron una correlación significativa con cuatro de los reactivos relacionados con la crianza: a) mandato paterno ofensivo; b) comparación paterna negativa; c) disgusto paterno ante tareas inconclusas y d) relación materna como amigos(as).

En cuanto a las tendencias de las conductas alimentarias, se detectaron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemás alimentarios. En cuanto a la distribución del peso los hallazgos arrojaron un 20.7% para peso bajo, un 67.8% para peso normal y un 11.5% para peso alto (sobrepeso y obesidad).

INTRODUCCIÓN

Alimentarse para todo ser vivo, es condición indispensable para sobrevivir, para existir. El hombre, ser vivo al fin y al cabo, no puede ser la excepción; sin embargo, para él, la alimentación y la comida significan no solamente la satisfacción de una necesidad sino que es una actividad que esta asociada a múltiples experiencias, lo que implica que el alimento y el comerlo queden revestidos de una gran variedad de significados y de muy diversas simbologías.

Ninguna influencia es mayor sobre los hábitos alimenticios, las actitudes y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar. En un mundo de rápidos cambios como el actual, la familia es todavía la unidad primaria de la sociedad. Han cambiado las formas exteriores de la vida familiar, pero continua siendo el grupo en donde los niños comienzan a vivir efectivamente y en el que adquieren seguridad y satisfacción, para así, en el futuro, poder integrarse para formar parte de cualquier otra estructura social.

Es un hecho que los problemas relacionados con la alimentación así como sus consecuencias son angustiantes tanto para los padres, como para los niños: para toda la familia. Ellos pueden derivar de una preocupación o temor excesivo, por parte de los progenitores, de que la ingesta dietética del pequeño o es insuficiente o es excesiva. También se ha propuesto que es factible que su origen provenga de una secuencia de interacciones reiterativas entre el pequeño y su contexto familiar (Fomon, 1976)

El aumento en la frecuencia de los trastornos alimentarios se ha vertido en una gran preocupación tanto de la psicología como de la nutrición. Se ha propuesto que estas alteraciones no tienen un origen único, sino que están implicados varios factores diferentes, son de origen MULTICAUSAL (Bruce, 1996)

Diversos estudios han intentado aislar algunos de los factores vinculados con los desórdenes alimentarios. Dentro de los más analizados están: sexo, edad, clase social, estructura de la personalidad, predisposición constitucional, presiones socioculturales y dietas excesivas. Pocas son las investigaciones que en psicología señalan asociaciones entre valores un tanto imprecisos de variables sociales, educativa y de interacción familiar y los trastornos alimentario.

Es por ello que una de las finalidades del presente estudio es la de lograr identificar aquellos factores provenientes de la crianza y de la interacción familiar que actúan como **Factores de Riesgo** con respecto a los desórdenes alimentarios,

La Organización Mundial de la Salud (1981) ha definido la salud como: un equilibrio en el que se logra el bienestar general; físico, mental y social y solamente con la ausencia de enfermedad.

Los factores que representan el peligro de que se rompa este equilibrio y se desencadene alguna enfermedad son conocidos como: **Factores de Riesgo** (Medina Mora, 1982). Estos han sido clasificados en:

Modificables: tales como el sedentarismo, la alimentación, tabaquismo, alcoholismo

No modificables: como son la edad, el sexo, la raza.

Una de las finalidades de estudios de este tipo, a largo plazo, es la de elaborar programas preventivos y de promoción de la salud. Para ello se debe recordar que prevenir significa inhibir el desarrollo de una enfermedad antes de que ocurra y su objetivo es el de retroceder en nivel de detección por medio de la interrupción de los factores de riesgo a través de medidas de intervención (Guzmán y Sánchez Sosa, 1991).

Originalmente fue el campo de la salud pública el que propuso un modelo para ubicar la prevención dentro del proceso de ruptura del equilibrio de la salud,

definiendo a la prevención como evitar cualquier problema de salud en la población.

Nuestro organismo se encuentra luchando constantemente por contrarrestar una serie de fuerzas que tienden a romper el equilibrio de la salud. Cuando se rompe se da la enfermedad, es por ello que no se puede pensar en la salud como un estado, sino más bien en un proceso en el que constantemente se están alterando las condiciones múltiples que favorecen o evitan que se rompa ese equilibrio. Son combinaciones de fuerzas físicas, biológicas, cognoscitivas y sociales las que tienden a romper el equilibrio de la salud, nunca una sola fuerza. Dentro de este contexto en la medida en que conozcamos esas fuerzas, se podrá combatir o interceptarlas (Felner, Jason, Moritsugy y Faber, 1983).

El modelo de salud pública (Cowen, 1980) define tres momentos en los que podría intervenir preventivamente: la prevención terciaria, la secundaria y la primaria. La prevención terciaria implica intervenir cuando se aprecia claramente la presencia de la enfermedad. Este tipo de prevención no es estrictamente prevención, ya que su meta es la de reducir al mínimo los efectos residuales y las consecuencias adversas de un problema ya presente, es decir, en esta etapa se lleva a cabo la rehabilitación del paciente. La prevención secundaria se aplica cuando las consecuencias negativas del problema se han detectado tempranamente. En cuanto a la primaria se encuentra que consta de dos aspectos: acciones diseñadas para prevenir el desarrollo de la enfermedad e intervenciones para promover conductas adecuadas que contrarresten la enfermedad antes de que el sujeto se encuentre afectado por esta (Felner y Aber, 1983).

Por lo tanto debe entenderse que la prevención primaria en la salud es la promoción y/o mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social que promueven efectivamente el bienestar integral del individuo

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Los desórdenes alimentarios están caracterizados por severas alteraciones en la conducta alimentaria. La incidencia de los mismos se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak y Crago, 1987).

Dentro del campo de estudio de los trastornos de la alimentación se encuentran tres principales entidades: obesidad, anorexia nervosa y bulimia. Son fenómenos complejos íntimamente relacionados que en la realidad difícilmente se encuentran en forma pura. En el orden biológico el común denominador que subyace a las tres, es el balance calórico (la relación ingesta-gasto calórico) y es precisamente en el manejo de dicho balance en donde se puede encontrar la confluencia y la interrelación de los diferentes factores, pues aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez, Pérez-Mitre, 1993).

OBESIDAD

La obesidad es un estado patológico caracterizado por la acumulación excesiva de tejido adiposo, almacenándose grasa en forma de triglicéridos. Generalmente se aplica a una persona que esta 20% por arriba de su peso estándar, entendiéndose por peso estándar al peso promedio de acuerdo a la talla, complexión y edad referido en tablas (NCHS, 1983 y NOM, 1993). Sobre peso se refiere a las personas con un peso corporal que excede al estándar peso-talla entre un 10 y un 20%. Tanto en niños como en adultos, esta alteración se manifiesta cuando desaparece el equilibrio que debe existir entre: ingestión de alimentos y

utilización orgánica de los mismos, bien por un aumento del primero o por disminución del segundo (Rodwell, 1993).

Solamente en un número muy reducido de casos (inferior al 5%) es debida a enfermedades genéticas o endocrinas, el resto corresponden a la denominada obesidad exógena o nutricional, ligada etiopatológicamente a la ingesta de dietas hipercalóricas, a la escasa actividad física y a una predisposición genética para conservar y almacenar la energía. Según esta hipótesis, la obesidad dependerá de factores ambientales actuando sobre individuos predispuestos genéticamente al acumulo excesivo de tejido adiposo.

De forma general, en los países desarrollados se está produciendo un aumento en la prevalencia de la obesidad que incluso llega a representar entre un 30 y 40% de la población mayor de 40 años (Hernández-Rodríguez, 1993).

En Europa, las cifras de prevalencia pueden variar en hombres desde un 2 hasta un 40% y en mujeres entre un 2 y un 50%. Estos datos pudieran coincidir con los de ciertos países de América del Sur y con los que se han publicado en Australia. El aspecto geográfico, referido más concretamente a la prevalencia de sobrepeso (entre 10 y 20% sobre el peso corporal ideal y/o la suma del pliegue tricípital y subescapular sobre 28 mm), esta reseñado en el SEVEN COUNTRIES STUDY. Las variaciones e incrementos de prevalencia que aquí se publican comienzan en Japón (2%) y le siguen: Grecia (11%), Finlandia (4%), Yugoslavia (29%), Italia (28%), Holanda (32%) y, finalmente, Estados Unidos de Norteamérica (63%) (Soriguer Escofet, 1994).

Datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de obesidad en nuestro país, definida como índice de masa corporal igual o superior a 30, muestran que el 21.4% de la población nacional, representada por individuos de ambos sexos de 20 a 69 años de edad, presenta obesidad. De este porcentaje el 24.7% corresponde a la zona Norte del país el 19.5% a la zona Centro, el 19.4% al D.F. y el 21.7% a la región Sur (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993).

Aunque la asociación de sobrepeso y obesidad guarda una estrecha relación en familias de obesos, resulta interesante dedicar un comentario sobre un aspecto que empieza a preocupar de forma general. Esto se refiere al aumento progresivo de obesidad en la población infantil y adolescente.

En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que entre el 5% y el 25% de niños y adolescentes, respectivamente, son afectados por este desorden nutricional. La comparación de datos de pliegues cutáneos en estudios nacionales de salud muestran un incremento del 54% de la obesidad en niños de 6 a 11 años entre mediados del decenio de 1960 y finales de 1970 (Dietz, 1983).

En una muestra española donde se evaluaron 2,932 niños entre 4 y 17 años de edad, de ambos sexos, la prevalencia de obesidad osciló, para varones entre 15.4 y 21.5% y para las mujeres entre 17.75 y 23.12% (Soriger-Escofet, 1994).

En un estudio epidemiológico realizado en nuestro país (Sepúlveda-Amor et al., 1990) tomando el indicador antropométrico peso para la edad, 2.2% de niños menores de cinco años presentaban obesidad, y 4.4% de acuerdo al indicador peso para la talla. En el norte de la República, es más frecuente encontrar preescolares obesos, con un número de 63 mil a casi 90 mil en esta condición, según el indicador empleado.

En esta misma investigación se encontró que la proporción de mujeres entre los 12 y los 49 años de edad, no embarazadas que de acuerdo al índice de masa corporal (peso entre talla al cuadrado) en el cual se consideró por sobrepeso, tener un cociente entre 24.9 a 27.0 y por obesidad, uno mayor de 27.0, la prevalencia fue de 10.2% para el sobrepeso y de 14.6% para la obesidad (Cuadro1).

CUADRO 1
POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS NO EMBARAZADA (1990)

REGIONES	PORCENTAJE		
	BAJO PESO	SOBREPESO	OBESIDAD
CD. DE MÉXICO	22.2	10.0	15.2
NORTE	26.5	12.1	18.3
CENTRO	34.2	8.4	13.0
SURESTE	30.2	11.2	13.7
NACIONAL	29.0	10.2	14.6

Sepúlveda-Amor, J., Lezana, M.A., Tapia-Conyer, R., Valdespino, J.L., Midrigal, H. y Kumate, J.(1990).Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional.Gaceta Médica de México.126 (3), 207-225.

Los hallazgos más recientes sobre el estado de nutrición de la población mexicana son los provenientes de la ENURBAL 1995, mismos que mostraron que el 70.4% de una población de 1,093 niños menores de 5 años se encontró dentro del rango de normalidad, respecto al índice antropométrico del peso para la talla, y un 13.6% presentó sobrepeso. Al diferenciar por estratos socioeconómicos, se observó que la prevalencia de sobrepeso es mayor en un 80% en el estrato clasificado como superior respecto al inferior (18.1 y 9.8% respectivamente).

La obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, a pesar de las creencias populares de que los niños con sobrepeso "superarán" su estado. Cuanto mayor tiempo han tenido el sobrepeso, más probable es que continúe así hasta la adolescencia y la vida adulta; hacia los 6 años de edad y después, no suele desaparecer espontáneamente el sobrepeso o la obesidad.(Krause, 1995).

Diversos informes sobre obesidad en sujetos adultos, indican que un porcentaje substancial de los pacientes fueron obesos en la infancia. En una

investigación se encontró que aproximadamente la mitad de las tres cuartas partes de un grupo de adultos que estaban en un 60% por arriba de su peso ideal se reportaron como obesos desde la niñez. En investigaciones semejantes los hallazgos obtenidos en 98 niños estudiados, indicaron que solo la cuarta parte habían alcanzado su peso ideal en el momento de hacerse una evaluación 8 años más tarde. Finalmente, en otro estudio de seguimiento a lo largo de 20 años, en una población de 120 niños obesos de entre 10 y 13 años de edad, los resultados permitieron concluir que más del 60% de esa muestra se convirtieron en adultos obesos (Krause, 1986). Según Mogan (1986), si el niño no ha perdido el exceso de peso al final de la adolescencia, la probabilidad de que lo haga posteriormente es de 28 a 1.

DIAGNOSTICO DE OBESIDAD

El excesivo contenido de tejido adiposo implica aumento de peso del individuo, por lo que muchas veces se identifica obesidad y sobrepeso. Pero esta idea es errónea; una persona puede pesar más de lo normal para su sexo, edad y talla y no ser obesa; como es en el caso de algunos deportistas con gran desarrollo muscular. Por tanto el ser obeso entraña un exceso de la grasa corporal. Para diferenciar a ambos sujetos se requiere la ayuda de una serie de medidas antropométricas o técnicas de la cuantificación de la grasa corporal (González, 1986).

La antropometría, consiste en la medición de la variación en dimensiones, proporciones y otros aspectos de la composición del cuerpo en diferentes edades, estado de nutrición o condición fisiológica. Las mediciones más comúnmente utilizadas para definir la obesidad son: la masa corporal, la estatura, grasa subcutánea y masa muscular (Pasquali, 1989).

Aunque hay métodos directos, como la densitometría y otras técnicas para valorar la cantidad y distribución de la grasa (topografía computarizada, resonancia nuclear magnética, impedanciometría, conductividad eléctrica total, etc), en la

práctica clínica un número reducido de medidas e índices antropométricos son los más recomendables pues estos son menos caros y sofisticados y de más rápida aplicación, es por ello que siguen siendo las técnicas de mayor utilidad dentro de la investigación nutricional.

CUADRO 2. VENTAJAS DE LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- a) Los procedimientos son simples, seguros, sus técnicas no invasivas pueden aplicarse ampliamente en poblaciones grandes.
- b) El equipo que se requiere es inofensivo, portátil y durable, puede comprarse localmente.
- c) Los métodos son precisos y exactos, proveen técnicas de estandarización para su uso.
- d) La información que se obtiene representa la historia nutricia pasada, la cual no se puede obtener con otras técnicas con la misma confianza.

(Gibson, 1990).

Para estimar de una forma aproximada el grado de obesidad, se pueden utilizar las **GRÁFICAS DE DISTRIBUCIÓN DEL PESO Y TALLA**, que permiten hacer un diagnóstico rápido del estado de nutrición, sobre todo en los niños prepúberes (OMS, 1983 y NOM, 1993). Una forma de lograr una mayor precisión es la estimación del peso en relación con la talla, es a través del llamado PESO RELATIVO. Este se obtiene dividiendo el peso del sujeto entre el peso ideal para su talla y multiplicando el resultado por 100. De acuerdo con este índice se habla de sobrepeso cuando este es superior en un 10-20% al peso ideal para la talla, y de obesidad cuando está por arriba del 20% (aproximadamente +2DS por encima de la media) Se considera de primer grado cuando es igual o superior al 20%; de segundo grado cuando es igual o superior al 30% y de tercero cuando excede en más del 40% al peso ideal para la talla. Resultados similares se obtienen mediante el denominado **ÍNDICE NUTRICIONAL** que relaciona el cociente del peso y talla del paciente con el cociente del peso y talla media para su edad (Rolland-Cachera, et al, 1984)

Otro que se utiliza cada vez más es EL ÍNDICE DE MÁSA CORPORAL O ÍNDICE DE QUETELET (IMC), que es el cociente del peso entre la talla al cuadro (Vargas, y Casillas, 1993) El obstáculo que ha impedido el uso de este índice en pediatría es que varía de acuerdo con la dinámica del depósito de grasa. De igual manera no considera los diferentes segmentos que determinan la estatura, ni tampoco la etapa de crecimiento en la que se encuentra el sujeto. En un estudio con 555 niños se reporta que el empleo del IMC predice de manera excelente la obesidad o el bajo peso a los 18 años, bien a la edad de 13 años, pero regular en edades más tempranas (Guo, Roche, Chumlea, Gardner. y Siervogel, 1994)

Otra técnica empleada para estimar el estado de nutrición principalmente en niños y adolescentes es por medio de la determinación de los pliegues cutáneos. Los pliegues que habitualmente se toman para medir la grasa subcutánea son: bicipital, tricipital, subescapular, suprailíaco, abdominal, pectoral y axilar. Es importante resaltar que la distribución y cantidad de grasa corporal subcutánea cambia con la edad y el sexo.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

La obesidad predispone a un sinnúmero de condiciones debilitantes tales como : infecciones del tracto respiratorio, intolerancia a los carbohidratos, diabetes, hiperinsulinemia y enfermedades cardiovasculares. En los niños obesos se han identificado factores de riesgo tales como nivel elevado de lípidos en sangre y presión arterial alta, aumentando la probabilidad de accidentes cardiovasculares futuros (Ramos Galván, 1985).

La obesidad no solamente predispone a múltiples alteraciones fisiológicas, sino también puede traer consigo consecuencias sociales y emocionales devastadoras. A diferencia del enfermo o del minusválido, puede pensarse que el obeso es un débil de carácter de tal manera que se le hace sentir responsable de su problema y el cree tener la culpa de ser como es y cuando se le trata mal, con

burla y desprecio, puede ser llevado a aceptar esa actitud con respecto a él como una conducta justa (Lebow, 1986).

A través del proceso de socialización, los rasgos físicos convertidos en rasgos de personalidad y en valores, se asumen como patrones definitorios de los demás y de uno mismo. Tales prejuicios pueden encontrarse incluso en edades muy tempranas y ponen de manifiesto que la estigmatización de la gordura está presente desde la infancia (Rodin, 1989).

La experiencia clínica sugiere que muchos de los niños que son objeto de reproches provenientes de progenitores y pares por tener figura de gordos, están encerrados ya o pronto lo estarán en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio adicional. Es así como corren el riesgo de quedar atrapados en un sistema que los castiga por ser obesos y que al hacerlo aumenta la probabilidad de que continúen siéndolo (Schumaker, 1985).

En un estudio realizado por Perpiña (1989), el prototipo mejor caracterizado (por su consistencia) fue el correspondiente al **GORDO**, al que se le atribuyeron las características de glotón, irresponsable, apático, inmaduro, no social, feo, deshonesto y sobre todo repulsivo. Esta fuerte estigmatización y rechazo del obeso refuerzan los sentimientos de soledad experimentados por este tipo de personas.

Recientemente en un estudio realizado por Saucedo-Molina y Montero (1996), se encontró que los niños obesos tienen dificultades para establecer interacciones sociales y afectivas normales. Así mismo fue posible evidenciar que los sujetos obesos presentan con poca frecuencia conductas de afrontamiento para eliminar la soledad, pues al parecer la condición de rechazo social enmascara la experiencia de soledad.

Se ha encontrado también, que el obeso y en particular el niño y adolescente, es menos activo que los individuos normales de su misma edad. Esto no solamente es el resultado de su tamaño corporal, sino también a que a menudo,

es excluido de los deportes organizados debido a que entrenadores, organizadores y compañeros los consideran incapaces de vencer y de ser buenos atletas. Lo que tiende a hacerse es asignarles roles inferiores dentro del equipo que sean de relleno o inadecuados para ellos, de tal modo que se le hace sentir torpe, inútil, mal jugador y el menos deseable como compañero de equipo (Klesges, 1990).

ANOREXIA NERVOSA

Este es uno de los trastornos alimentarios más estudiados pues su incidencia aumenta cada año, además de encontrarse sumamente reforzado por la cultura de la delgadez (Toro y Vilardell, 1987). Los signos característicos de esta alteración son:

Rechazo a mantener el peso por encima de un peso mínimo normal para la edad y la talla (pérdida de peso que lleva a mantener a este en un 25% por debajo del peso esperado; o fracaso en el intento de ganar peso durante periodos de crecimiento, que conduce a que este sea un 15% inferior al esperado).

Miedo intenso a ganar peso o hacerse obeso, incluso cuando se está bajo de peso.

Trastorno en la percepción del peso corporal, tamaño y forma del propio cuerpo negación de la gravedad de la pérdida de peso.

En las mujeres postmenárgicas, la amenorrea primaria o secundaria, con ausencia por lo menos de tres ciclos menstruales consecutivos (DSM-IV, 1994).

Los anoréxicos tienden a una actividad física compulsiva y a una preocupación excesiva por los alimentos. Muchos de ellos son expertos calculadores de Kcal. Algunos otros signos incluyen: piel y cabellos resecos, palidez, pérdida de grasa corporal y masa muscular, bradicardia, hipotensión e hipotermia traducida como intolerancia al frío (Cooper, 1988).

Algunas características en su personalidad incluyen conducta modelo, perfeccionismo, alto rendimiento escolar y de sentido de responsabilidad. Las pacientes generalmente presentan una conducta rígida y poco espontánea y tienden a ser serias y diplomáticas. Son excesivamente activas y manifiestan disturbios en el sueño, así como también estados depresivos. La lucha de la enferma por controlar su peso da lugar a una violentación del programa de la ingesta que resulta dañado o al menos alterado.

Entre las alteraciones del programa de la ingesta esta el que se refiere a todos los mecanismos que utiliza este programa para vigilar las necesidades alimentarias, como son la cantidad de sustancias presentes en el cuerpo, o los mecanismos detectores de la plenitud gástrica e intestinal, de los mecanismos que detectan la plenitud de los tejidos y que tanta relación deben guardar con el esquema corporal. El sentirse grueso o delgado, será uno de los mecanismos que utiliza este programa y que más importancia tendrá en la anorexia, puesto que será el que más influya en la esfera psicológica y en la imagen corporal que maneje la persona (García Rodríguez, 1993).

Estimaciones de la incidencia anual en los países occidentales basada en los pacientes hospitalizados y en casos psiquiátricos registrados, han mostrado un incremento de 0.5 por 100,000 en 1950 a un 5.0 por 100,000 en los 80s. Para mujeres entre 15 y 24 años de edad, el grupo más susceptible se ha notado un incremento lineal, con tasas variando del 13.4 por 100,000 durante 1935 a 1939 al 76.1 por 100,000 durante 1980 a 1984.(Lucas, 1992).

La incidencia de la anorexia nervosa en niños no ha sido aun detectada, sin embargo lo que sí se ha identificado es que este síndrome por regla general se inicia poco después de la pubertad. Esto se apoya en el hecho de que en esta edad comienza a haber una mayor preocupación por la figura principalmente debido a los cambios corporales y distribución de la grasa característicos de esta etapa. Dichas modificaciones provocan en las niñas y adolescentes una mayor

atención con respecto a la comida y todo lo relacionado con ella (Koff y Rierdan, 1993).

Las niñas y adolescentes que manifiestan una mayor prevalencia de este trastorno, son aquellas cuyas carreras o actividades extraescolares requieren esbeltez o delgadez (bailarinas y actrices) o bien en los varones que participan en competencias atléticas que exigen un control constante del peso (yoquis, corredores, luchadores, fisicoculturistas) (Ekwall, 1993).

Algunas de estas enfermas han tenido durante su infancia y especialmente en el período prepuberal, un peso superior al normal o antecedentes de obesidad, esto ocasiona por parte de sus madres consejos y charlas acerca de seguir algún régimen de reducción de peso como medio para ser más atractivas. (Brunch, 1973).

Aunque esta anomalía se observa principalmente en mujeres, particularmente en adolescentes, cada vez es más común en varones y en mujeres de menor edad, principalmente pertenecientes a grupos socioeconómicos altos, en donde la ocurrencia del síndrome se refuerza por una cultura en la que se valora altamente la delgadez (Adams, 1988).

BULIMIA .

De acuerdo con lo establecido en el DSM-IV (1994), las características centrales de la bulimia son:

Episodios recurrentes de consumo rápido de grandes cantidades de comida (atracones) en un corto período de tiempo. Estos episodios bulímicos ocurren en periodos de aproximadamente 2 hrs y la cantidad de alimento que consume el paciente es considerablemente mayor a la que la mayoría de las personas comerían en un período de tiempo similar. Durante los episodios bulímicos, los alimentos que son consumidos con más frecuencia son los de alto valor calórico y de fácil consumo tales como: pan, helado, chocolates, botanas y pastelillos.

Otras características son la sensación de pérdida de control del comportamiento alimentario durante el episodio bulímico. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes con el propósito de prevenir el aumento de peso, tales como vómitos autoinducidos, empleo de laxantes, diuréticos o enemas, dietas o ayunos estrictos o bien ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas inadecuadas ocurren, en promedio, dos por semana, como mínimo, durante tres meses.

Algunas de las complicaciones médicas típicas de la bulimia son: piel deshidratada, uñas quebradizas, bradicardia e hipotensión, constipación por decremento en la motilidad intestinal, irritación de las mucosas bucales por el vómito provocado, alargamiento de las glándulas parótidas dolor abdominal por el vómito y calambres por la pérdida de minerales. En pacientes muy jóvenes hay reducción en la estatura y decaimiento de la maduración ósea (Kaplan y Goodside, 1987)

La personalidad de estos pacientes se caracteriza por períodos de depresión e intentos de suicidio, además de reportar muchos problemás en el control de impulsos en diferentes áreas de su vida, así como dificultad para relacionarse con los demás. La bulimia nervosa es frecuentemente una secuela de la anorexia nervosa y de la obesidad. Esta se asocia muy a menudo con las fluctuaciones en el peso (Shils, 1994).

Por otra parte, la bulimia se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida, en tanto las técnicas de purga se aprenden, frecuentemente, a través de la propia familia y de los amigos (Gómez Pérez-Mitre, 1993). Se ha encontrado que la edad promedio en la que se establece el acceso bulímico es a los 18.4 años que, por otra parte, es también la edad en la que se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo (Cooper y Fairburn, 1983).

La prevalencia de esta alteración en adolescentes y mujeres jóvenes es de 1 a 3%, y la tasa de ocurrencia de este desorden en hombres es aproximadamente de 1 a 10 contra mujeres. Cuando se usa un amplio criterio para la bulimia y los datos son obtenidos a partir de autorreportes, la prevalencia se ve incrementada de 3 a 9%. Se calcula que aproximadamente el 90% de los bulímicos son mujeres, a pesar de que su prevalencia exacta sea desconocida, debido a las grandes dificultades que entraña la detección del trastorno. Se cree que entre el uno y cinco por cien de las mujeres sufren de bulimia nerviosa. (Shisslak, 1990).

PAPEL DE LA FAMILIA EN EL APRENDIZAJE DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se de origen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primero y más activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos (Quiroga, Echevarría, Mata y Ayala, 1990). La familia es el medio más importante para un adecuado desarrollo del niño. En las investigaciones que se han hecho sobre esta, se ha encontrado que se relaciona con: identidad, autonomía, independencia intelectual y emocional, socialización, solución de conflictos, hábitos, costumbres, comportamientos, actitudes, ideologías y conductas anormales (Ortiz, Abad y López, 1985; Gómez, Sos, Randall y Vaquero, 1991).

Ningún país del mundo, ningún sistema político puede pensar en el propio futuro, si no es a través de la imagen de estas nuevas generaciones que tomarán de sus padres el múltiple patrimonio de valores, de deberes, hábitos y actitudes. En la familia nacen las personas y es en ella donde se tiene la primera escuela, las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en la primera e insustituible escuela de **SOCIALIZACIÓN**. La familia constituye el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización y personalización de la sociedad, sociedad que corre el peligro de ser cada vez más despersonalizada y modificada, con los resultados negativos de tantas formas de evasión como son, por ejemplo, el tabaquismo, el alcoholismo, la droga y la comida (Juan Pablo II, 1981).

Pocas son las áreas en el desarrollo del niño que escapan a la influencia de la socialización. Valores, actitudes, hábitos y metas son socialmente aprendidos. La clave de la socialización es el aprendizaje social, entendiéndose como aprendizaje a cualquier modificación de la conducta que resulta de experiencias en el medio ambiente que rodea al individuo, especialmente aquella que proviene de la asociación con recompensas o castigos (Bandura, 1978).

Dentro de los mecanismos del aprendizaje social, en la teoría del reforzamiento, se enfatizan las consecuencias de la recompensa y del castigo de las acciones como una aproximación para la comprensión del proceso de aprendizaje. Desde este punto de vista, hay tres clases de consecuencias que pueden ocurrir en relación con la conducta del niño:

1.- La actividad puede acercar al niño hacia alguna meta importante y facilitar el logro de la misma (recompensa).

2.- La actividad puede colocar al pequeño en situación de dolor o angustia lo cual interfiere con el logro de la meta (castigo).

3.- La actividad puede producir cambios no apreciables con respecto a las metas, ni interfiere ni facilita el logro de la misma (no recompensa).

La recompensa consolida la conducta productiva lo que facilita o satisface el logro de la meta. Esta incrementa las posibilidades de que una acción particular ocurra nuevamente en situaciones similares. La recompensa no solamente influye en la acumulación de hábitos específicos en los niños sino que también afecta el aprendizaje de otras actitudes.

El castigo deteriora la conducta permitiendo la aparición de condiciones estresantes y dolorosas. El castigo disminuye la aparición de una acción particular la cual pudiera ocurrir nuevamente, al suprimir o inhibir directamente esa acción. En ocasiones el efecto del castigo puede provocar que el niño se torne aprensivo y temeroso con respecto a situaciones similares en el futuro. Tal tipo de aprendizaje es llamado ansiedad (Mc David y Garwood, 1978)

La no recompensa es la ausencia tanto de recompensa como de castigo, esta deja al niño en una condición de status quo con respecto a los esfuerzos dirigidos hacia el logro de la meta. Cuando el aprendizaje es ignorado o tratado de manera indiferente (no recompensa) la tendencia es retirarse de acciones inútiles en pro de aquellas que aparentemente proveerán alguna recompensa. En

circunstancias de este tipo, no se asocian actitudes ni positivas ni negativas con la situación vivida, así como tampoco se detectan condiciones de ansiedad.

Los padres para favorecer el proceso de socialización deben ser cuidadosos al elegir las recompensas y castigos que emplearán con sus hijos en una situación determinada. También es importante el conocer los valores y expectativas que el pequeño tiene sobre los eventos ya que las propias expectativas del niño son mucho más importantes para determinar que es digno de recompensa y que lo es de castigo.

La estabilidad de las conductas sociales depende en gran parte de la manera en que los padres manejen este mecanismo al reforzar las conductas infantiles. La cantidad y calidad del reforzamiento y el valor dado a los reforzadores por el niño, son entonces críticos para determinar el éxito en el proceso de socialización.(Schaffer, 1979).La combinación de recompensa y no recompensa pueden ser usadas para lograr la socialización ,especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas y hábitos al comer.

En el proceso de socialización los padres y la familia son sumamente significativos para el aprendizaje del niño, no solamente porque ellos manipulan la recompensa o el castigo en las diferentes acciones manifestadas por el pequeño, sino, porque aportan modelos o ejemplos que muestran al infante la conducta apropiada o convencional esperada por otros en su sociedad.

Los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales a emular por los hijos. Si estos proporcionan modelos adecuados, se pueden provocar con facilidad conductas aprobadas por la sociedad, como prestar servicios voluntarios o comer alimentos que ordinariamente no se tomarían. Si el modelo que se da es distorsionado, los niños aprenden a distorsionar por sí mismos (Bandura, 1985).

En los casos clínicos se proporcionan ejemplos de padres que muestran comportamientos en extremo desviados, mismos que sus hijos reproducen, y es de esta forma como puede transmitirse un estilo total de vida.

Aun en el caso de los problemás clínicos que suelen ser considerados de origen constitucional y genético, se hace evidente que el modelo juega un importante papel en el establecimiento de la disfunción. Por ejemplo, se ha advertido que los niños que desarrollan obesidad precoz que se continuaba en la adolescencia, provenían de familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades giraban alrededor de la comida. Además ellos mismos estructuraban su ambiente familiar de tal manera que se promovían, modelaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían una ingesta calórica excesiva y una actividad física sedentaria (Epstein, McCurley, Wing y Valoski, 1990).

Es así como las primeras pautas de conducta que aprende el niño son las que sus padres le enseñan durante los primeros años. Al observar la conducta de los padres y las consecuencias de sus respuestas, el pequeño puede aprender respuestas nuevas o variar las características de las respuestas previas.

Este ascendiente paterno y su efecto sobre las experiencias infantiles, determinarán como se sentirán con respecto a los demás, así como también su capacidad para soportar las tensiones y frustraciones que obligadamente encontrarán al crecer (Jenkins y Hacter, 1988).

Educar al niño mediante el ejemplo, modelando la manera como se quiera que el hijo lo haga; gratificando las conductas que apoyan e ignorando las que se quieren desalentar, explicando en ambos casos, no es la única manera en que el niño aprende, es por ello que dentro de este complejo proceso no se debe olvidar el comportamiento no verbal.

Se entiende por comportamiento no verbal a cualquier acción que no sea estrictamente verbal, pero que cumple la función de informar y educar. Uno de los

aspectos más importantes de este comportamiento es el movimiento, es decir el cambio espacio-temporal del cuerpo con respecto a su contexto físico o el cambio de posición de las diversas partes del cuerpo entre sí. Hay gestos simbólicos o emblemáticos que son comportamientos no vocales que tienen una traducción verbal directa, una palabra (por ejemplo, "sí", con una inclinación de la cabeza) o una frase.

Dentro de la familia se emplean diversos emblemáticos que son traducidos por todos los miembros, los cuales pueden sustituir a palabras concretas o a frases completas. Con frecuencia los padres emplean gestos simbólicos en la crianza de sus hijos tales como: enfado, ya sea real o fingido, amenaza, advertencia, castigo o agrado. Los emblemáticos son probablemente los gestos con menor relevancia psicológica, pero no por ello dejan de imprimir su huella en aquellos que lo reciben y más aun si estos son reiterativos.

Otros tipos de comportamiento no verbal empleados por los progenitores durante el proceso de socialización son los ilustradores y los reguladores. Los primeros son gestos que acompañan a la comunicación verbal vocal e ilustran el contenido del mensaje verbal o su entonación, se localizan especialmente en los movimientos de brazos y manos.

Los reguladores son una categoría de comportamiento no verbal y son todos aquellos movimientos cuya función no consiste en complementar el mensaje verbal, sino controlar la interacción en que se produce tal comunicación verbal. Los reguladores son actos de los que apenas somos conscientes cuando bien, como emisores o receptores estamos bajo su influjo. Lo crucial de esta categoría es que el emisor está transmitiendo información a través de su conducta de manera inconsciente. Concluyendo, los niños no hacen solamente lo que los adultos les dicen que hagan sino también lo que les ven hacer (Galaviz, 1991).

Los padres son sujetos reactivos ante las conductas de sus hijos, percibiéndolos como seres pensantes, con sensibilidad hacia sus problemas, tolerancia respecto a criterios educativos, confianza en sus capacidades, además

de que se dice que son los primeros maestros del niño. La literatura afirma que los padres son los encargados de transmitir a sus hijos las normas sociales, las costumbres, las creencias y valores, la forma de vida, las formas de comunicación, los hábitos, las actitudes, los estilos de solución de conflictos, la forma de vestir, de comer, los gustos y gracias a todo ello los niños se van adaptando a la sociedad (Dencik, 1992)

Dentro de la familia como grupo humano, existen normas y valores, es decir, ciertas rutinas para vivir y convivir; formas acostumbradas de hablar, de comer, tradiciones y mitos que respetan sus miembros, no necesariamente porque sean las más adaptativas o eficientes sino porque son "NUESTRAS" formas de vivir

Una norma es una escala consistente en categorías que definen un rango de actitudes y comportamientos aceptables y un rango de no aceptables, válidos para los miembros de un grupo. Estas normas y valores se adquieren de aquellas personas "significativas" para el pequeño, las cuales pueden producir armonía o conflicto.

La regulación normativa del comportamiento, en múltiples ocasiones, se torna en vehículo indispensable para resolver los problemas y obtener satisfacción de las necesidades. Un ejemplo lo tenemos en el hecho de lograr la cooperación y en el consenso familiar acerca del tiempo adecuado para comer cada vez que uno tiene hambre. Un programa de tres comidas por día puede no ser el mejor posible ni la forma más eficiente de manejar esta situación, sin embargo, es un medio de actuar que va de acuerdo con la organización y periodicidad del hambre (Sherif y Sherif, 1975).

Al hablar de las actitudes educativas se piensa que la actitud más educativa para los hijos, es todo el clima familiar. Si los hijos ven que toda la familia aprecia y vive un nivel de educación y cultura, en todas las circunstancias de la vida, fácilmente seguirán ese camino. Si ven contradicciones entre lo que se les enseña y lo que viven, se rebelarán y manifestarán conductas contradictorias.

Una actitud es una inclinación a actuar de cierta manera ante un objeto, una persona o una situación. La actitud en sí misma no es directamente observable, es una variable latente que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja una evaluación más o menos global del objeto de la actitud.

Dado que las actitudes no surgen de un proceso consciente ni del cálculo previo de los beneficios y costos asociados a una determinada orientación hacia el objeto de la actitud, tampoco necesita tanto tiempo para reflexionar ni para esforzarse sobre el saber como actuar hacia ese objeto. Por medio de las actitudes los individuos se ajustan socialmente y también expresan sus valores. Una característica importante de las actitudes es que no son forzosamente estáticas, sino dinámicas; tienen un origen, crecen y evolucionan y pueden cambiar tanto espontáneamente como sistemáticamente (CESPLAM, 1978).

Las actitudes de los padres hacia los hijos derivan de la interrelación existente entre las necesidades y demandas infantiles (objeto) y las situaciones específicas en que se encuentran los padres para satisfacerlas, así como de su propio fondo de experiencia de patrones culturales, sociales y éticos

Las actitudes parentales negativas más frecuentes son el rechazo y la sobreprotección. El rechazo paterno adopta en general manifestaciones de hostilidad, negligencia y abandono a través de actitudes como: violencia, castigos severos, encierros, comparaciones desfavorables, ofensas y golpes. Hay formas más sutiles pero tan lascivas como estas: la crianza se deposita en manos de niñeras, familiares o instituciones (Garbarino y Kostelny, 1992).

Otra de las manifestaciones del rechazo parental es el perfeccionismo. Se ha señalado que son frecuentes las actitudes perfeccionistas en mujeres con cierto nivel cultural y que muchas veces han dejado situaciones ventajosas de trabajo para dedicarse a su hogar, ocultando así su rechazo hacia el hijo por significar un obstáculo para el cumplimiento de sus aspiraciones. Se aplican entonces a perfeccionar al niño, exigiéndole hábitos de limpieza tempranos, modales refinados, orden, rendimiento óptimo, etc. El daño provocado se traduce muchas

veces en rasgos obsesivo-compulsivos marcados, fuerte inseguridad y falta de autoconfianza del niño (Pacht, 1984)

En general, la sobreprotección se traduce por el permanente contacto del niño con su madre, con una marcada tendencia a infantilizar al pequeño y a impedir su expansión y relación social con otras personas en detrimento de su progresiva madurez psicológica. Las preocupaciones se centran alrededor de los peligros que amenazan al niño, se le impiden las actividades normales (correr, andar con amigos, mojarse), se crea un clima de ansiedad respecto a la posibilidad de que el niño pueda, de alguna manera, independizarse de la tutela familiar, los estilos de crianza empleados suelen ser de tipo coercitivo y autoritario (Couch, 1975).

La iniciación de la conducta depende de la actitud y la persistencia de la misma del hábito. Los hábitos también son transmitidos por el ambiente familiar y se entiende por hábito a la acción que por haberse realizado muchas veces se ha convertido en automática. En su formación se pueden distinguir tres fases bien diferenciadas.

En la primera denominada fase de iniciación o declarativa, para orientar su acción la persona utiliza una información que consta de un conjunto de hechos. Estos por sí solos, son incapaces de guiar la acción y obligan a la persona a recurrir a procedimientos interpretativos. En la fase siguiente, de formación estricta del hábito, la formación anterior deja atrás la forma declarativa y adopta la procedimental, a través del proceso de compilación de conocimientos. En esta fase, los procedimientos interpretativos ya no son necesarios. En la última fase, procedimental o de perfeccionamiento, el hábito ya está formado pero sigue perfeccionándose en aspectos de ajuste a las situaciones y rapidez de ejecución.

Normas, creencias, actitudes, decisiones o intenciones y hábitos conforman diferentes estructuras cognoscitivas para representar el conocimiento que la persona tiene de la conducta. Las creencias son las estructuras que contienen la información más detallada sobre la acción. Las actitudes representan su

evaluación global. Las decisiones o intenciones constituyen una integración de actitudes y creencias. Por su parte los hábitos representan la información sobre la acción en forma procedimental e incluyen información sobre como llevarlo a cabo. La diferencia entre intención y hábito reside en el carácter deliberado de la primera y automático del segundo. El hábito no requiere esfuerzo consciente, puede pasar desapercibido y puede actuar al mismo tiempo que otros procesos. Esto no ocurre con la intención (Morales, 1994).

La concepción que tienen los padres sobre la niñez, su desarrollo físico, necesidades afectivas y sociales, determinan el tipo de crianza que los padres adoptarán para la transmisión de normás, creencias, actitudes y hábitos. De igual manera, las prácticas de crianza están influenciadas por las normás que han impuesto la cultura y la sociedad pues estas son diferentes para cada sexo, proponiéndose ideales masculinos para el hijo y femeninos para la hija. En las sociedades muy industrializadas es común que a los niños se les presione para valerse por sí mismos, buscando el logro, mientras que a la niña se le presiona a que sea obediente y hacendosa, educándola para la crianza (Fernández, 1988). Dentro de los modelos estructurados para describir los estilos de crianza paternos, podemos citar los más comúnmente identificados, los cuales son:

Burocrático .- este estilo se caracteriza porque la cabeza de la casa está ocupada en trabajos asalariados y los cuales tienen un alto grado de seguridad laboral. Tratan de ser igualitarios y enfatizan la adaptación social y así como el alcanzar la delantera en el mundo. Los niños prefieren actividades cooperativas.

Empresarial.- en este tipo, los padres generalmente son propios jefes o comisionistas los cuales enfrentan la toma de riesgo y competencia. Estos padres promueven la independencia y la autoconfianza y los hijos tienden a ser muy competitivos.

Autoritario.- Los padres usan un alto grado de control sobre sus hijos. Promueven la obediencia y adherencia a las normás familiares. Tienden a emplear medidas disciplinarias punitivas y enérgicas. Los padres creen que si golpean al

niño lo convertirán en un adulto obediente. Algunas de las variables que explican la adopción de este estilo de crianza son: ignorancia, juventud, bajo nivel educativo, socioeconómico y ocupacional, familias numerosas, conflictos conyugales, poca cohesión familiar, situaciones estresantes, personalidad obsesivo-compulsiva, baja tolerancia a la frustración y algunas otras (Neil, 1978). La comunicación entre padres e hijos es casi inexistente.

De autoridad .- en este patrón los padres recurren a la firmeza pero bajo un control racional. Muestran respeto por los intereses del niño y lo conducen hacia la autonomía y disciplina. Alientan al pequeño y reafirman sus atributos presentes. Usan el poder y la razón como métodos de disciplina. Interactúan libre y verbalmente con sus hijos. Evitan la sobre-restricción y sobre protección y rechazan el conformismo.

Los padres con su afecto, su estímulo, sus actitudes y ejemplos constantes tratan de proporcionar la consistencia necesaria a los hijos para desarrollar en ellos la seguridad personal que conduce entre otras cosas a la autoconfianza, la autonomía y a la salud física y mental.

Permisivo.- en donde se trata de no ser punitivo con el niño. Se aceptan positivamente los impulsos, deseos y acciones de los hijos, así como se les consulta sobre las políticas familiares.

Hace poco énfasis en el orden y responsabilidad en el hogar. Actúan como "recursos" para los niños. Manifiestan poco control sobre ellos, no promueven el conformismo pero sus técnicas de disciplina son muy laxas. En ocasiones se llega a caer en la negligencia y el descuido de los hijos.

En la mayoría de estos estilos paternos hay dos dimensiones básicas las cuales determinarán la socialización de los hijos y que son: **Cordialidad y Control**.

Cordialidad se refiere a la aceptación de los hijos por los padres, a la autenticidad y expresión del afecto tanto de palabra como de hecho. **Control** es

entendido como la capacidad que es buscada por los padres para manipular como un titiritero las diversas acciones del niño. Existen padres que se sienten obligados a controlar y a manejar todas y cada una de las facetas de la vida de sus hijos a diferencia de otros que los perciben como seres pensantes, sensibles y con iniciativa (Papalia y Wendkos, 1988).

Resumiendo el estilo de crianza que los padres emplean y el equilibrio entre control y cordialidad tienen influencia definitiva para que el niño internalice las normás, valores, hábitos, actitudes y creencias transmitidas durante el proceso de socialización y las haga **PERSONALES**.

CRIANZA Y PATRONES DIETÉTICOS

Desde que el niño comienza a succionar, sea del pecho materno, sea del biberón, el alimento deja de ser exclusivamente una aportación calórica. Para el pequeño, alimentarse es una de las principales formas de socializarse, de entrar en contacto con otros seres humanos, principalmente con la madre. La relación con ella se encuentra mediatizada por la alimentación del niño, de tal manera que esta acción queda asociada con las características de esas tempranas relaciones madre-hijo.

La madre alimentando, satisface y vincula. El bebé llora, la madre interpreta el llanto como un pedido de alimento, el resultado tanto para la madre como para el bebé, es que se incrementan las probabilidades de que en el futuro el encadenamiento de las acciones sea análogo (Olvera-Osante, 1984).

La alimentación de los hijos en todas las culturas forma parte no solo de la función biológica de la madre, sino también del papel sociocultural de la maternidad. De este modo, comer o no hacerlo, comer mucho o poco, comer "DE TODO" o selectivamente, son hechos que encuentran un significativo lugar en las relaciones interpersonales del grupo familiar (Toro, 1989).

Habitualmente la cantidad de alimentos que se comen esta determinada por los hábitos de alimentación, los cuales se van modelando a lo largo de la vida y cuyos cimientos son colocados durante la infancia. Los hábitos de alimentación se refieren no solo a los alimentos que se comen sino también a las cantidades, horarios, actitudes y conductas que en general se tienen ante la comida (Castro, 1988).

Generalmente la madre es la que fija el patrón de hábitos y actitudes que se desarrollarán en el niño, ya que ella la mayoría de las veces, es la que planea las comidas, compra los alimentos, los prepara y los sirve. Sus valores se han desarrollado en el medio en el que ella se crió, así como también en sus

ingresos, la región geográfica, su nivel de educación, supersticiones y tabúes (Robinson, 1978).

La madre que crea dentro del hogar una atmósfera de seguridad y bienestar ,refuerza los valores y actitudes positivos hacia los alimentos, por otra parte en un ambiente de hostilidad, ira, tensión y ansiedad, se forman imágenes desagradables así como valores y actitudes distorsionados. En esta atmósfera, también puede existir una preocupación excesiva con respecto a los alimentos. En algunos hogares, la hora de las comidas tiene una gran parte de ritual, el pan viene a ser "la base de la unión familiar". En otros, la comida transcurre en forma apresurada. Puede también ser la ocasión en que los miembros de la familia saquen a relucir sus problemás y se ocasionen conflictos y agresiones.

A menudo se utiliza el alimento como una recompensa, un castigo o un medio de soborno. La familia puede tener un sentimiento de recompensa así como de expresión de cariño materno cuando se sientan a la mesa a consumir sus alimentos favoritos o cuando se les prepara un platillo especial y por el contrario, pueden sentirse castigados o despreciados cuando la comida incluye alimentos que les desagradan. Incluso hay madres que comentan a sus hijos que eso hay de comer por su mal comportamiento.

En general, al padre no se le atribuye tanta responsabilidad en la educación de los hijos ya que la forma más usual que tiene el padre para relacionarse con los hijos es por medio del juego, aunque ocasionalmente lo alimente, lo cuide, etc. Sin embargo, es importante no pasar por alto la relación del padre con los hijos, pues la investigación en esta área señala que cuando el padre tiene una buena relación, cuando les muestra cariño, los escucha es cercano, empático, los apoya y participa con ellos en sus tareas y problemás, contribuye a su salud psicológica y física (Sánchez-Sosa y Hernández, 1992).

Observaciones de patrones dietéticos en diferentes países y en diversos grupos étnicos parecen indicar que la principal razón en la variación dentro de

la selección y preferencia de los alimentos, puede atribuirse a la cultura, al significado de la maternidad y a la experiencia individual.

Varios de estos estudios muestran que hay culturas donde las creencias en las prácticas de alimentación de los menores son fundamentales en la conformación de los hábitos alimenticios y por consiguiente en el estado de nutrición de los pequeños. Para algunas de estas culturas, principalmente las localizadas en el norte de África, en donde los índices de tasa de crecimiento son de los más bajos y los índices de desnutrición infantil son elevados. Se ha llegado a proponer que esto se debe a que las creencias son:

Un niño no necesita alimentos sólidos sino hasta aproximadamente a los 8 meses de edad momento en el que tiene las características motrices para comer por sí solo;

Si el niño tiene hambre comerá y dejará de comer cuando se sienta satisfecho;

Si él no quiere comer no se le debe forzar a ello ya que está aprendiendo a ser responsable de sí mismo (Dettwyler, 1986).

En una descripción detallada de las características etnográficas de los patrones en la alimentación infantil en donde se incluyeron cinco puntos considerados como básicos y los cuales eran: qué comen los niños; cuando comen; cómo comen; que contexto social los rodea durante las comidas y; quien controla qué y cuánto comen y cómo ejerce este control, se identificó este último punto como el de mayor peso para la conformación de los hábitos de los infantes.

Las evidencias etnográficas revisadas por Dettwyler (1989) sobre el último aspecto señalado, presentan una amplia variación desde las extremadamente negativas (forzar y obligar a comer, castigar físicamente, restricciones físicas durante la comida evocando frases de culpabilidad,

distracciones, juegos, estímulos o coacción, adulaciones, alabando o engrandeciendo la comida, comidas especiales para los niños (total libertad de elegir alimentos) hasta las extremadamente positivas. Esta revisión parece concluir con el hecho de que aquellos niños que son forzados a comer tienden a ser adultos obesos y aquellos cuyos padres son sumamente laxos y permisivos presentan diversos grados de desnutrición.

Se ha propuesto que hay otros factores intraculturales involucrados en estos patrones de control como son: la edad, el sexo, el origen étnico, el nivel educativo y socioeconómico del que cuida a los niños.

En una investigación realizada por Blanke (1992) con una muestra piloto de 30 madres mexicanoamericanas y anglosajonas, a las que se aplicaron 4 inventarios, uno sobre conocimientos maternos en nutrición; otro referente a prácticas maternas de alimentación; el tercero sobre locus de control para el peso corporal y el último para recopilar datos demográficos y medidas antropométricas, se pudo concluir que: a mayor nivel educativo, mayor locus de control interno en relación al peso corporal, y a mayor nivel educativo, mayores son los conocimientos sobre nutrición y menor el peso y la masa corporal tanto de las madres como de los hijos; las madres mexicanoamericanas tenían un peso y una masa corporal significativamente mayor que las anglosajonas y también su nivel de educación y de conocimientos sobre nutrición eran mucho menores que las madres anglosajonas.

En otro estudio similar (Olvera-Ezzell, Power, y Cousins, 1990) realizado en 38 madres mexicanoamericanas obesas, integradas en un programa de reducción de peso y con hijos de 4 a 8 años de edad quienes fueron observadas durante los tiempos de comida, y posteriormente entrevistadas respecto a sus prácticas de socialización y crianza. Los hallazgos mostraron que las madres inicialmente transmitían estrategias de control verbal durante la observación. La obediencia de los niños a comer tendía a seguir más las órdenes o advertencias que las conductas de no mandato.

Las madres alentaban a sus hijos a comer más que a sus hijas, conducta provocada por el hecho de que las madres se sienten más preocupadas por la figura de sus hijos que la de sus hijas. La edad de los niños estaba negativamente correlacionada con el uso de ordenes maternas, razonamientos, amenazas y sobornos y positivamente con la ausencia de indicaciones, ordenes y advertencias. Esto mismo ocurría con la obediencia infantil.

Las madres con más alto nivel educativo tendían a servir alimentos más saludables y usaban principalmente estrategias de razonamiento, convencimiento, prohibición de alimentos no nutritivos, monitoreo del consumo de alimentos fuera de casa en comparación con las madres cuyo nivel educativo era menor.

Amenazas y sobornos fueron negativamente asociados con el consumo de alimentos saludables. Estos resultados son congruentes con la teoría de las atribuciones la cual predice que técnicas altamente directivas pueden disminuir el interés intrínseco de los niños por determinados alimentos al crearles ciertas atribuciones (Grusec, y Kuezynski, 1980).

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y FACTORES FAMILIARES

Se ha propuesto que los trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia nervosa y bulimia), son problemas de salud que tienen un origen multifactorial. En un enfoque de esta naturaleza, al cual se le ha llamado interaccionista o contextual, se propone que la patología no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema.

La familia como se ha señalado en secciones anteriores, es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interrelaciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Para entender la conducta de cada miembro de la familia, es necesario examinar las normas que regulan la interacción familiar así como las secuencias repetitivas que conforman los patrones de crianza. El sistema familiar puede operar por una serie de reglas que controlan las relaciones, de tal manera que los padres establecen y siguen ciertas normas con respecto a los hijos y estos últimos aprenden cuales patrones emplear para preguntar, para actuar o para interactuar (Woody, 1992).

Es importante entonces notar, que la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo, como un sistema dinámico en el que las relaciones organizacionales entre sus miembros permite la identificación de patrones, lo que los hace predictibles. Los casos clínicos reportados y la teoría del sistema familiar sugieren que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Constanzo y Woody, 1985)

Es un hecho que cada padre tiene sus propias hipótesis respecto al desarrollo y crianza infantil, así como de los efectos de las diferentes formas de

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y FACTORES FAMILIARES

Se ha propuesto que los trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia nervosa y bulimia), son problemás de salud que tienen un origen multifactorial. En un enfoque de esta naturaleza, al cual se le ha llamado interaccionista o contextual, se propone que la patología no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema.

La familia como se ha señalado en secciones anteriores, es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interrelaciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Para entender la conducta de cada miembro de la familia, es necesario examinar las normás que regulan la interacción familiar así como las secuencias repetitivas que conforman los patrones de crianza. El sistema familiar puede operar por una serie de reglas que controlan las relaciones, de tal manera que los padres establecen y siguen ciertas normás con respecto a los hijos y estos últimos aprenden cuales patrones emplear para preguntar, para actuar o para interactuar (Woody, 1992).

Es importante entonces notar, que la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo, como un sistema dinámico en el que las relaciones organizacionales entre sus miembros permite la identificación de patrones, lo que los hace predictibles. Los casos clínicos reportados y la teoría del sistema familiar sugieren que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Constanzo y Woody, 1985)

Es un hecho que cada padre tiene sus propias hipótesis respecto al desarrollo y crianza infantil, así como de los efectos de las diferentes formás de

disciplina, y se ha visto que estos están directamente relacionados con los problemas en la conducta alimentaria.

Si la infancia de los padres fue feliz o desdichada, existe la posibilidad de que reproduzcan patrones defectuosos con sus hijos, también es posible que quieran cambiar sus aspectos negativos para que los hijos se desarrollen adecuadamente en un futuro. A pesar de que muchos padres quieren tratar a sus hijos distinto de como ellos fueron tratados, siguen repitiendo patrones de interacción que vivieron en su niñez, ya que no conocen otros o no saben como cambiarlos (Torres y Beltrán, 1993).

Bruch (1973), propone que la anorexia nervosa y la obesidad temprana están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna. Ella postula que estos individuos no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables. Aparentemente estos niños se confían a signos externos para saber cuando comer y cuanto, debido a que su propia capacidad de consciencia interna ha sido programada incorrectamente.

Generalmente las madres de este tipo de pequeños dan respuestas inapropiadas e inconsistentes a las necesidades de sus hijos, tienden a ser negligentes o sobreprotectoras, limitantes o indiscriminadamente permisivas, lo que crea en el niño gran confusión. Característicamente los padres de estos niños mencionan que han intentado "TODO" para conseguir que su hijo coma normalmente, es decir, que han recurrido al castigo, chantaje, distracción, obligarlo a comer y sus resultados son negativos (Chatoor, 1987).

Con la finalidad de detectar cuales factores familiares influyen más como predictores de obesidad infantil, se han realizado investigaciones cuyos hallazgos permitieron concluir que: La estructura de la familia (biológica o con padres adoptivos así como el número de hermanos) no afecta significativamente el riesgo de permanecer obesos en la edad adulta. La

negligencia y el abandono paterno incrementan este riesgo en comparación con un apoyo familiar armonioso. Los niños descuidados tenían un riesgo mayor de obesidad infantil así como de permanecer en este estado hasta la edad adulta en comparación con los niños atendidos por sus padres (Lissau y Sorensen, 1994).

Por otro lado se ha examinado el impacto que las relaciones paternas tienen sobre los niños preanoréxicos, particularmente de los modelos que los padres presentan de relaciones maduras entre hombre-mujer. Los investigadores sugieren que los patrones de madres perfeccionistas y de auto-sacrificio, combinado con autoritarismo paterno hacen la madurez sexual aterradora particularmente en las niñas en este tipo de familias y esto posiblemente explique la enorme incidencia de la anorexia nervosa en mujeres y su explosiva aparición en la adolescencia (Gordon, 1989).

Para investigar la relación entre las dinámicas de apego padres-hijos y los trastornos de la alimentación, se realizó un estudio en jóvenes estudiantes anoréxicas y bulímicas y se encontró que estas experimentaban la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con las estudiantes normales. La protección materna la consideraban significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con sujetos normales.

La identificación de una situación paradójica entre sobreprotección y carencia de cuidado se debe a que en este tipo de patrones paternos, los padres excesivamente ansiosos estorban el cuidado realmente significativo para los hijos (Rhodes y Kroger, 1992).

Diversos factores familiares han sido vinculados con el desarrollo y curso de los trastornos alimentarios, sin embargo, estos han sido identificados de manera global y aun no se ha detectado cuales de ellos son los de mayor peso para la aparición y mantenimiento de dichas alteraciones.

Minuchin y sus colaboradores (1978) identificaron cinco patrones primarios observados a partir de 60 familias de anoréxicos y bulímicos mismos que pueden ser los causantes de estas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y poca resolución de problemás.

Estudios realizados por Garfinkel (1983), mostraron que los anoréxicos y sus madres percibían a la familia como que tenía mayores dificultades para tareas de logro, comunicación, ejecución y expresión afectiva comparada con familias normales control. Al parecer la comunicación que había en estas familias era ambigua, con estilos afectivos negativos (crítica, intrusión, comparaciones negativas e inducción de sentimientos de culpabilidad) e inseguridad a la independencia y desapego.

También se ha documentado que los bulímicos perciben a sus familias como poco cohesivas, expresivas y recreativas y con más conflictos cuando eran comparadas con las percepciones de sujetos normales (Johnson y Flach, 1985).

En otras investigaciones se describe a las madres de anoréxicos como: intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas y temerosas de separarse de sus hijos. Por otro lado los padres de estas pacientes son descritos como: obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y lejanos. Generalmente, en estudios de sistema y psicodinámica familiar los resultados convergen en describir a los anoréxicos como sujetos que tienen dificultades para apartarse de la familia y consolidar una separación e identidad (Humphrey, 1986).

La bulimia ha sido fuertemente asociada con la carencia de afecto paterno, con estilos afectivos negativos, hostilidad y patrones desajustados de interacción familiar, impulsividad paterna y con obesidad familiar. La bulimia se cree asociada a una deficiente autosuficiencia y autorregulación proveniente de un medio ambiente familiar inadecuado y adverso (hostil, rechazante, impulsivo,

con discordia, etc.). Esta vulnerabilidad, en un contexto de presión por las dietas y para mantenimiento de un peso corporal bajo, puede dar lugar a los episodios periódicos de "atracones" seguidos de autorreproches y esfuerzos de purgarse para eliminar los alimentos ingeridos. También se ha propuesto que la bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de no haber sido cuidado con amor y como un remedio al intenso dolor que causa el haberse sentido rechazado y solo (Humprey, 1988).

IMAGEN CORPORAL

Distorsión de la imagen corporal es el nombre que se le ha dado a lo que puede considerarse como un factor central y común a los desórdenes alimentarios mismo que agrupa, entre otras, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o del tamaño del cuerpo; deseo de tener un "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas éstas, a las que subyace, un temor, con diferentes grados de profundidad, por el cuerpo su forma y tamaño así como por la comida (Ussher, 1991).

Las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo, con mucho más frecuencia que los varones. Generalmente muestran gran confusión respecto de lo que significa una silueta normal. Resulta indiscutible que la presión social, principalmente ejercida sobre la mujer, juega un papel desencadenante y de perpetuación en la alteración de la imagen corporal (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Un tema importante que recorre gran parte del discurso concerniente a la muchacha adolescente es el de la mujer arquetípica ideal que posee un cuerpo perfecto. La idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una omnipotente influencia en la conciencia de las mujeres y comienza a crear conflicto por primera vez durante la pubertad. Las mujeres de las culturas occidentales son bombardeadas con imágenes de mujeres ideales, principalmente a través de los medios de comunicación (Toro, Salamero y Martínez, 1994). Ellas buscan por cualquier medio, comprimir y rellenar sus cuerpos con el fin de ajustarse algún ideal artificial, las mujeres está interiorizando el mensaje de que el cuerpo natural no es presentable ni atractivo y es necesario cambiarlo.

Los significativos mensajes contenidos en los medios de difusión advierten a la joven que no se fie de su cuerpo, pues puede traicionarla, engordando, emitiendo olores desagradables y sangrando. Al mismo tiempo, la muchacha recibe el mensaje de que su cuerpo es el pasaporte a la felicidad: es a través de su

cuerpo atraerá a un hombre, y esto debería ser su principal objetivo. Dicha actitud, que es inculcada en la adolescencia, reverbera a lo largo de toda la vida de una mujer, resultando en una preocupación constante por su peso, aspecto y una insatisfacción con su cuerpo. La transformación de un cuerpo durante los cambios puberales de la adolescencia que se ajusta al último estereotipo social de belleza femenina en otro más pesado y redondo y, por tanto, considerado como menos atractivo, causa angustia a muchas mujeres adolescentes. Es en esta etapa cuando puede desarrollarse una importante escisión entre el cuerpo y el yo (Orbach, 1986), ya que la joven desarrolla inseguridades respecto a su cuerpo que al parecer está fuera de control. Cuando mira su cuerpo cambiante y lo compara con la norma interiorizada de belleza, se ve a una enorme distancia de ella (Berger, 1972).

A menudo se ha señalado que en contraposición con las personas delgadas (anoréxicas y preanoréxicas), los obesos son más vergonzosos, tímidos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal tendiente a percibirse más pequeños de lo que son, negando de este modo su verdadero tamaño corporal y su problema de obesidad (Bruch, 1980).

El origen de la insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto intervienen un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los otros procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento, y, por el otro es una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción vinculada a la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza para ser aceptado como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

La insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad (Agras, 1988).

La literatura sobre los desórdenes alimentarios, en general, continua aumentando y sus resultados han sugerido que las relaciones disfuncionales, a menudo acompañadas por signos patológicos en los padres, aparecen frecuentemente asociados con el desarrollo y persistencia de dichas alteraciones. Sin embargo, es aun difícil establecer conclusiones definitivas pues los estudios son aislados y con muestras pequeñas, poco representativas. Además, se han enfocado principalmente hacia la anorexia nervosa y bulimia tomando fundamentalmente como sujetos de estudio mujeres jóvenes.

El presente estudio intenta contribuir a una mejor comprensión en la relación existente entre los trastornos alimentarios y aspectos replicables de los estilos de crianza, teniendo como objetivos fundamentales:

a) Explorar, en población aparentemente sana (adolescentes escolares) la relación existente entre los trastornos alimentarios (reflejados en el peso corporal) y la crianza e interacción familiar analizando, de un amplio "menú", aquéllos factores que más consistentemente se asocian como antecedentes de dichos trastornos.

b) Detectar la tendencia de ciertas conductas, actitudes y hábitos alimentarios en una población de adolescentes normales, así como en sus padres y:

c) Conocer la distribución de la variable peso corporal en escolares mexicanos.

Es importante señalar dos aspectos cruciales que abarcó este estudio : el primero de ellos fue el de considerar a la obesidad dentro de los trastornos alimentarios y como segundo el de elegir como grupo de estudio a sujetos de ambos sexos en edades que van de los 12 a los 15 años, es decir una población que comprende la adolescencia debido a que se ha considerado como un grupo de riesgo, además de que la reciente literatura no ha sido hasta el momento relevante dentro del contexto familiar y su trascendencia en el desarrollo y mantenimiento de

las alteraciones en la conducta alimentaria tomando como sujetos de estudio a adolescentes dentro de este rango de edad.

Para llevar a cabo este trabajo se conformó un instrumento confiable que pudiera ser usado en sujetos de ambos sexos dentro del rango de edad de interés, que permitiera considerar aspectos específicos de la crianza, los cuales han sido propuestos como posibles predictores de alteraciones en la conducta alimentaria.

Finalmente el presente trabajo pretendió ayudar a tener una noción más sistemática de la posible etiología interactiva de los tópicos propuestos y facilitar tanto la comprensión de su surgimiento y desarrollo, como la posibilidad de diseñar campañas preventivas para la promoción de la salud, lo que favorecería una atención especializada y acciones preventivas de alta eficiencia e impacto social.

METODOLOGÍA

DISEÑO EXPERIMENTAL

Si bien el diseño utilizado en el presente estudio no es estrictamente experimental en el sentido de haber administrado una variable independiente a fin de observar su efecto en una dependiente o más dependientes, el esquema de comparaciones utilizado podría describirse como un diseño de grupos contrastados (Hernández, Fernández, y Baptista, 1994). El procedimiento de contrastación consistió en extraer del banco computarizado inicial de los datos totales de la muestra, los datos de aquellos sujetos con los valores más altos, los medios y los más bajos en la variable del estado de nutrición clasificados por medio de su índice nutricional.

Las características del tipo de estudio lo hicieron ser, transversal ya que se recolectaron los datos en un solo momento mediante mediciones simultáneas ; correlacional pues se tenía como finalidad el analizar la asociación entre la crianza y conductas alimentarias y los diferentes grupos de peso y de campo puesto que se llevó a cabo en sus condiciones naturales.

MUESTRA Y SUJETOS

La muestra por cuota no probabilística quedó formada por una N=540 adolescentes de tercero de secundaria, de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre los 13 y los 15 años. Para obtener la muestra se solicitó a varias secundarias ubicadas en la zona metropolitana su autorización para aplicar el instrumento diseñado para la presente investigación. Finalmente se obtuvieron 4 escuelas secundarias, dos de carácter público y dos de privado

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en este trabajo fue de formato mixto cuya versión final constó de 80 reactivos agrupados en dos secciones. La mayoría de ellos fueron del tipo de la escala de Likert proporcionando una escala de 6 categorías de respuesta en donde se equiparaba:

Siempre = 6

Frecuentemente = 5

A veces sí a veces no = 4

Pocas veces = 3

Casi nunca = 2

Nunca = 1

Áreas exploradas

La primera sección del instrumento utilizado en este trabajo quedó estructurada por 44 reactivos del inventario SEVIC (Salud y Estilos de Vida y Comportamiento) (Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán, 1992). La elección de estos ítems se efectuó a partir de la sección de estilos de crianza e interacción familiar del SEVIC, la cual consta originalmente de 106 reactivos que recolectan información sobre variables de crianza, relación con hermanos, padres, maestros y compañeros ; problemas conductuales de los progenitores tales como alcoholismo y otras adicciones, prácticas afectivas entre padres e hijos y entre la pareja , prácticas y problemas relacionados con la sexualidad , relaciones laborales, amistades y escuela, así como datos sociodemográficos.

Los criterios para seleccionar los 44 reactivos que conformaron la primera parte del cuestionario , consistieron en incluir aquellos que exclusivamente recopilaban información sobre estilos de ejercer autoridad y control , relación con hermanos y padres, prácticas afectivas entre padres e hijos y relación de pareja (reactivos del 13 al 46). Los primeros diez reactivos exploraban las características sociodemográficas de los sujetos

tales como, edad, escolaridad de los padres, número de hermanos y de recámaras en la vivienda, así como condiciones de vida actual

La sección de estilos de crianza e interacción familiar se basó primordialmente en el análisis de las principales líneas de investigación que han documentado por medio de resultados creíbles (por su control metodológico de contaminantes) los componentes interpersonales que definen un estilo de crianza interactivo.(McDavid y Garwood, 1978).

Dos reactivos del instrumento recopilaron información sobre el peso y la talla que el sujeto manifestaba de manera aproximada.

Para estructurar la segunda parte del cuestionario (del 47 al 80), fueron extraídos del ChEAT (Children's Eating Attitudes) y del EDI (Eating Disorders Inventory) 36 ítems. El EDI es un instrumento multidimensional con 64 ítems, de autorreporte diseñado para identificar aspectos psicológicos y conductuales comunes en la anorexia nervosa y la bulimia (alfa= 0.63). Este instrumento consiste de ocho escalas que miden: Preocupación por la delgadez, Bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, ineffectividad, temor a la madurez, desconfianza interpersonal y capacidad para reconocer saciedad y hambre. De estas subescalas se seleccionaron solamente aquellos reactivos que evaluaran : preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal y perfeccionismo por considerarse aspectos incipientes en los trastornos alimentarios.

El ChEAT , cuestionario diseñado para ser aplicado en niños de 8 a 13 años consta de 26 ítems que se emplean para discriminar entre dietistas normales e individuos obesos, anoréxicos y bulímicos (alfa= 0.76). Es uno de los mejores instrumentos para detectar conductas y actitudes alimentarias anormales. Los reactivos elegidos para formar parte del instrumentos fueron aquellos relacionados con :preferencias y prácticas alimentarias, y preocupación e interés por parte de los padres en dichas áreas .

A continuación, los ítems de los instrumentos en inglés fueron traducidos y añadidos a los 44 reactivos referentes a la crianza e interacción familiar . Posteriormente fueron revisados por maestros de secundaria, de primaria así como por personas relacionadas con los temas a investigar.

Con referencia a las críticas dirigidas a los inventarios de autorreporte en las investigaciones, podemos indicar que en este caso, la fraseología utilizada en los reactivos del cuestionario fue con un lenguaje sencillo, claro y accesible, auxiliándose de sinónimos y en ocasiones de términos coloquiales. Además, los reactivos fueron refinándose en claridad y pertinencia a lo largo de varias versiones sucesivas del instrumento.

También se efectuaron tres piloteos en muestras semejantes a la de interés, en los cuales se analizaban si las instrucciones eran claras, si los ítems eran comprendidos por los sujetos, además de tomar el tiempo requerido para contestarlo. Las pruebas piloto se realizaron en muestras pequeñas (entre 25 y 35 sujetos) de estudiantes de primaria y secundaria. Los cambios hechos involucraron la sustitución con sinónimos comprensibles para los niños y adolescentes, el cambio en la fraseología de los enunciados y el orden en las preguntas.

ANTROPOMETRÍA

Las medidas antropométricas que se emplearon para clasificar a los sujetos en tres grupos dependiendo de su estado de nutrición fueron: peso y talla .

Para determinar el peso se empleó una báscula-persona con estadímetro integrado, la cual se utilizó de la siguiente manera: La báscula era colocada en un lugar permanente dentro de las instalaciones del colegio, se balanceaba con un peso conocido (pesa de 3 Kg.) . Una vez calibrada se procedía a pesar a cada niño con la menor ropa posible y que además cubriera los criterios de inclusión previamente establecidos.

Para evaluar la talla, se empleó el estadímetro integrado a la báscula el cual fue previamente estandarizado con un estadímetro de madera. El sujeto era situado de pie, sin zapatos, sobre la superficie de la báscula, con los pies paralelos ligeramente separados de las puntas, con los talones, las nalgas y los hombros, así como la parte posterior de la cabeza en un plano vertical. La cabeza debía de mantenerse cómodamente levantada y el borde inferior de la órbita de los ojos tenía que permanecer

en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo. Los brazos debían quedar en una posición recta, pero distendidos a uno y otro lado del cuerpo. La cabecera del aparato de medición, se bajaba suavemente hasta que aplastara el cabello y estableciera contacto con la parte alta de la cabeza. En la medición se tenía cuidado del volumen y arreglo del cabello.

Los datos del peso y talla se anotaron en la hoja de respuestas de cada sujeto una vez que este había terminado de contestar el cuestionario.

Una vez tomadas las medidas de cada sujeto se procedió a clasificarlos en tres grupos dependiendo de las proporciones entre su peso y su talla. Para formar cada grupo se tomaron las medidas de cada sujeto así como el sexo y la edad. La técnica antropométrica empleada para la clasificación de los adolescentes fue la conocida como ÍNDICE NUTRICIONAL, la cual relaciona el cociente del peso y talla del sujeto con el cociente del peso y talla media (percentil 50 de las tablas , NOM) para su edad y sexo cuya fórmula es la siguiente (Rolland-Cachera, et al, 1984).

$$\text{ÍNDICE NUTRICIONAL} = \frac{\text{Peso actual} / \text{Talla actual}}{\text{Peso medio} / \text{Talla media}} \times 100$$

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

- * Inferior a 90 : Peso bajo o malnutrición
- * De 90 a 110 : Peso normal
- * De 110 a 120 : Sobrepeso
- * Superior a 120 : Obesidad.

Una observación importante de hacer, es que para la mejor clasificación de los sujetos se modificó el rango de la siguiente manera

* Inferior a 85 : Peso bajo

* De 85 a 129 : Peso normal

* De 130 y superior: Peso alto (obesos).

Esta nueva categorización se efectuó con el propósito de disminuir la identificación de sujetos falsos-positivos y falsos negativos al considerar que los sujetos de estudio son adolescentes que se encuentran en crecimiento y con cambios importantes en su composición corporal, de tal modo que al ampliar un poco más los rangos se disminuye la posibilidad de error (Dwyner, 1993).

Las tablas que se emplearon como referencias para considerar los pesos y las tallas promedio de los estudiantes fueron las del NCHS (OMS, 1983) y verificadas con las publicadas en la Norma Oficial Mexicana-008-SSA2. (1993) en la cual se establecen los criterios para determinar el Índice nutricional, crecimiento y desarrollo en niños mexicanos desde menores de un año hasta los diecinueve años de edad.

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenidos los planteles en los cuales se aplicó el instrumento, se procedió a que los alumnos del tercer grado de secundaria respondieran el cuestionario en hojas de lectura óptica, para una codificación más rápida y precisa de los datos. Las instrucciones que se dieron a los participantes fueron las siguientes:

" Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También trata de buscar

maneras de mejorar nuestro bienestar y salud así como la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, es decir, no escribas tu nombre ni hagas anotaciones que te puedan identificar. No hay respuestas buenas ni malas, por favor, contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

La mayoría de las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor, escoge la opción que mejor refleje tu propio caso, rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas, recuerda que solamente puedes escoger una sola opción por pregunta. Este cuestionario no tiene ninguna calificación, ni afectará ninguna de tus materias. Tampoco los resultados serán comunicados a tus padres o familiares.

Lee cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad, con lo que realmente te pasa y no con lo que te gustaría o con lo que debería pasar. De este estudio se podrán elaborar recomendaciones muy útiles para ti mismo o para otras personas y familias, es por ello que tu cooperación es tan importante. Si tienes alguna duda o pregunta, con toda confianza pregunta y con mucho gusto te orientaremos "

Una vez que el participante contestaba todo el cuestionario y se habían aclarado sus dudas, se procedía a tomar su peso y su talla de la manera descrita en la sección de antropometría.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El primer paso consistió en someter al instrumento a un análisis factorial con la finalidad de determinar las dimensiones subyacentes al mismo y contribuir a su validez de constructo. Se seleccionaron aquellas variables cuya carga factorial fuera igual o mayor a $\pm .30$ pues se considera un criterio tradicionalmente utilizado (Kerlinger, 1988).

Posteriormente al análisis factorial del instrumento, todos los datos recopilados a través de él, fueron sometidos a un análisis de frecuencias con la finalidad de observar

de un modo general la manera en que se había comportado la muestra, así como el poder determinar la distribución del peso en todos los sujetos, por sexo y por tipo de escuela.

Antes de comenzar los análisis estadísticos pertinentes , se extrajeron aleatoriamente de la muestra inicial con una $N=540$, 62 sujetos de peso bajo y 62 de peso normal para conformar tres grupos independientes con una población igual. Esto se decidió en base al hecho de que en el momento de categorizar a los participantes en base a su índice nutricional se identificaron 62 sujetos de peso alto (sobrepeso y obesos).

Para realizar los siguientes análisis estadísticos se determinó un punto de corte que se definió como "LIMÍTROFE" con base en la frecuencia de ocurrencia del problema. De las 6 opciones (siempre, más de 80% de las veces; frecuentemente, entre 60 y 80% de las veces; A veces sí a veces no, entre 40 y 60% de las veces; pocas veces, entre 20 y 40% de las veces; casi nunca menos de 20% de las veces ; y nunca menos del 5%) posibles para contestar cada reactivo, se agruparon las respuestas en las opciones más altas (siempre y frecuentemente) y las opciones más bajas (nunca y casi nunca), a lo que se llamó "nivel alto" (mayor al 60% del tiempo) y "nivel bajo" (menor al 20% del tiempo) respectivamente.

Inicialmente se aplicó una prueba de Chi cuadrada por medio de la cual se hicieron comparaciones entre los tres grupos (peso bajo, peso normal y peso alto). Esta se calculó a través de una tabla de contingencia o tabulación cruzada en donde las dimensiones fueron : el estado de nutrición de los sujetos , obtenido por medio del índice nutricional , resultando los tres grupos de peso contra los factores de crianza e interacción familiar así como las variables referentes a conductas y actitudes alimentarias.

Con la Chi Cuadrada se conoció la significancia de las diferencias de crianza y de conductas alimentarias entre los tres grupos de peso. Se realizó un análisis cruzado entre sujetos de peso bajo contra normales y contra los de peso alto. Cabe recordar que los requisitos de medida de esta prueba no rebasan el nivel nominal ni suponen una

distribución normal; los datos se expresaron en frecuencias y debía haber un mínimo de cinco frecuencias por categoría de respuesta. La Chi cuadrada es una prueba basada en la teoría de la máxima probabilidad y se utiliza en el análisis de datos categóricos.

El análisis siguiente consistió en la aplicación de una prueba estadística de varianza unidireccional (ONEWAY) para confirmar diferencias significativas en cuanto a las medias y las varianzas entre los tres grupos de peso. Las variables involucradas fueron; como independiente el grupo por peso y como dependiente cada uno de los reactivos del instrumento. El nivel de significancia predeterminado fue de 0.05. Adicionalmente se compararon cada par de medias y se determinó exactamente en favor de qué grupo se encontraban las diferencias significativas, se aplicaron la prueba de Tukey y el procedimiento de Scheffe.

Debido a que las variables pudieran ser consideradas como de tipo ordinal se decidió efectuar un análisis de varianza Kruskal-Wallis , pues esta prueba preserva la magnitud de los puntajes en un grado mayor que la extensión de la prueba de Chi Cuadrada y es usualmente más sensible a las diferencias entre muestras independientes

RESULTADOS

INSTRUMENTO

Del análisis factorial aplicado al instrumento utilizado en esta investigación, surgieron 17 dimensiones subyacentes con valores eigen mayores de uno los cuales explicaron el 45.5 por ciento del total de la varianza. La rotación Varimax requirió de 20 iteraciones para cubrir el criterio de convergencia. Se seleccionaron las variables cuya carga factorial fuera igual o mayor a .30 y se retuvieron como factores aquéllos que agrupaban un mínimo de cuatro variables. Siguiendo estas especificaciones se obtuvieron 9 factores mismos que se presentan a continuación:

FACTOR 1 RELACIÓN MATERNA

24	Mi madre y yo platicamos como amigos	.75413
22	Mi madre muestra interés en mis opiniones	.71917
33	Yo tengo confianza en mi madre	.70635
38	Mi madre me apoya en dificultades	.68212
31	Mi madre me ordena de modo duro u ofensivo	.61498
29	Mi madre me compara negativamente	.60574
20	La forma como me llevo con mi madre	.58798
39	Cuando hago un esfuerzo me lo reconocen	.44708

FACTOR 2 RELACIÓN PATERNA

23	Mi padre y yo platicamos como amigos	.74857
32	Yo tengo confianza en mi padre	.74436
37	Mi padre me apoya en dificultades	.69501
36	Mi padre me muestra su afecto o cariño	.69502
19	Mi padre muestra interés en mis opiniones	.66947
17	La forma como me llevo con mi padre	-.56229
30	Mi padre me ordena de modo duro u ofensivo	.46705
28	Mi padre me compara negativamente con otros	.45385

FACTOR 3 RELACIÓN DE PAREJA

41	Mis padres se pelean discutiendo a gritos	.79141
44	Mis padres se amenazan con divorcio	.76900
42	Mis padres se pelean con violencia física	.76179
43	Mis padres pelean frente a mí o mis hermanos	.71958

FACTOR 4 PREOCUPACIÓN POR LA DELGADEZ

69	Me vería mejor si tuviera menos peso	.66476
50	Mis padres piensan que estoy delgado, normal, gordo.	.64584
68	Me preocupa llegar a estar gordo	.53991
49	Mis padres me hacen sentir culpable como mucho	.51303
64	Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo	.48488

FACTOR 5 SOCIODEMOGRÁFICO

6	Número total de hermanos	.79726
7	Mi lugar en orden de nacimiento	.72928
21	Mi madre escolarmente llegó	.55810
11	Número total de personas que viven en casa	.55671
18	Mi padre escolarmente llegó	.44733

FACTOR 6 ACTITUDES ALIMENTARIAS PATERNAS

52	Mis padres me presionan para comer	.74806
57	Mis padres me obligan a comer todo lo servido	.67836
59	Mis padres me hacen sentir culpable si como poco	.63015
47	A mis padres les gustaría que comiera más	.58669
62	Mis padres me dan libertad para elegir alimentos	.30612

FACTOR 7 ACTIVIDAD DEPORTIVA

79	Me considero bueno para los deportes	.78667
80	Mis padres me consideran bueno para los deportes	.69866
8	Frecuencia de actividad deportiva	.59725
71	Me considero una persona delgada, normal o gorda	.41506

FACTOR 8 PERFECCIONISMO

76	Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor	.57966
75	Las cosas debo hacerlas perfectamente	.56148
73	Evito que mis padres se disgusten conmigo	.54572
72	Para mis padres solo las cosas bien hechas son importantes	.49077
78	Mis padres se disgustan cuando no termino algo que empecé	.41702
74	Cuando las cosas me salen mal me enojo	.41697

FACTOR 9 IMAGEN CORPORAL

65	El tamaño de mis muslos es	.47794
66	El tamaño de mi trasero es	.41996
70	El tamaño de mi cara es	.37111
63	El tamaño de mi vientre es	.30000

En la tabla 1, se muestran los valores eigen así como el porcentaje de varianza y el Alpha de cada uno de estos factores. A pesar de que los dos últimos factores alcanzaron niveles de confiabilidad interna más bien bajos, no obstante, son valiosos desde el punto de vista teórico y útiles para los propósitos exploratorios del presente estudio.

TABLA 1
FACTORIAL Y CONFIABILIDAD.

Factor	eigenvalor	% varianza	Alpha
1 Relación materna	8.88	11.8	.84
2 Relación paterna	3.94	5.3	.77
3 Relación de pareja	3.13	4.2	.84
4 Preocupación por la delgadez	2.66	3.5	.66
5 Sociodemográfico	2.35	3.1	.68
6 Actitudes alimentarias paternas	2.03	2.7	.63
7 Actividad deportiva	1.94	2.6	.66
8 Perfeccionismo	1.82	2.4	.49
9 Imagen corporal	1.31	1.7	.50

Con base en el análisis de las respuestas de una muestra de 540 adolescentes, y haciendo el análisis de confiabilidad del instrumento conformado por los 9 factores resultantes, los cuales explicaron el 37.3% de la varianza, el valor de Alfa de Cronbach obtenido fue de 0.77.

MUESTRA

Se tuvo acceso a 4 secundarias mixtas ubicadas en la Ciudad de México, dos de carácter público (53.3%) y dos de privado (46.5%). La muestra quedó conformada por 540 estudiantes de ambos sexos (49.7% mujeres y 49.3% hombres), con edades que oscilaban entre los 13 y los 15 años ($X= 14.2$ y $S=.6$).

Según el índice nutricional utilizado, el 67.4% de la población se encontró dentro del rango de normalidad, el 20.7% presentó peso bajo y el 11.5% mostró peso alto (Gráfica 1). Al diferenciar por sexo se observó que la prevalencia de peso alto es de 6.1% para las niñas y de 5.8% para los varones, en peso normal los valores fueron de 35.5% y 30.5% respectivamente, y en cuanto al peso bajo se obtuvieron un 8.1% para mujeres y 13% para hombres. En cuanto al índice nutricional según la naturaleza de la escuela los resultados arrojaron los siguientes porcentajes: escuelas públicas, 13.1% para peso bajo, 32.7% para peso normal y 6.3% para peso alto y las escuelas de tipo privado, 8.0%, 33.4% y 5.2% respectivamente (Tabla 2).

GRAFICA 1. ESTADO NUTRICIO DE LA POBLACION

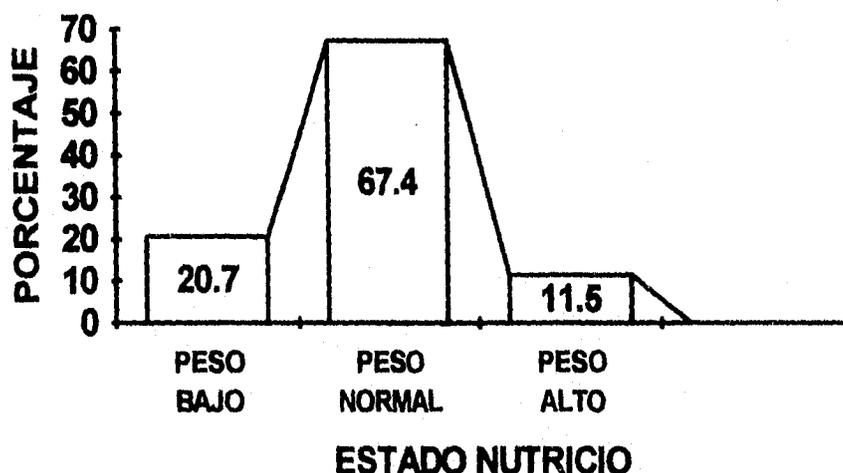


TABLA 2
ÍNDICE NUTRICIONAL POR SEXO Y POR TIPO DE ESCUELA.

	MASCULINO	FEMENINO	PUBLICA		PRIVADA	
			M	H	M	H
PESO BAJO	13.0%	8.1%	4.4%	8.7%	3.7%	4.3%
PESO NORMAL	30.5%	35.5%	17%	15.7%	18.5%	14.9%
PESO ALTO	5.8%	6.1%	3.5%	3.1%	2.6%	2.6%
TOTAL	49.3%	49.7%	24.9%	27.5%	24.8%	21.8%

De la sección del instrumento, que consideraba actitudes y conductas alimentarias, cinco variables resultaron correlacionadas con el Índice nutricional. Dichas variables fueron:

- a) Evito comer alimentos como : pan, papas, chocolates (alimentos que engordan);
- b) Me vería mejor si tuviera menos peso;
- c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a);
- d) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo y ;
- e) A mis padres o tutores les gustaría que comiera más.

La prueba de Chi Cuadrada arrojó los siguientes valores provenientes de las diferencias entre los valores de frecuencias observadas registradas en cada uno de los grupos por peso al establecer una correlación entre ellos.

- a) Evito comer alimentos como: pan, papas,
chocolates (alimentos que engordan) Chi Cuadrada = 11.99798 p .01737
- b) Me vería mejor si tuviera menos peso Chi Cuadrada = 54.21674 p .00000
- c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a) Chi Cuadrada = 21.60038 p .00024

d) Me siento contento(a) con la forma de

mi cuerpo

Chi Cuadrada = 6.42516 p .04025

e) A mis padres o tutores les gustaría que

comiera más

Chi Cuadrada = 11.83691 p .01861

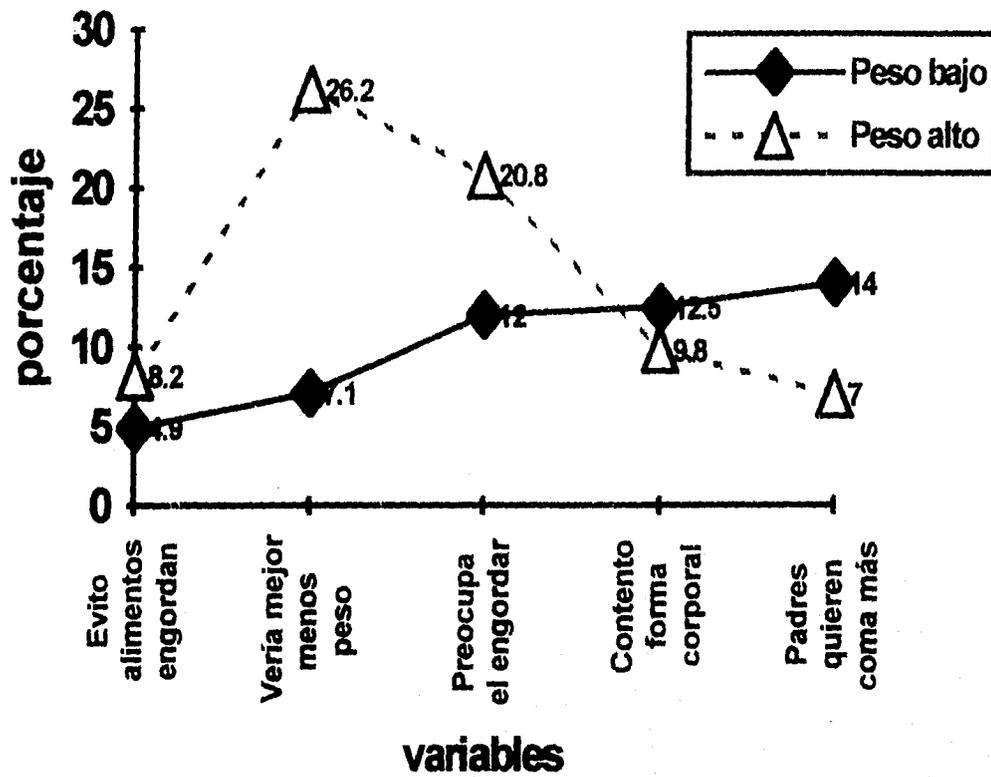
En la siguiente serie de gráficas se presentan las variables que dentro de la segunda parte del instrumento (conductas y actitudes alimentarias) resultaron significativas, con respecto al Índice nutricional de los sujetos, con una probabilidad asociada de ocurrencia aleatoria menor a 0.05.

Para elaborar la gráfica 2, se tomaron los porcentajes de frecuencia observada para las cinco variables significativas en el análisis de Chi Cuadrada, pero solamente se consideraron los del grupo de peso bajo y los de peso alto para establecer una comparación entre ellos.

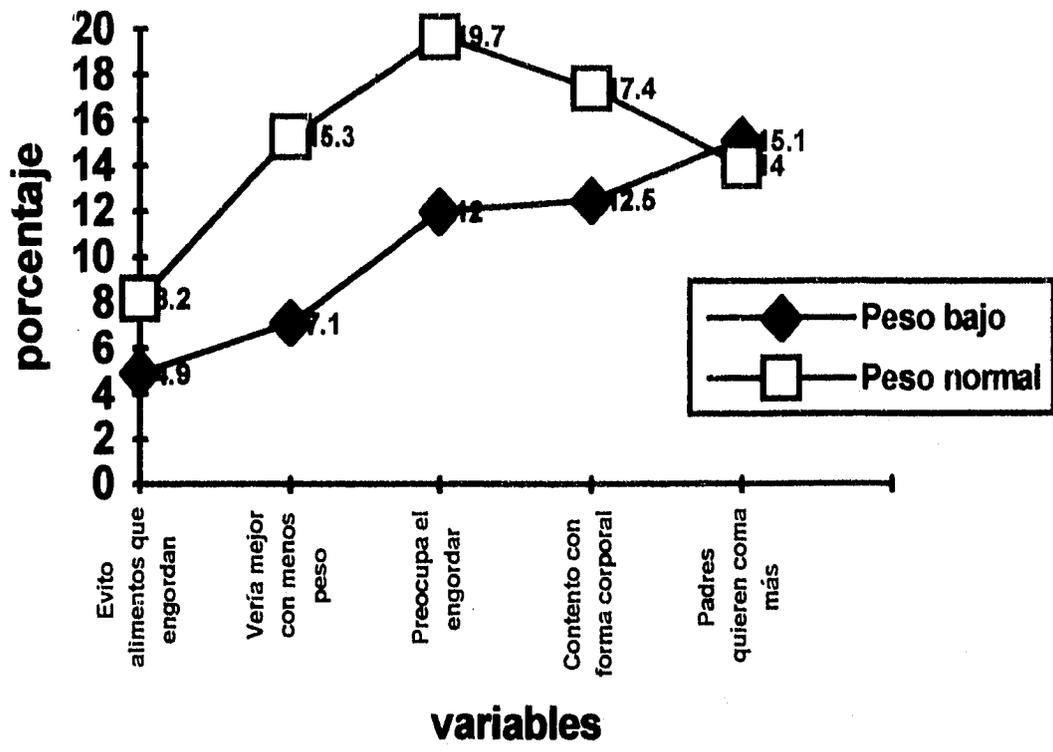
Primeramente los porcentajes registrados para la variable a) Evito alimentos que engordan los sujetos de peso bajo tuvieron 4.9% contra un 8.2% para el peso alto. Para la segunda, b) Me vería mejor con menos peso los porcentajes fueron, 7.1% y 26.2% respectivamente. En la tercera variable, c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a), peso bajo 12% y peso alto 20.8%. A continuación la cuarta variable, d) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo, los resultados para el peso bajo fueron 12.5% y para el peso alto de 9.8%. En la variable e) A mis padres o tutores les gustaría que comiera más los valores son para el peso bajo 14% y para peso alto 7%

La gráfica 3 presenta los porcentajes de frecuencia observada en los grupos de bajo peso y de peso normal, dichos valores fueron: Para la variable a) Evito comer alimentos como: pan, papas, chocolates (alimentos que engordan) el grupo de peso bajo obtuvo 4.9% y el de peso normal 8.2%. En la variable, b) Me vería mejor si tuviera menos peso, los de bajo peso registraron un 7.1% contra un 15.3% de los de peso normal. En la variable c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a) los sujetos de bajo peso arrojaron un

12% mientras que los de peso normal alcanzaron un 19.7%. Para la variable d) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo los porcentajes fueron de 12.5% y 17.4% respectivamente. Por último en la variable, e) A mis padres o tutores les gustaría que comiera más, los sujetos de peso bajo obtuvieron un 15.1% y los de peso normal un 14%

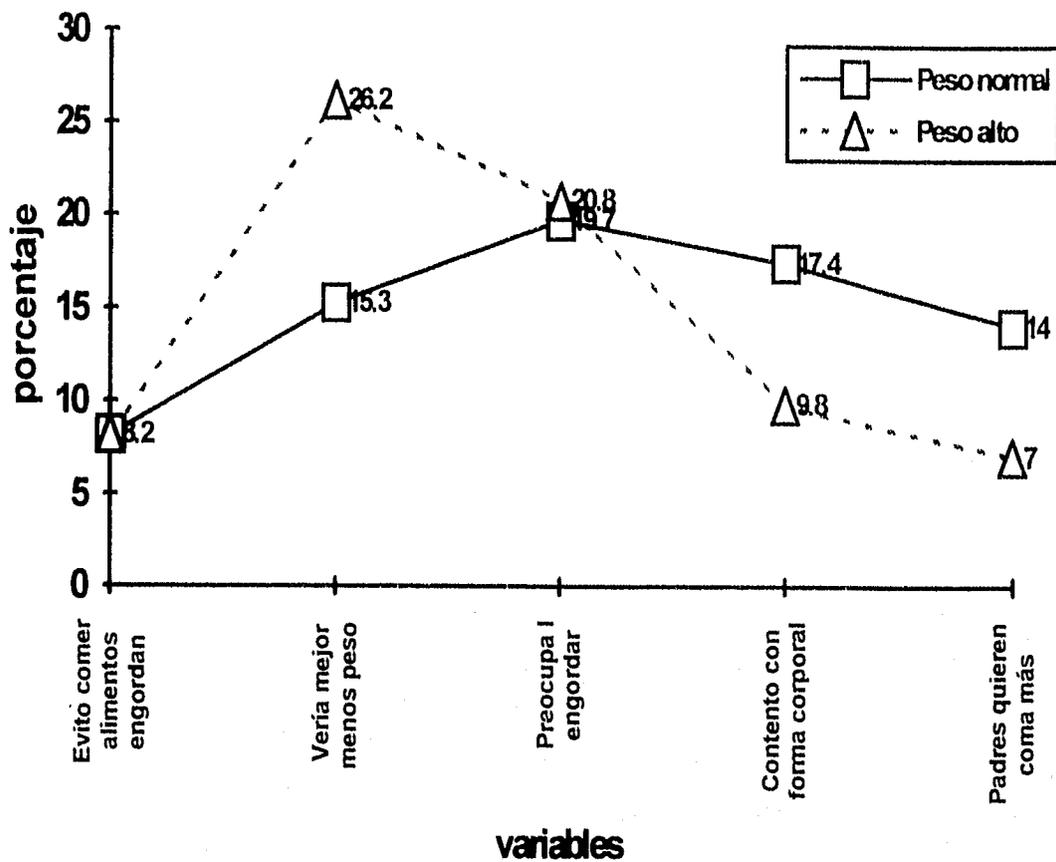


GRÁFICA 2. ESTADO DE NUTRICIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS PESO BAJO CONTRA PESO ALTO



GRÁFICA 3 . ESTADO DE NUTRICIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
PESO BAJO CONTRA PESO NORMAL

En la última gráfica de esta serie (Gráfica 4) se reportan los porcentajes de frecuencia observada contrastando los grupos de peso normal y peso alto. Para estos los porcentajes fueron : Variable a) Evito comer alimentos que engordan, 8.2% para ambos grupos. Variable b) Me vería mejor con menos peso, 15.3% para peso normal y 26.2% para peso alto. Variable c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a), peso normal 19.7% y peso alto 20.8%. Variable d) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo, peso normal 17.4% contra 9.8% del grupo peso alto. En la quinta y última variable e) A mis padres o tutores les gustaría que comiera más, para peso normal hubo un 14% mientras que para el peso alto el porcentaje fue de 7%.



GRÁFICA 4 . ESTADO DE NUTRICIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
PESO NORMAL CONTRA PESO ALTO

De las cinco variables graficadas , se procedió a analizar si estadísticamente también eran significativas, por lo cual por medio de un ANOVA, se encontraron los siguientes datos:

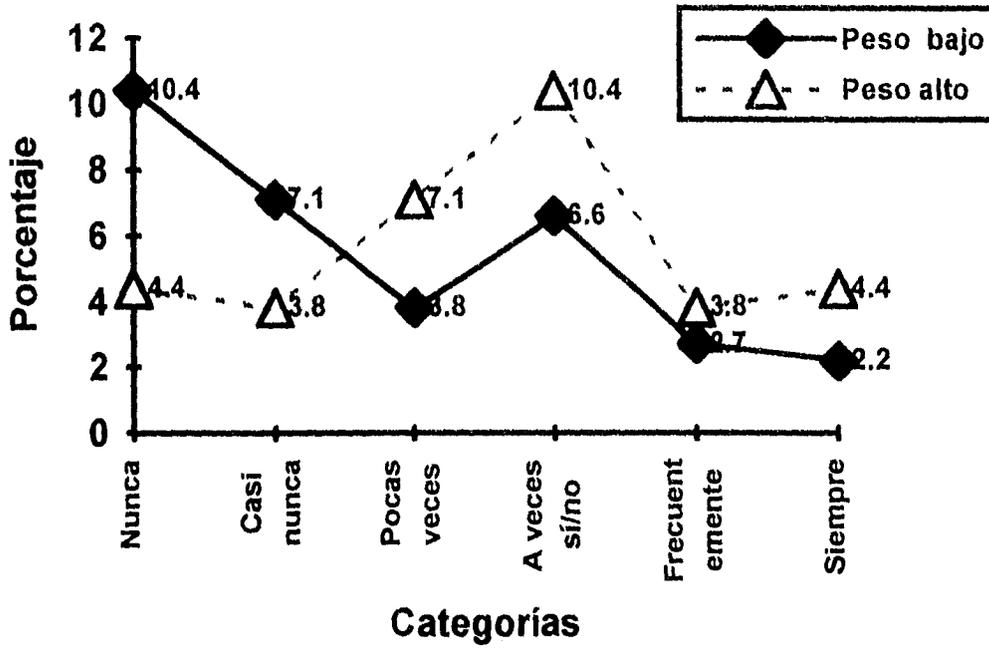
	Razón F	Probabilidad F
a) Evito comer alimentos que engordan.	4.5932	.0113
b) Me vería mejor con menos peso.	34.8953	.0000
c) Me preocupa el llegar a estar gordo(a)	8.1996	.0004
d) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo	7.3946	.0008
e) A mis padres les gustaría que comiera más	5.8621	.0034

Debido a que estas cinco variables también resultaron estadísticamente significativas en el análisis de ANOVA , se decidió graficarlas en base a las categorías de respuesta. En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que cae en cada categoría pero en esta ocasión solamente se presentan las comparaciones entre los sujetos de peso bajo y de peso alto por considerarse como los grupos de mayor interés.

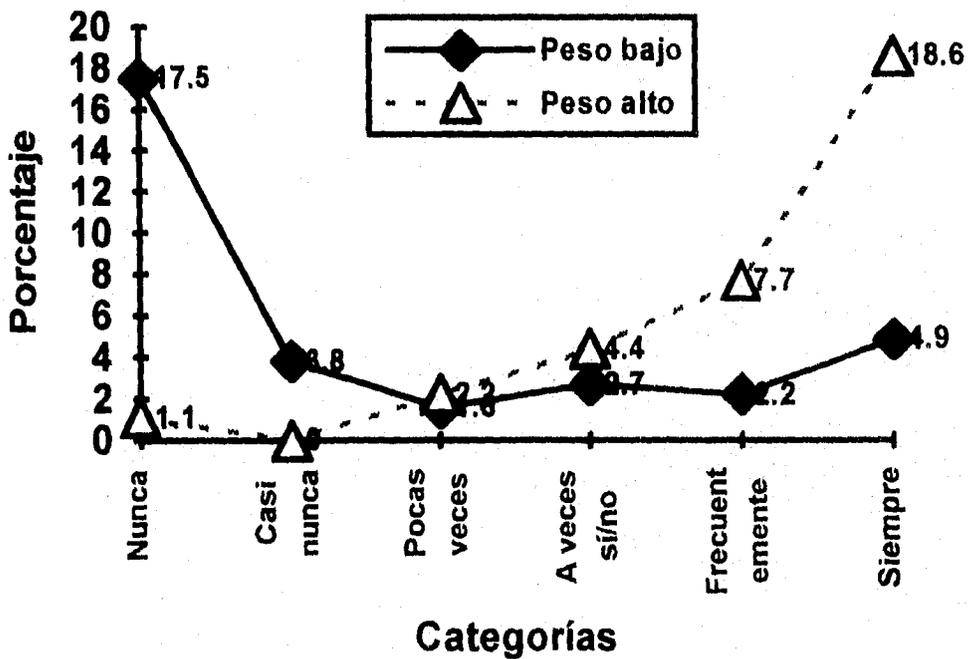
La gráfica 5, muestra la distribución porcentual de los sujetos de peso bajo y peso alto, en función de la frecuencia con que ellos evitan comer alimentos que consideran "engordadores"(pan, papas, chocolates, etc.). Mientras que el porcentaje de sujetos de bajo peso que reportaron evitar alimentos de este tipo nunca y casi nunca fue de 10.4% y 7.1%, los sujetos de peso alto arrojaron un valor de 4.4% y 3.8% respectivamente. En contraste, mientras que el porcentaje de sujetos de peso bajo que refirieron evitar alimentos "engordadores" frecuentemente y siempre fue de 2.7% y 2.2% , los sujetos de peso alto registraron porcentajes de 3.8% y 4.4% respectivamente.

En términos de incidencia general, las pendientes de ambas distribuciones describen una tendencia descendente hacia los valores altos de la evitación de alimentos que engordan, con promedios que van desde 7.4% para ambos grupos en la categoría más baja de evitación, hasta 3.3% en el valor promedio más alto.

En la gráfica 6, se presentan los resultados para las diferencias entre los sujetos de peso bajo y peso alto, en términos del porcentaje referido por ellos en cuanto al hecho de que se verían mejor si tuvieran menos peso corporal. En esta ocasión, los sujetos con peso bajo registraron que siempre se verían mejor con menos peso, solamente en un 4.9% contra un 18.6% manifestado por los de peso alto. En el otro extremo del continuo, 17.5% de los sujetos con peso bajo manifestaron que nunca se verían mejor con menos peso contra un 1.1% arrojado por los de peso alto. La pendiente de la distribución de los sujetos con peso alto, es sumamente pronunciada hacia los valores altos del continuo, mientras que la de los de peso bajo después de presentar una caída brusca de la categoría nunca hacia casi nunca en aproximadamente un 16.4%, se mantiene relativamente estable a lo largo del continuo.

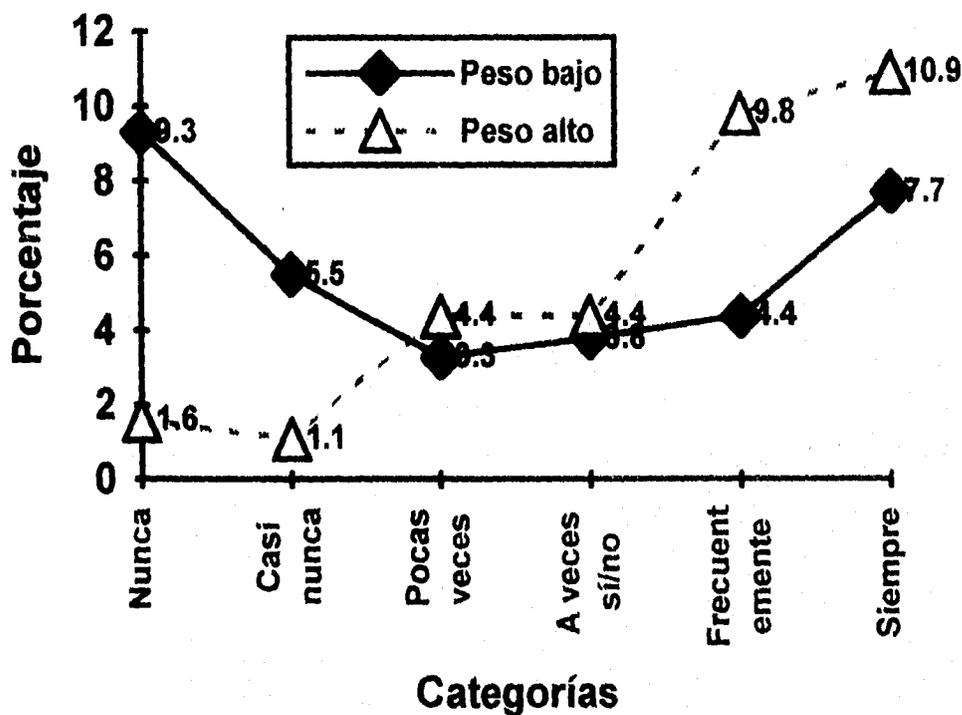


GRÁFICA 5.
ESTADO DE NUTRICIÓN Y EVITO COMER ALIMENTOS QUE ENGORDAN



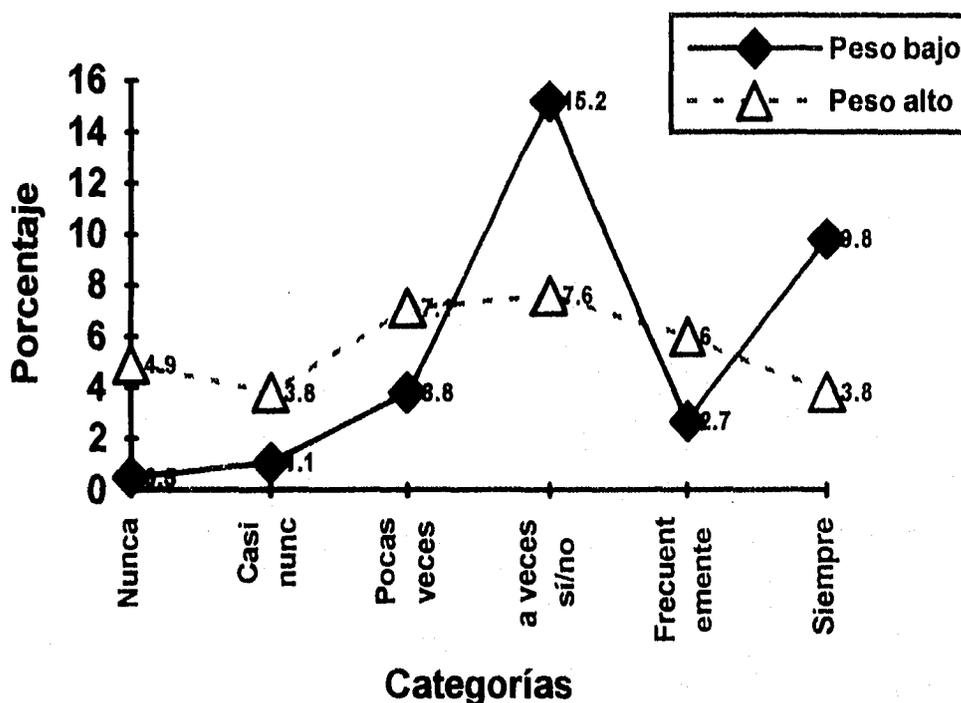
GRÁFICA 6.
ESTADO DE NUTRICIÓN Y ME VERÍA MEJOR CON MENOS PESO.

Para la gráfica 7, se tomaron los porcentajes reportados por los dos grupos para la variable referente a la preocupación por llegar a estar gordo(a). Los sujetos de peso bajo arrojaron valores de 9.3% y 5.5% para las categorías nunca y casi nunca y en estas mismas los de peso bajo refirieron porcentajes de 1.6% y 1.1% respectivamente. Los valores manifestados para las categorías de frecuentemente y siempre por los de bajo peso fueron 4.4% y 7.7% respectivamente, mientras que los de peso alto tuvieron 9.8% y 10.9% en la misma clasificación. En esta gráfica, inicialmente los valores se encuentran considerablemente separados con diferencias aproximadas de 7.7% , en la parte media del continuo ambos grupos presentaron un comportamiento muy similar para separarse nuevamente, aunque de una manera menos drástica hacia los valores altos.



GRÁFICA 7
ESTADO DE NUTRICIÓN Y PREOCUPACIÓN POR LLEGAR A ESTAR GORDO.

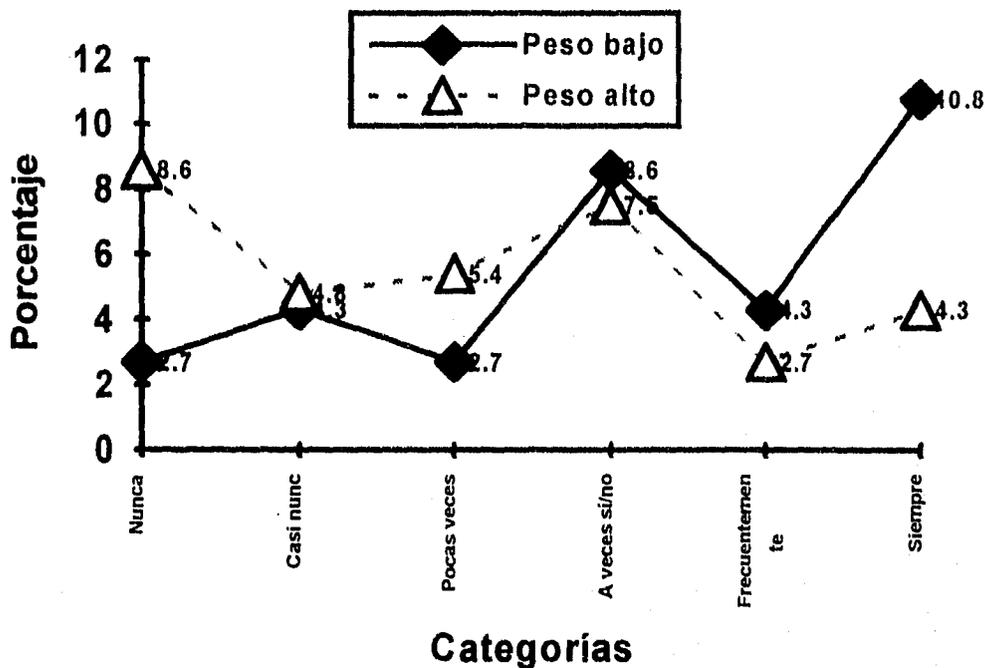
La gráfica 8 muestra los porcentajes arrojados para la variable contenido(a) con la forma de mi cuerpo en ambos grupos de peso. Los sujetos de peso bajo registraron solamente un 0.5% para la categoría nunca contra un 4.9% de los de peso alto. En el centro de la gráfica, en donde se localiza la categoría de a veces sí, a veces no, es el punto en el que se observó una diferencia importante entre los porcentajes de los grupos siendo de 15.2% para los de bajo peso y 7.6% para los de peso alto. Al final del continuo nuevamente se da una alza en la pendiente hacia los valores altos, pero en esta ocasión corresponde a los sujetos del grupo de peso bajo quienes registrando un porcentaje de 9.8% contra uno de 3.8% de los de peso alto, permiten apreciar una diferencia , aproximadamente de 6%.



GRÁFICA 8.
ESTADO DE NUTRICIÓN Y CONTENIDO CON FORMA CORPORAL.

En la gráfica 9, se muestran las distribuciones en relación con la frecuencia con la que los sujetos de peso bajo y alto manifestaban que a sus padres les gustaría que comieran más. Los sujetos de peso bajo arrojaron un porcentaje de 2.7% para la

categoría nunca contra un 8.6% de los de peso alto. En los valores altos correspondientes a la categoría de siempre, los sujetos de peso bajo reportaron un valor de 10.8% contra un 4.3% de los de peso alto. Los porcentajes permiten apreciar que en los dos extremos del continuo estos se separan, aunque de manera inversa y en la parte media tienen un comportamiento similar ambos grupos



GRÁFICA 9
ESTADO DE NUTRICIÓN Y PADRES GUSTARÍA QUE COMIERA MÁS

El estado de nutrición de los sujetos (peso bajo, peso normal y peso alto) correlacionó significativamente con cuatro de los reactivos relacionados con el estilo de crianza:

- Cuando mi padre o tutor me manda hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo
- Mi padre o tutor dice cosas de mí que me hacen sentir tonto o inútil y me compara negativamente con otros.
- Mis padres o tutores se disgustan cuando no termino algo que empecé.
- Mi madre (o tutora) y yo platicamos como buenos amigos(as).

La prueba de Chi Cuadrada reveló, para estos reactivos, las siguientes diferencias entre los sujetos en cada grupo de peso; en función de los respectivos estilos de crianza o variables recurrentes experimentadas durante su niñez y adolescencia, todas significativas con una probabilidad asociada de ocurrencia aleatoria menor a .05

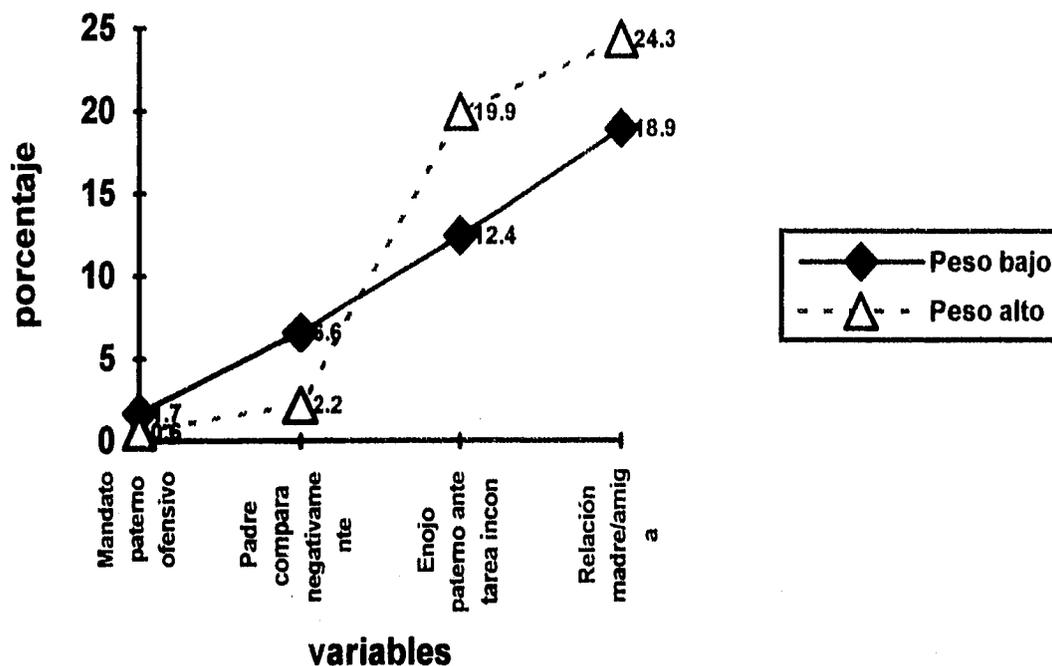
a) Mandato paterno ofensivo:	Chi Cuadrada = 10.640	p .03138
b) Padre compara negativamente:	Chi Cuadrada = 10.613	p .03127
c) Disgusto paterno ante tarea inconclusa:	Chi Cuadrada = 17.92692	p .00128
d) Relación materna como amigos:	Chi Cuadrada = 13.3529	p .00967

De las gráficas 10 a la 12 se muestran los porcentajes de frecuencia observada de los sujetos en los grupos contrastados en función de características específicas del estilo de crianza de sus padres.

En cada caso la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que afirmó experimentar las cuatro variables significativas del tipo específico de interacción con sus padres durante su vida actual. Los símbolos de cada punto de dato en las gráficas (rombo, cuadrado o triángulo) unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de porcentaje de frecuencia observada con que refirieron su relación paterna o materna, según el caso.

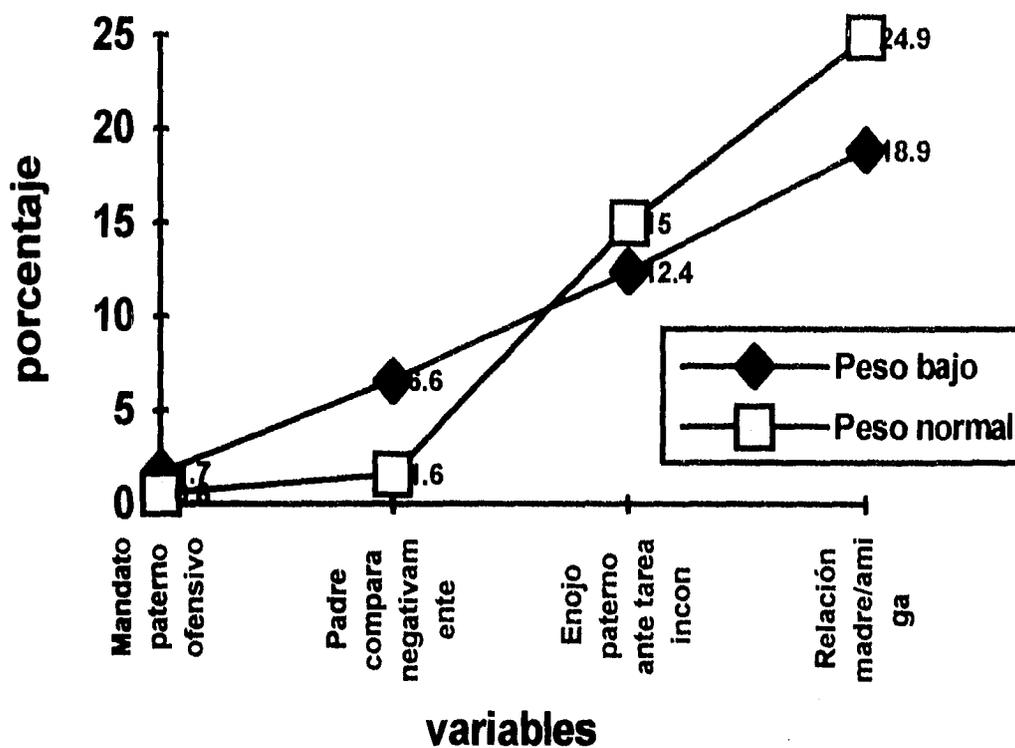
La gráfica 10, muestra el porcentaje de los sujetos de peso bajo y peso alto, en función de las variables que resultaron significativas en el análisis de Chi Cuadrada. Primeramente encontramos que el porcentaje de los sujetos de peso bajo en la variable : a) Mandato paterno ofensivo es de 1.7% contra 0.6% manifestado por los de peso alto. En la variable b) Mi padre me compara negativamente con otros, el porcentaje para los de bajo peso fue de 6.6% contra 2.2% de los de peso alto . Para la variable c) Disgusto paterno ante tarea inconclusa esta diferencia en porcentajes es mayor, para los de peso bajo con un 12.4% contra un 19.9% de los de peso alto. En la última variable d) Relación materna como amigos, la diferencia es aún mayor

pues para los de bajo peso este porcentaje es de 18.9% mientras que para los de peso alto es de 24.9%.



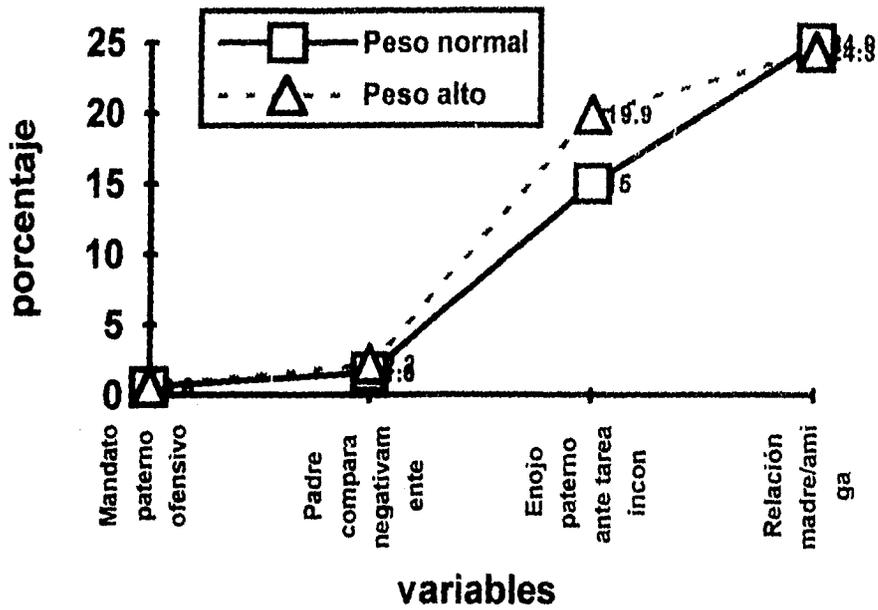
GRÁFICA 10 ESTADO DE NUTRICIÓN Y CRIANZA
PESO BAJO CONTRA PESO ALTO

En la gráfica 11, se muestran los porcentajes para las mismas variables pero estableciendo una comparación entre los sujetos de peso bajo y los de peso normal. Para la variable a) Mandato paterno ofensivo los porcentajes arrojados fueron para peso bajo 1.7% y para peso normal 0.6% . En la siguiente variable b) Mi padre me compara negativamente los valores fueron en peso bajo de 6.6% y en peso normal resultaron en un 1.6%. Para la variable c) Disgusto paterno ante tarea inconcluyente los valores se invierten siendo de 12.4% para los de bajo peso mientras que para los de peso normal fue de un 19.9%. En la última variable d) Relación materna como amigas los porcentajes fueron de 18.9% para peso bajo y de 24.9% para peso normal.



GRÁFICA 11 ESTADO DE NUTRICIÓN Y CRIANZA
PESO BAJO CONTRA PESO NORMAL

En la gráfica 12, en la cual se contrastaron el peso normal con el peso alto, los porcentajes obtenidos fueron para la variable, a) Mandato paterno ofensivo, 0.6% para ambas categorías de peso. En la variable b) Mi padre me compara negativamente los datos arrojaron un 1.6% para peso normal y un 2.2% para peso alto. Los valores en la variable, c) Enojo paterno ante tarea inconclusa, de 15% para peso normal y de 19.9% para peso alto. Finalmente, en la variable d) Relación materna como amigos, correspondió al peso alto un valor de 24.3% y al peso normal uno de 24.9%.



GRÁFICA 12 ESTADO DE NUTRICIÓN Y CRIANZA
PESO NORMAL CONTRA PESO ALTO

Para explorar con otro análisis si los porcentajes de frecuencia observada eran estadísticamente significativos, se procedió a aplicar un ANOVA a las variables que resultaron significativas en el análisis de Chi Cuadrada, obteniéndose los siguientes valores:

	Razón F	Probabilidad F
a) Mandato paterno ofensivo	4.9301	.0082
b) Padre compara negativamente	1.5762	.2096
c) Enojo paterno ante tarea inconclusa	2.7268	.0681
d) Relación materna como amigos(as)	1.5045	.2249

Dos variables que se analizaron de manera independiente fueron aquellas relacionadas con la actividad deportiva tanto cuantitativa como cualitativamente. La primera de ellas correspondió a la variable de frecuencia de actividad deportiva y la segunda a la frecuencia con la que el sujeto se consideraba bueno para los deportes. Los resultados comparativos entre los tres grupos según el peso se muestran en las tablas siguientes.

TABLA 3. FRECUENCIA DE ACTIVIDAD DEPORTIVA POR GRUPO DE PESO

	PORCENTAJE DE FRECUENCIA OBSERVADA		
	Peso Bajo	Peso Normal	Peso Alto
Diariamente	9.1	10.2	4.3
Tres veces / semana	2.2	7.0	5.4
Dos veces/semana	7.5	4.8	4.3
Una vez/semana	3.2	2.7	7.5
Ocasionalmente	8.6	7.5	8.6
No practico ninguno	2.7	1.1	3.2

TABLA 4. BUENO PARA LA ACTIVIDAD DEPORTIVA POR GRUPO DE PESO

	PORCENTAJE DE FRECUENCIA OBSERVADA		
	Peso Bajo	Peso Normal	Peso Alto
Nunca	1.6	1.6	3.8
Casi nunca	1.1	2.7	2.7
Pocas veces	3.8	3.2	4.3
A veces sí a veces	10.8	10.8	12.4
Frecuentemente	4.8	3.8	7.5
Siempre	11.3	11.3	2.7

En las tablas anteriores los sujetos de peso bajo realizan casi en un 8% más la actividad física en comparación con los sujetos de peso alto al agrupar los valores extremos de diariamente y dos veces por semana. En cuanto a los valores en el otro extremo, es decir ocasionalmente y no practico ninguno, los tres grupos tienen un comportamiento similar.

Por otro lado los sujetos de bajo peso y normales son sumamente parecidos en cuanto a la manera como se perciben como "buenos para los deportes" y que ambos grupos presentan iguales porcentajes en las categorías nunca con un 1.6% y siempre

El valor de Chi Cuadrada para la variable, frecuencia en el deporte fue de 19.3624 con un nivel de significancia de 0.03589 ($F= 3.5969$, $gl=2$, $p= .0294$) y para la variable de que tan buenos se consideraban para los deportes el valor de Chi Cuadrada fue de 18.02658 con significancia de 0.05452 ($F=4.8279$, $gl=2$, $p= .0019$).

De la segunda parte del instrumento se identificaron otra serie de variables que resultaron tanto descriptiva como estadísticamente significativas todas ellas relacionadas con cambios en la alimentación y percepción de la forma corporal.

Cuando a los sujetos se les preguntaba sobre el hecho de haber efectuado cambios en su régimen de alimentación, las respuestas registraron los siguientes porcentajes: el 11.4% de los de bajo peso sí habían hecho cambios en su régimen de alimentación, ascendiendo este valor en los de peso normal y peso alto a un 20% y un 22.7% respectivamente. En cuanto al no haber hecho cambios los porcentajes registrados fueron para los de bajo peso 21.1%, peso normal 13.5% y peso alto 10.8%. La Chi Cuadrada arrojó un valor de 16.21 con una significancia de .00274

Posteriormente de los que respondieron que sí habían efectuado cambios en su alimentación, al preguntarles para que habían hecho este cambio en su régimen los valores que mayor peso tuvieron fueron los registrados en las categorías de:

1) Para bajar de peso , con valores de 6.9% para peso bajo, 19% peso normal y 37.1% peso alto

2) Para mejorar mi salud con porcentajes de 8.6%, 10.3% y 2.6% respectivamente. El valor de Chi Cuadrada para esta variable fue de 34.53 con una significancia de .00051.(Tabla 5)

TABLA 5. CAMBIOS EN EL RÉGIMEN DE ALIMENTACIÓN POR GRUPOS DE PESO
PORCENTAJE DE FRECUENCIA OBSERVADA

	Peso Bajo	Peso Normal	Peso Alto
Para bajar de peso	6.9	19	37.1
Para subir de peso	5.2	3.4	0.0
Para mejorar salud	8.6	10.3	2.6
Por enfermedad	0.9	0.9	0.9
Otra razón	1.7	0.9	0.9

Finalmente, las variables que arrojaron resultados significativos en los análisis estadísticos aplicados fueron cinco, referentes a la percepción de la forma corporal. Las primeras tres revelaron la manera en que los sujetos de cada uno de los grupos de peso autoperceben determinadas regiones de su cuerpo , específicamente: trasero, muslos y vientre. Las otras dos se refieren a la percepción que del tamaño corporal tienen tanto los sujetos como sus padres o tutores.

En la categoría de respuesta en donde los sujetos percibían de tamaño pequeño su vientre, un 6.7% correspondió a los de peso bajo, 2.8% a los de peso normal y 8.7% a los de peso alto. En la segunda categoría en la que consideraban el tamaño de su vientre como adecuado, el 23.9% fue registrado por los sujetos de peso bajo, un 22.2% por los de peso normal y para los de peso alto un 12.8%. En la siguiente categoría en la que se percibían con un tamaño de vientre grande, los de peso bajo refirieron un 3.3%, los de peso normal un 8.9% y los de peso alto un 17.8%. El valor de Chi Cuadrada para esta variable fue de 32.63879 con una significancia 0.00000.

En la variable en la que se evaluaba el tamaño de los muslos los resultados fueron : para la categoría de tamaño pequeño, los de peso bajo refirieron un 4.3%, los de peso normal un 2.2% y los de peso alto un 1.6%. Para la segunda categoría que comprende el tamaño adecuado los porcentajes fueron, 25%, 22.3% y 17.4% respectivamente. En la última categoría referente a un tamaño grande de los muslos, los de bajo peso manifestaron un 4.3% contra 8.2% de los de peso normal y 14.7% para los de peso alto. La Chi Cuadrada en esta ocasión alcanzó un valor de 16.21088 y una significancia de .00275.

Para la tercera variable, involucrada con el tamaño de la cadera, los sujetos del peso bajo señalaron un 5.9% para el tamaño pequeño, un 24.2% para el tamaño adecuado y solamente un 3.2% para el grande. Los sujetos pertenecientes al grupo de peso normal registraron un 2.2% para tamaño pequeño, 24.2% para adecuado y 7.0% para grande. El grupo de peso alto presentó porcentajes de 1.6%, 17.2% y 14.5% para cada categoría respectivamente. La Chi Cuadrada para este conjunto de datos fue de 24.01687 y un valor de .00008 para la significancia.(Tabla 5).

TABLA 6. PERCEPCIÓN DEL TAMAÑO CORPORAL POR REGIONES

REGIÓN/TAMAÑO	PORCENTAJE DE FRECUENCIA OBSERVADA		
	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO
VIENTRE			
Pequeño	6.7%	2.8%	8.7%
Adecuado	23.9%	22.2%	12.8%
Grande	3.3%	8.9%	17.8%
MUSLOS			
Pequeño	4.3%	2.2%	1.6%
Adecuado	25%	22.3%	17.4%
Grande	4.3%	8.2%	14.75%
CADERA			
Pequeño	5.9%	2.2%	1.6%
Adecuado	24.2%	24.2%	17.2%
Grande	3.2%	7.0%	14.5%

La tendencia que los porcentajes presentaron para los sujetos de peso bajo y normal, oscilaba entre las categorías de pequeño a adecuado mientras que para los de peso alto estos porcentajes se sesgaban hacia la categoría en la que el tamaño de la región evaluada se percibía grande con valores que oscilaban desde un 14.5% hasta un 17.8%.

Los valores obtenidos para estas tres variables en el análisis de varianza fueron estadísticamente significativos, confirmando las diferencias observadas en los porcentajes y cayendo dichas diferencias en el grupo de peso alto, siendo:

- a) El tamaño de mi vientre (panza o estómago) F= 12.3963 p=.0000 gl=2
 b) El tamaño de mis muslos F= 6.1135 p=.0027 gl=2
 c) El tamaño de mis caderas F= 8.3798 p=.0003 gl=2

Los últimos resultados registrados para la percepción corporal por parte de los sujetos y por parte de sus padres o tutores revelaron pequeñas diferencias en cuanto a los porcentajes de frecuencias siendo estos valores los presentados en la tabla 6.

TABLA 6. PERCEPCIÓN DEL TAMAÑO CORPORAL POR PADRES Y SUJETOS

	PORCENTAJE DE FRECUENCIAS OBSERVADAS		
	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO
PERCEPCIÓN POR PARTE DE PADRES			
Delgado	18.5%	7.1%	0.0%
Normal	14%	20.1%	10.9%
Gordo	0.5%	6.5%	22.3%
PERCEPCIÓN POR PARTE DE SUJETOS			
Delgado	18.8%	5.9%	1.1%
Normal	12%	17.7%	9.1%
Gordo	1.6%	9.7%	23.1%

A pesar de que las diferencias entre porcentajes de frecuencias observadas fueron pequeñas, estas si resultaron estadísticamente significativas, cayendo dichas diferencias principalmente en el grupo de peso normal . En el análisis de varianza se encontraron los siguientes resultados:

- a) Percepción corporal por parte de los padres $F= 54.9104$ $p = .0000$ $gl=2$
 b) Percepción corporal por parte de los sujetos $F= 49.6640$ $p = .0019$ $gl=2$

Como último paso se llevó a cabo un análisis de varianza del tipo Kruskal-Wallis para grupos independientes debido a que algunas de las variables pueden ser consideradas de naturaleza ordinal, los resultados obtenidos fueron igualmente significativos para casi todas las variables antes examinadas, mismos que se reportan a continuación:

	Chi cuadrada	significancia
1) Evito comer alimentos como : pan, papas, chocolates (alimentos que engordan).	8.6046	.0135
2) Me vería mejor si tuviera menos peso.	46.3295	.0000
3) Me preocupa el llegar a estar gordo(a).	12.2427	.0022
4) Me siento contento(a) con la forma de mi cuerpo.	13.2576	.0013
5) A mis padres o tutores les gustaría que comiera más.	11.3648	.0034
6) Cuando mi padre (o tutor) me manda a hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo.	10.4161	.0055
7) Mis padres o tutores se disgustan cuando no termino algo que empecé.	5.4896	.0564
10) Frecuencia de actividad deportiva	6.7754	.0338
11) Me considero bueno para los deportes.	9.2309	.0099
12) Cambios en el régimen de alimentación.	15.3462	.0003
13) Tipo de cambio de régimen	25.7197	.0000
14) Tamaño del vientre (panza o estómago)	27.7948	.0000
15) Tamaño de los muslos.	14.4776	.0007
16) Tamaño de las caderas.	20.3557	.0000
17) Percepción corporal por parte de los padres.	78.9854	.0000
18) Percepción corporal por parte de los sujetos.	69.7615	.0000

DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron:

- a) Explorar, en población aparentemente sana (adolescentes escolares) la relación existente entre los trastornos alimentarios (reflejados en el peso corporal) y la crianza e interacción familiar analizando, de un amplio "menú", aquéllos factores que más consistentemente se asociaran como antecedentes de dichos trastornos;
- b) Detectar la tendencia de ciertas conductas, actitudes y hábitos alimentarios en una población de adolescentes normales, así como en sus padres; y
- c) Conocer la distribución de la variable peso corporal en escolares mexicanos.

Los hallazgos señalaron reiterada y significativamente 4 expresiones concretas de los estilos de crianza como predictores de alteraciones alimentarias: 1) mandato paterno ofensivo, 2) el padre dice cosas del hijo que lo hacen sentir tonto, inútil o lo comparan negativamente con otros, 3) disgusto de ambos padres ante el hecho de que el hijo no termine algo que comenzó y 4) el estilo de interacción entre madre e hijo(a) se caracteriza por una relación de amigos(as), (Gráficas 10, 11 y 12).

Se debe recordar que estas características de la crianza provienen de las actitudes de los padres hacia los hijos las cuales derivan de su propio fondo de experiencias, de patrones culturales, sociales y éticos.

Los resultados obtenidos en este trabajo, mostraron que las actitudes paternas negativas que mayor vinculación tienen con el niño de bajo peso, son las de rechazo adoptando las manifestaciones de hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos, corroborando de este modo lo sugerido por Garbarino y Kostelny (1992), y por otros autores como Minuchin, Rosman y Baker (1978) y Garfinkel (1983) quienes han propuesto al estilo de crianza de niños anoréxicos y preanoréxicos (peso bajo), con crítica y comparaciones negativas así como con autoritarismo y hostilidad paternos.

Estas manifestaciones de rechazo parental correlacionadas con el bajo peso podrían estar fundamentadas en el hecho de que los padres castigan al hijo delgado (bajo peso) por el hecho de serlo, de manera que dichas conductas compensan la angustia y preocupación que para ellos representa tener un hijo "flaco". Por otro lado, esta actitud negativa y de rechazo paterno, se puede encontrar igualmente vinculada a la idea, cultural y tradicionalmente aceptada, de que un hijo flaco no es sano pues es más vulnerable a enfermarse y además refleja una situación de pobreza (Bourges y González Barranco, 1992).

Los hallazgos también confirman y añaden especificidad a los provenientes de algunos estudios como por ejemplo, el de Sánchez-Sosa y Hernández, (1992) en el que se señala que cuando el padre tiene una buena relación con los hijos, cuando les muestra cariño, los escucha, es cercano, y los respeta, contribuye a su salud psicológica y física. Es por ello que resulta de vital importancia no pasar por alto la relación del padre con los hijos en investigaciones de esta naturaleza.

Reflexionando en el significado de que los sujetos de bajo peso manifiesten una buena relación materna, como amigos(as), podría estar relacionado con el hecho de que los niños preanoréxicos (grupo de bajo peso) consideran a sus madres como "perfectas" y capaces de auto-sacrificios, punto que coincidiría con los estudios de Gordon (1989). Resultaría, interesante profundizar sobre cómo perciben estos niños de bajo peso a sus madres y verificar si la describen intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con sujetos de peso normal.

Prácticamente la mayoría de los autores que han analizado la génesis de los trastornos alimentarios, principalmente de la anorexia (Humprey, 1986a, 1986b, 1989; Pike y Rodin, 1991) han coincidido en señalar que un componente central lo constituye una relación paterna autoritaria y hostil y una sobreprotección y perfeccionismo materno, lo cual es totalmente congruente con los hallazgos de este trabajo.

En cuanto a los niños de peso alto (obesos) quienes en general reportaron un ambiente familiar y relaciones paternas y maternas muy favorables, sería posible inferir que los padres de estos sujetos (obesos), manejan estilos de crianza permisivos y laxos

en normas que pueden ocasionar abandono y descuido permitiendo al hijo que coma lo que quiera sin orden ni control , estilo que lleva a los padres a ser negligentes y apáticos lo cual incrementa el riesgo de obesidad temprana . Esto concuerda con la literatura consultada (Lissau y Sorensen, 1994)., en la que se encontró que patrones de crianza permisivos , conformistas y sin disciplina favorecen la obesidad infantil .

Otro punto que no debe pasarse por alto es el referente al haber detectado casi los mismos valores en sujetos de peso alto y de peso normal en cuanto a relaciones paternas y ambiente familiar (GRÁFICA 12), pues al parecer los adolescentes "gordos" son tan bien aceptados por los padres como los sujetos de peso normal . Este hallazgo se encontraría vinculado, nuevamente a la idea que aun se mantiene en nuestra cultura de que : " un niño gordo es un niño sano" , por lo tanto no representa problema alguno y no hay razón por la cual preocuparse .

Otra concordancia entre este estudio y diversas investigaciones (Klesges, 1990) fue la referente a la actividad física de los niños obesos y su percepción como deportistas. Los sujetos con peso bajo y con peso normal realizan diariamente más del doble de actividad física (9.1% y 10.2%, respectivamente) al compararla con la efectuada por los de peso alto (4.3%). Lo mismo ocurrió con respecto a la frecuencia con la que se percibían como buenos deportistas, pues los sujetos de peso bajo y peso normal se consideraban siempre , buenos deportistas en un 11.3% y los de peso alto solamente en un 2.7%, es decir se califican como inútiles y malos deportistas.

En este estudio también se pretendió conocer la tendencia de algunas variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal, así como, explorar sus relaciones con el Índice nutricional con el propósito fundamental de recabar información para los planteamientos a desarrollar en la investigación propiamente dicha, dirigida a la detección, conocimiento y prevención de los desórdenes alimentarios.

Se confirma que ya en esta edad existe una preocupación por el peso y la forma corporal así como por la comida y todo lo relacionado con ella (Koff y Rierdan, 1993).Es conveniente resaltar que el 7.7% de los sujetos de bajo peso estén siempre preocupados por llegar a estar gordos contra un 10.9% de los de peso alto. Los sujetos obesos están

insatisfechos con su forma y tamaño corporal y se perciben como "gordos", sin embargo presentan conductas contrarias pues no evitan en gran medida alimentos engordadores (Gráfica 5), ni aumentan su actividad física de manera sustancial. Esta paradoja posiblemente se encuentre sustentada por la actitud de los padres al manifestar una mayor aceptación por un niño "gordo" que por un niño "flaco" y a la estigmatización de que han sido objeto como torpes, inútiles y malos deportistas.

Dentro de este mismo contexto de estigmatización del obeso como torpe, flojo e irresponsable (Perpiña, 1989) , cabe realizar una reflexión interesante respecto a la manifestación por parte de los sujetos de peso alto (obesos) de que con suma frecuencia sus padres se disgustan con ellos cuando no terminan alguna tarea o actividad que comenzaron (Gráfica 10).

De manera general se encontró correspondencia entre la valoración subjetiva del propio tamaño y forma corporal y la estimación objetiva del Índice nutricional, al parecer en esta edad y en esta muestra de adolescentes, propiamente no hay distorsión entre la imagen corporal percibida y la real. Es decir, se encontró una congruencia entre los estudiantes que se habían autopercebido como delgados, normales y gordos y su Índice nutricional real. Los resultados sugieren, que parece darse una relación literal entre el conocimiento del número de kilogramos que una persona tiene y su tamaño corporal con el criterio común y corriente que utilizan las personas para decidir si están "gordas" o "flacas". Sin embargo se debe señalar que hubo pequeños porcentajes de riesgo que resultaría interesante mencionar. Por ejemplo, el 8.7% de los sujetos de peso alto percibieron su vientre como pequeño y el 3.3% de los sujetos de peso bajo percibieron grande dicha región. Esto confirmaría lo proveniente de otros estudios en donde se propone que los sujetos obesos tienden a disminuir su tamaño corporal (Bruch, 1980) y los preanoréxicos (bajo peso) y anoréxicos lo aumentan (Ussher, 1991), ello como resultado de su distorsión e insatisfacción corporal.

La correspondencia encontrada entre el Índice nutricional y el pretender pesar menos no hacen sino reafirmar , que los sujetos de la muestra investigada mostraron una inclinación hacia una percepción acorde con el propio tamaño y forma corporal, pues la tendencia que los porcentajes presentaron para los sujetos de peso bajo y normal,

oscilaban entre las categorías de pequeño a adecuado mientras que para los de peso alto se sesgaban hacia la categoría en la que el tamaño de la región evaluada se percibía más bien grande.

Además de las relaciones con el Índice nutricional resultó interesante conocer aquéllas que podrían establecerse con una de las prácticas más comunes para controlar el peso, es decir, con el seguimiento de regímenes para bajar de peso. Los resultados mostraron las siguientes tendencias : Del total de la muestra, el 64% registró haber realizado cambios en su régimen alimentario y de ese 64%, el 63% lo efectuó para bajar de peso. Lo preocupante en este punto es que tanto los de peso bajo (6.9%) como los de peso normal (19%) han realizado regímenes para bajar de peso.

Resultaría interesante investigar que actividades extraescolares tienen los sujetos que aún con peso bajo y peso normal se encuentran preocupados por su figura y alimentación para confirmar si dichas actividades se encuentran relacionadas con disciplinas artísticas y deportivas (Ekwall, 1993).

En cuanto a la percepción corporal por parte de los padres, es claro apreciar que ellos perciben a sus hijos como normales a pesar de que estos presenten un peso alto. Este hecho se apoya nuevamente en la idea de que un niño sano es un niño gordo o robusto, también puede estar sustentado por la idea de que gordura es símbolo de opulencia y por consiguiente un hijo delgado es signo de pobreza o carencias.

En relación con el propósito más de tipo epidemiológico descriptivo de la presente investigación, a reserva de que no se trata de una muestra representativa de la población, se podría asentar provisionalmente que la proporción de adolescentes escolares en la Ciudad de México que cayó dentro de la clasificación de peso alto (obesidad) fue de un 11.5% . Comparativamente el problema de bajo peso afecta a más hombres que a mujeres, con una diferencia de 4.2% entre sexos. Curiosamente las diferencias entre sexos para el peso normal y peso alto (obesidad) resultaron pequeñas pues solamente fueron de un 3% y un 0.8% respectivamente.

El hecho de que se registre una prevalencia de obesidad (representada por los sujetos de peso alto) de un 11.5% en adolescentes mexicanos es alarmante pues hasta la actualidad se le sigue dando mucha más importancia a la desnutrición en nuestro país que a su opuesto, ya que este problema no era característico de nuestra población, sin embargo hay que resaltar que este porcentaje se encuentra solamente en un 8% por abajo del registrado en el D.F. (19.4%) en población adulta de ambos sexos y que hay que tener cuidado, pues múltiples estudios confirman que un porcentaje substancial de pacientes obesos lo fueron desde la infancia (Krause, 1986 ; Mogan, 1986) Este punto conlleva a tener como una medida de prevención , el corregir la idea popular de que los niños con sobrepeso u obesidad "superarán" su estado con el crecimiento (Krause, 1995).

Por medio de los resultados del presente trabajo, se puede concluir que los efectos de las diferentes formas de crianza se relacionan directamente con los problemas en la conducta alimentaria la cual se encuentra íntimamente relacionada con el peso del sujeto. Es importante entonces corroborar, que los padres efectivamente actúan como un contexto ambiental para el individuo , mismo que influye en las conductas y actitudes de sus hijos con respecto a la comida y al peso (Constanzo y Woody, 1985).

El presente estudio cuenta con algunas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados. Primeramente la adaptación de instrumentos extranjeros a nuestra cultura es un tanto complicada y en segunda no hubo una confiabilidad de los dos instrumentos originales (EDI y ChEAT) viéndose esto reflejado en la confiabilidad de los factores resultantes. Al diseñarse como un estudio transversal, no es posible identificar causalidad, sino tan sólo algunas asociaciones entre variables. Al tratarse de un estudio de tipo retrospectivo existe la presencia de sesgos de memoria. Debe señalarse también que no se encontraron resultados que pudieran considerarse como indicadores específicos de anorexia nervosa. Sin embargo, si aparecieron sus elementos componentes, como son preocupación por la delgadez y regímenes para bajar de peso , por lo que los resultados se pueden considerar como indicadores de factores de riesgo de preanoréxicos.

Para investigaciones posteriores de esta misma naturaleza se recomendaría :

- Realizar un estudio longitudinal tomando niños de menor edad y darles una continuidad durante el desarrollo, el curso y la estabilidad del nivel de peso y las modificaciones o reiteraciones en sus estilos de crianza.
- Aplicar un cuestionario semejante a los padres o tutores para detectar la correlación entre lo manifestado por ellos y por sus hijos
- Tomar medidas antropométricas de los padres y establecer una vinculación entre su estado nutricional y la de sus hijos ;
- Cuestionar a las madres (o al adulto más significativo) de aquellos niños que manifestaron problemas en cuanto a su peso , percepción corporal y conductas alimentarias con la finalidad de identificar las conductas y actitudes maternas referentes a estos aspectos.
- Otro punto relevante para este estudio sería ahondar en lo que es una relación con los hermanos, haciendo preguntas más específicas sobre este tema.
- Aplicar el cuestionario a una muestra de sujetos clínicamente diagnosticados como anoréxicos y bulímicos

El profundizar en estas cuestiones es de fundamental importancia para entender mejor lo prominente del problema y mejorar los métodos de prevención y tratamiento, disminuyendo así los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R.D. (1988). Principios de Neurología. México:Reverte.
- Agras, W.S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association.(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. Ed.) DSM IV. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. México:Alianza
- Bandura, A. (1985). Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall.
- Berger, J. (1972). Ways of seeing. Londres: Viking.
- Blanke, J. (1992). Instruments Measuring Maternal Factors in obese Preschool Children. Western Journal of Nursing Research. 14 (5), 555-575.
- Bruce, B. y Wilfley, D.(1996). Binge eating among the overweight population: A serious and prevalent problem. Journal of the American Dietetic Association. 96 (1), 58-61
- Bruch, H. (1973). Eating disorders:Obesity, Anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980). Thin and fat people. En J.R. Kaplan (de.) A woman's conflict: The special relationship between women and food. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall.

- Bourges, H. y González Barranco, J. (1992) Obesidad. Cuadernos de Nutrición 15 (1), 17-32.
- Castro, F. (1988). Cuando empieza la obesidad? Cuadernos de Nutrición. 11 (3), 3-8.
- CESPLAM (1978) Centro de estudios y planificación misionera. Familia nueva. Diálogos para grupos de matrimonios. Madrid: PS.
- Cooper, P.J. y Fairburn, C.G. (1983). Binge-eating and self induced vomiting in the community. British Journal of Psychiatry. 142, 139-144.
- Constanzo, P. y Woody, E. (1985) Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. Journal of Social and Clinical Psychology . 3 (4), 425-445.
- Couch, R. (1975). Familia y sociedad. Buenos Aires: Tierra Nueva.
- Cowen, E. (1980). Primary prevention in mental health; Past, present and future. Preventive Psychology. 11-25.
- Cooper, A. (1988) Nutrición y dieta. México: Interamericana. pp. 312-370.
- Chatoor, I. (1987). Mother infant interactions in infantile Anorexia nervosa. Journal of American Academic Child Adolesc. Psychiatry. 27 (5), 535-540.
- Dettwyler, A. (1986). Infant feeding in Mali, West Africa: Variation in belief and practice. Social Science and Medicine. 27 (7), 651-664.
- Dencik, L. (1992). Creciendo en la era postmoderna. El niño y la familia en el estado de bienestar. Anuario de Psicología. 53, 71-98.
- Dettwyler, A. (1989). Styles of infant feeding: Parental/caretaker control of food consumption in young children. American Anthropology. 3 (91), 696-703.

- Dietz, W.H. (1983). Childhood obesity: Suceptibility, cause and management. Journal Pediatric. 5, 676-678.
- Dwyner, J. (1993) Nutrition and the adolescent. Texbook of Pediatirc Nutrition New York : Lewiter Suskind Raven Press.
- Ekwall, W.S. (1993). Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders. New York: Oxford University Press. pp. 165-201.
- ENURBAL (1995). Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la zona Metropolitana de la Ciudad de México. México. Instituto Nacional de la Nutrición.
- Epstein, H.L, McCurley, J., Wing R.R., y A. Valoski. (1990). Five years follow- up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. Journal of Consulting and Clinical Psychology 58 (5), 661-664.
- Felner, L.A., Jason, J.N. Moritsugu y S.S. Faber (Eds.). (1983). Preventive Psychology. Theory, research and practice. New York: Pergamon Press. pp. 3-10.
- Felner, R.D. Aber, M.S. (1983) Primary prevention for children: A framework for the assesment of need. Prevention in Human services.
- Fernández, J. (1988). Nuevas perspectivas en el desarrollo de la tipificación sexual y de género. Estudios de Psicología. 43, 47-69.
- Fomon, S. (1976). Nutrición infantil. México: Interamericana. pp. 19-31.
- Galaviz, J.M. (1991). Como educar a los hijos. México: Paulinas.
- Garay, D. (1989). Diagnosis and relevance of obesity. Medical Clinics of North America. 73 (1), 1-12.

- Garbarino, J. y Kostelny, K. (1993). Los malos tratos infantiles como problema comunitario. Anuario de Psicología. 53, 137-148.
- García-Rodríguez, F. (1993). Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nervosa Madrid. Díaz de Santos. pp. 53-77.
- Garfinkel, P.E., Rose, D.M., Darby, P.L., Branders, J.S., O'Hanlon, J., y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in families of patient with anorexia nervosa and normal controls. Psychology Medicine. 13, 821-828.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. Psychology Medicine. 9, 237-279.
- Gibson, R.S. (1990). Principles of Nutritional Assessment. London : Oxford University Press.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica. 3 (1), 95- 112.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12 (2), 185-197.
- Gómez, C., Sos, F., Randall, y Vaquero, E. (1991). Estudio comparado del comportamiento de niños educados en un medio ambiente familiar y niños educados en instituciones. Una perspectiva ecológica. Infancia y Aprendizaje. 56, 105-122.
- Gonalea, J.J. (1989). La función integradora del padre. Revista Mexicana de Psicología 6 (2), 189-193.

- Gordon, C. (1989). The parents' relationship and the child's illness in anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 17 (1), 29-42.
- Grusec, J.E., y Kuezynski, L. (1980). Direction of effect in socialization: A comparison of the parent's versus the child's behavior as determinants of disciplinary techniques. Developmental Psychology 16, 1-9.
- Guo, S.S. Roche, W.C., Chumlea, J.D., Gardner, y Siervogel R.M. (1994). The predictive value of childhood body mass values for overweight at age 35 years. American Journal of Clinical Nutrition 59 (4), 810-819.
- Guzmán, L. y Sánchez Sosa J.J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico. Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. Revista Mexicana de Psicología 8, 83-90.
- Hernández-Rodríguez, M. (1993). Alimentación Infantil. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández, S.R., Fernández C.C. y Baptista, L.P. (1994). Metodología de la Investigación México: McGraw Hill, 187-237.
- Humphrey, L.L. (1986a). Differentiating bulimia-anorexic from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54, 190-195.
- Humphrey, L.L. (1986b). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. Journal of abnormal Psychology. 95 (4), 395-402.
- Humphrey, L.L. (1989). Observed family among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57 (2), 206-214.

Juan Pablo II. (1981). Exhortación apostólica Familiaris Consortio. Documentos Pontificios 16, 82-90.

Jenkins, G.G. y Hacter, H.S. (1976). Este es el mundo de su hijo: el hogar y la escuela México: Paidós. pp. 52-66.

Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of IO5 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry. 142, 1321-1324.

Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1987). Biological aspects of Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55 (5), 645-653.

Kerlinger, N.F. (1988). Investigación del Comportamiento. México: Mc.Graw Hill.

Klesges, R.C. (1990). Effects of obesity, social interactions and physical environment on physical activity in preschoolers. Health Psychology 9 (4), 435-

Koff, E. y Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. Journal Adolescence Health. 14 (6), 433-439.

Krause, M. (1986). Nutrición y dietética en clínica. México: Interamericana.

Krause, M. (1995). Nutrición y dietoterapia. México: Interamericana-McGraw Hill.

Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. Journal child Psychology and Psychiatry. 33 (1), 281-300.

Lebow, D.M. (1986) . Obesidad infantil. Una nueva frontera de la terapia conductual. México : Paidós. pp. 45-80.

Leintenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. y Vara L.S. (1988). Exposure plus response-prevention. Treatment of Bulimia Nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56 ,535-541.

- Lissau, I., y Sorensen, T.I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. LANCET. 5 (343), 324-327.
- Lucas, A.R. (1992). Bulimia and Anorexia. American Journal of Psychiatry. 148, 917-922.
- Maloney, M, et al. (1988). Reliability testing of a children's version of the EAT. Journal American Academy of Child and adolescent Psychiatry. 27 (5), 541-543.
- McDavid, J. y Garwood, S.G. (1978). Understanding children promoting human growth. D.C.: Heath and Company. 241-274.
- Medina Mora, M.E. (1982). Prevalencia de trastornos emocionales y factores de riesgo en diferentes poblaciones. En IMP (Comp.) Memoria de la I Reunión Sobre Investigación y Enseñanza: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978) Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morales, J.F. (1994). Psicología Social. México: McGraw Hill. 496-524.
- Neil, A. (1978). Padres problema y los problemas de los padres. México: Editores Unidos Mexicanos
- NOM-008-SSA2.(1993). Norma Oficial Mexicana. Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio. Nutrition, Growth and Development Surveillance for Children and Adolescent. México. Diario Oficial de la Federación.
- Soriguer Escofet, F. (1994). La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz de Santos.

- Olvera-Ezzell, N., Power, T.G., y Cousins, J.H. (1990). Maternal socialization of children's eating habits: Strategies used by obese mexican-american mothers. Child Development . 61, 395-400.
- Olvera-Osante, C. (1984). La formación de los hábitos alimentarios en la infancia. Cuadernos de Nutrición. 7 (5), 39-43.
- Orbach, S. (1986) Hunger Stricke Londres: Faber y Faber.
- OMS . Organización Mundial de la Salud (1981). Formulating strategies for health for all by year 2000. Ginebra.
- OMS . Organización Mundial de la Salud.(1983). Medición del cambio del estado nutricional :directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables, Ginebra.
- Ortiz, M., Abad, M., y López, C. (1986). Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. PSIQUIS, 7, 53-58.
- Papalia, D.E. y Wendkos, S. (1988). Psicología. México: McGraw Hill.
- Pasquali, R. (1989). Body fat distribution and weight loss in obese women. American Journal of Clinical Nutrition. 49 (1), 185-187.
- Pacht, A.R. (1984). Reflections on perfection. American Psychologist. 39 (4), 386-390.
- Perpiña, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. Revista de Psiquiatría. 16 (6), 303-312. Facultad de Medicina de Barcelona.
- Pike, M.K., y Rodin, J. (1991). Mothers, Daughters, and Disordered Eating. Journal of Abnormal Psychology, 100 (2), 198-204.

- Quiroga, H., Echevarría, L., Mata, A., y Ayala, H. (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de sonas marginadas. Psicología Social en México. 3, 225-230.
- Ramos-Galván, R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes. México: Manual Moderno
- Rhodes, B., y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation individuation difficulties among late adolescent eating disorders women. Child Psychiatry and Human Development. 22 (4), 249-263.
- Robinson, H.C.(1987). Biblioteca de Nutrición. México: CECSA. pp.217-224.
- Rodin, J. (1989). Psychological features of obesity. Medicine Clinical of North America. 73 (1), 47-66.
- Rodwell, W. (1993). Nutrition and diet therapy. St. Louis: Mosby. pp. 136-165.
- Rolland Cachera, M.F. Deheeger, M., Bellisle, F., Sempe, M. Guilloid Bataille, M.y Patais, E. (1984). Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. American Journal of Clinical Nutrition. 39, 129-135.
- Sánchez Sosa, J.J., Jurado Cárdenas, S. y Hernández Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. Revista Mexicana de Psicología. 9 (2), 101-115.
- Sánchez Sosa, J.J. y Hernández Guzmán, L. (1992). La relación del padre como factor de riesgo psicológico en México. Revista Mexicana de Psicología. 9 (1), 27-34.
- Saucedo-Molina, T., y Montero y López Lena, M. (1996). Relación entre estado de nutrición y la experiencia de soledad en niños. Acta Pediátrica de México. 17 (6)

- Sepúlveda-Amor, J., Lezana, M.A., Tapia-Conyer, R., Valdespino, J.L., Madrigal, H. y Kumate, J. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica de México. 126 (3), 207-225.
- Shaffer, H. (1979). La socialización y el aprendizaje en los 4 primeros años. Infancia y Aprendizaje. 973-83.
- Schumaker, J.F. (1985). Experience of loneliness by obese individuals Psychological Reports. 57, 1147-1154.
- Sherif, M., y Sherif, C.W. (1975) Psicología Social. México : Programas Editoriales..
- Shils, M. (1994) . Modern Nutrition in Health and Disease D.C. : Lea and Febiger.
- Shisslak, C.M., Pazda, S.L. y Crago, M. (1990). Body weight and Bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women. Journal of Abnormal Psychology 99 (4), 380-384.
- Shisslak, C.M., y Crago, M. (1987) . Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55 (5), 660-667.
- Strober, M., y Humprey, L.L. (1987). Familial contribution to the etiology and course of Anorexia nervosa and Bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology 55 (5), 654-659.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1989). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. 38 (1), 25-47.

Toro, J. Salamero, E. Martinez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. 89 : 147-151.

Torres, I., y Beltrán, F. (1993). La familia y la educación de los hijos. Psicología y Salud. 1, 69-74.

Ussher, J. (1991). La Psicología del cuerpo femenino. Madrid: Arias Montano.

Vargas, L.A., y Casillas, L.E. (1993). Indicadores Antropométricos. Cuadernos de Nutrición .16 (5), 34-46.

Woody, H. (1992). School Psychology. Boston: M.A. Allyn and Bacon.pp. 26-57.