

Clase social y eventos de salud en niños de escuelas primarias de Coyoacán, ciudad de México

*Rebecca López-Hernández / Yanelli Rodríguez Carmona / Luis Ortiz-Hernández**

RESUMEN

Objetivos: Analizar la relación de la clase social con el riesgo de obesidad, consumo de alimentos, actividad física y salud mental en escolares de la ciudad de México. Metodología: Muestra (n=482 escolares) por conveniencia de seis primarias de la Ciudad de México de la delegación Coyoacán. Las variables de interés fueron evaluadas mediante cuestionarios aplicados a los escolares y a sus tutores. Se hizo una tipología de clase social siguiendo la propuesta conceptual de Portes. Mediante escalas se evaluó la existencia de distrés psicológico, así como la actividad física, el sedentarismo y el consumo de alimentos de los escolares. Mediante antropometría se diagnosticó obesidad y desmedro. Otros aspectos indagados fueron la disponibilidad de infraestructura para realizar actividad física, la percepción de seguridad pública en la colonia y la experiencia de inseguridad alimentaria en la familia. Resultados: En comparación con los niños de familias pertenecientes a las clases dominantes, aquellos de familias de clases subordinadas (i.e. proletariado formal e informal) presentaron tasas más altas de sedentarismo y menores tasas de actividad física adecuada, mayor consumo de alimentos altos en grasa, además de que reportaron menor disponibilidad de infraestructura para actividad física, pero con mayor frecuencia experimentaron inseguridad pública e inseguridad alimentaria. Por el contrario, en las clases

ABSTRACT

Objectives: To analyze the relationship of social class with risk of obesity, food consumption, physical activity, and mental health among schoolchildren in Mexico City. Material and Methods: A convenience sample (n = 482) of students from six primary schools in Mexico City Coyoacan was studied. The variables of interest were assessed by a questionnaire administered to school children and their guardians. A typology of social class as proposed by Portes was used. The existence of psychological distress and physical activity, physical inactivity, and food consumption among schoolchildren was assessed by inventories. The obesity diagnostic was obtained through anthropometry. Other aspects investigated were the availability of infrastructure for physical activity, perception of public safety in the neighborhood and the experience of household food insecurity. Results: Compared to children of families belonging to the dominant classes, those of subordinated class families (i.e. formal and informal proletariat) had higher rates of physical inactivity and lower rates of adequate physical activity, and higher consumption of foods with high content of fat; in addition, they reported less availability of infrastructure for physical activity, but more often experienced public insecurity and food insecurity. By contrast, the obesity rate was higher among the dominant classes. There were no differences between social classes regarding

*UAM-X lortiz@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 16 de julio de 2012
Fecha de aprobación: 07 de noviembre de 2012

dominantes las tasas de obesidad fueron mayores. No se encontraron diferencias entre clases sociales respecto a salud mental y actividad física. Conclusiones: En la población estudiada, la obesidad fue mayor en las clases dominantes, sin embargo, no se observaron inequidades en salud mental, a pesar de esto las clases subalternas están más expuestas a factores de riesgo, lo que probablemente en el futuro podría derivar en mayores daños a la salud.

PALABRAS CLAVE: Clase social, Salud, Escolares, Obesidad, Consumo de alimentos, Inseguridad alimentaria, Actividad física, Salud mental.

Introducción

Las desigualdades o inequidades sociales en el campo de la salud han sido definidas como “disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables, ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales” (Krieger, 2002). Entre las formas de desigualdad social existentes se encuentran la originada por la estratificación socioeconómica. La estratificación socioeconómica son las discrepancias que existen entre individuos y grupos que conforman una sociedad derivadas del acceso diferencial a la riqueza material y el poder que deriva de esta (Wohlfarth, 1997).

Una de las teorías que explica los orígenes de la estratificación socioeconómica es la marxista. Desde esta perspectiva, la desigualdad socioeconómica tiene su origen en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción. Estas relaciones son determinadas por las formas que en una sociedad toman la propiedad y el trabajo; y sus conexiones a través de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información (Wohlfarth, 1997). Las clases sociales “son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupa en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los

mental health and physical activity. Conclusions: In the studied population, obesity was higher in the dominant classes; however, there were no inequalities in mental health, despite the lower classes that are more exposed to risk factors. Probably in the future this situation could lead to higher damage to health.

KEYWORDS: Social class, Health, Schoolchildren, Obesity, Food consumption, Food insecurity, Physical activity, Mental health.

medios de producción (relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social” (Lenin, 1977). La noción de clases sociales es relacional, es decir, las clases sociales no son grupos que existan por sí mismas, sino que su existencia está dada (y sólo puede ser comprendidas) por las relaciones de dominio y explotación. Por ello, cuando se proponen tipologías para identificar las clases sociales en realidad se está estudiando la situación de clase (Bronfman and Tuirán, 1984, Santos, 1998).

En el planteamiento inicial de la categoría de clase social se distinguieron dos clases básicas: proletariado y burguesía. El planteamiento fue modificado debido a los cambios sociales y económicos que han ocurrido, por ejemplo, el crecimiento del sector terciario y la llamada “clase media” (Santos, 1996b). De este modo, se han definido categorías como nueva pequeña burguesía, proletariado no-típico y fuerza de trabajo “libre” no-asalariada (Bronfman and Tuirán, 1984).

Portes (Portes, 1985, Portes and Hoffman, 2003) ha propuesto una tipología de clases sociales para dar cuenta de la estructura de las sociedades latinoamericanas. Esta tipología es formada en función de tres

critérios: control sobre los medios de producción, sobre la fuerza de trabajo y el modo de remuneración. En el sistema de producción capitalista, las clases dominantes incluyen a los capitalistas, los ejecutivos y trabajadores de élite; cuyas remuneraciones exceden por mucho el promedio en sus naciones respectivas. En lo más alto de la estructura de clases se encuentra la clase capitalista, conformada por los propietarios de grandes unidades de producción. La clase ejecutiva se conforma por el más alto nivel de administradores de grandes y medianas empresas privadas e instituciones estatales que contratan el trabajo de otros empleados, esta clase no posee directamente el capital, pero controla la fuerza de trabajo. La siguiente clase, trabajadores de élite, está conformada por los profesionales con estudios universitarios que ocupan posiciones de alta responsabilidad en empresas privadas e instituciones públicas, pero a diferencia de la clase anterior no regula el proceso de trabajo de otros. Los capitalistas reciben ganancias; los ejecutivos reciben salarios, bonos ligados a las ganancias y al desempeño de las organizaciones que lideran, mientras que los profesionales reciben salarios acorde con la experiencia que poseen.

Las clases subalternas representan alrededor del 80% de la población Latinoamericana e incluyen a la pequeña burguesía y los proletariados formal e informal. La pequeña burguesía o microempresarios incluye a profesionales asalariados y por cuenta propia, técnicos o con habilidades artesanales, y un número pequeño de trabajadores supervisados que se caracterizan por contratar a un número reducido de trabajadores (típicamente se utiliza como criterio menos de cinco empleados). El proletariado formal lo integran los trabajadores asalariados que están protegidos por leyes laborales, cuya expresión más concreta son las prestaciones relacionadas con la seguridad social (i.e. atención médica, seguros de incapacidad y jubilación). Esta clase se puede dividir en: 1) trabajadores no manuales o técnicos y 2) trabajadores manuales. La clase social que está en la base de la estratificación es el proletariado informal, la cual está conformada por trabajadores por propia cuenta (vendedores y personal de baja cualificación), los trabajadores en microempresas urbanas, pequeñas empresas rurales, empleadas domésticas y trabajadores familiares sin salario. La mayoría de la fuerza laboral en las microempresas

es informal, sin embargo, también hay trabajadores informales en empresas medianas y grandes, ya que son contratados temporalmente y sin protección legal, por lo que la cobertura de la seguridad social es usada como un indicador del empleo formal.

Latinoamérica posee la distribución de riqueza e ingresos más injusta del mundo. Lo cual es producto de que las tres clases dominantes (que representan alrededor del 10% de la población) pueden llegar a acumular hasta el 50% del ingreso monetario de una sociedad (Portes, 1985). Mientras que el 75% de la población laboralmente activa (i.e. proletariado formal e informal) no tiene los suficientes ingresos para superar el nivel de pobreza (Portes and Hoffman, 2003). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (INEGI, 2008), en México durante el año 2008 el ingreso trimestral de los hogares del estrato más alto fue 22 veces mayor que los ingresos que perciben las familias del estrato más bajo. El estrato social más alto representa el 10% de la población económicamente activa y concentra el 37% del ingreso total per cápita del país.

En la década de los ochentas en América Latina existió una amplia aplicación de la noción marxista de clase social en estudios epidemiológicos, pero después cayó en desuso (Santos, 1996a, Santos, 1996b). En el campo de la salud pública, actualmente, la mayoría de las mediciones de estratificación socioeconómica se basan en indicadores relacionados con la teoría funcionalista (i.e. educación, ocupación e ingreso) (Ortiz-Hernandez et al., 2007b). Varios autores (Wohlfarth and van den Brink, 1998, Muntaner et al., 2003, Muntaner et al., 2012) han argumentado y mostrado empíricamente que las nociones de clase social y estatus socioeconómico no son intercambiables. De acuerdo con Muntaner et al. (2003) en la categoría de clase social está implícita una comprensión del origen de la inequidad socioeconómica (i.e. la apropiación diferencial de la riqueza socialmente generada); al tiempo que la mayoría de los indicadores de estatus socioeconómico pueden ser entendidos como la expresión final de la inequidad; sin embargo, no dicen nada de su origen. Desde una perspectiva metodológica, el estatus socioeconómico corresponde a una escala de medición ordinal; mientras que la clase social se ubica en una escala nominal. Esta

distinción es relevante ya que cuando se recurre a la noción de clase social no siempre se espera una relación lineal con los daños a la salud, en cambio con la noción de posición socioeconómica sí se espera una asociación con tal patrón (Liberatos *et al.*, 1988, Krieger *et al.*, 1997). Por ejemplo, en estudios de países industrializados se ha observado que la salud mental de supervisores y de mandos intermedios puede ser peor que la de los trabajadores sin labores de supervisión (Muntaner *et al.*, 2012). Finalmente, en una revisión (Muntaner *et al.*, 2012) reciente de los estudios sobre la relación de la clase social con daños a la salud realizados en América Latina se concluyó que se requieren investigaciones en las que evalúe la estructura de clases sociales existente en la región.

Por lo anterior, un primer objetivo de este estudio fue desarrollar una propuesta para evaluar la clase social en encuestas de salud. Otro objetivo fue documentar las disparidades socioeconómicas en la salud en población escolar de la ciudad de México. En específico se exploraron las diferencias por clase social en los siguientes eventos de salud: salud mental, actividad física, sedentarismo, consumo de alimentos y estado de nutrición. Las diferencias en estos eventos hipotéticamente podrían deberse a la distribución diferencial de “variables intermedias” como inseguridad pública, infraestructura para la realización de actividad física y experiencias de inseguridad alimentaria.

Metodología

Se realizó una encuesta transversal con una muestra por conveniencia de escolares de cuarto a sexto grado de primarias públicas de la delegación Coyoacán, ciudad de México. Las primarias donde se realizó el estudio fueron: “Club de Leones”, “Estatuto Jurídico”, “Pablo Martínez del Río”, “Esperanza López Mateos”, “Lic. Antonio Martínez de Castro” y “Fernando Brom Rojas”, las tasas de respuesta en cada escuela fueron: 36.0%, 40.0%, 47.7%, 35.8%, 24.9% y 43.7%, respectivamente; mientras que la tasa de respuesta global fue de 43.9%. La muestra incluyó a 571 escolares; sin embargo, sólo se contaron con datos antropométricos de 482. A los tutores de los 571 escolares se les envió un cuestionario similar al aplicado a los escolares, de los cuales sólo se recuperaron 288. La redacción de las

preguntas del cuestionario para niños, fueron idénticas al cuestionario para padres, pero en este último se redactaron cambiando “tú” por “usted”. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los tutores y los escolares. Conocer las diferencias en las respuestas entre los niños y los tutores es relevante ya que aunque la respuesta de los últimos puede ser más precisa su tasa de respuesta típicamente es menor.

Considerando la propuesta de Portes (Portes, 1985, Portes and Hoffman, 2003), la clase social se evaluó mediante los cuestionarios aplicados a escolares y tutores. Las clases fueron formadas de acuerdo a las siguientes características de la persona que mantenía económicamente el hogar del escolar: ocupación, escolaridad, tamaño de la empresa o institución donde laboraba, supervisión de otros trabajadores, si aplicaba conocimientos de su profesión, si contaban o no con seguridad social, si contrataba a trabajadores, cuántos trabajadores contrataba y si tenía o rentaba un local. En el anexo 1 se incluyen las preguntas que fueron desarrolladas. A partir de la ocupación se derivó la relación con los medios de producción pues las opciones de respuesta eran: 1) no trabaja, 2) empleado o trabajador en una empresa privada, 3) empleado o trabajador en una institución gubernamental, 4) trabajador para otra persona, 5) trabaja por su cuenta y 6) empresario, patrón, empleador o dueño de un negocio. A continuación se describen la conformación de la situación de clase, incluyendo las preguntas (entre paréntesis) que fueron utilizadas en cada uno de los casos: a) Proletariado informal: desempleados o empleados (pregunta 3) que no contaban con seguridad social (pregunta 7). b) Proletariado formal: trabajadores en empresas o instituciones públicas (pregunta 3) con seguridad social (pregunta 7). c) Pequeña burguesía: trabajadores por su cuenta, patronos, empresarios y propietarios de negocios (pregunta 3) que contrataban a menos de cinco personas (preguntas 8 y 9), que tenían y/o rentaban un local. d) Trabajadores de élite: aquellos que aplicaban conocimientos de sus profesiones (preguntas 2 y 6) y no supervisaban a otras personas (pregunta 5) en empresas privadas, instituciones gubernamentales y trabajadores para otras personas (pregunta 3). e) Ejecutivos: similares a los trabajadores de élite (preguntas 2, 3 y 6), con la diferencia que sí supervisaban el trabajo de otros empleados (pregunta 5). f) Capitalistas: patronos,

empleadores o dueños de negocios (pregunta 3) que contratan a más de cinco personas (pregunta 9). Para el análisis bivariado se optó por agrupar en una sola categoría (i.e. clases dominantes) a los trabajadores de élite, ejecutivos y capitalistas.

La salud mental se evaluó por medio de la adaptación de una escala de estrés y síntomas depresivos desarrollada en niños suecos (Osika et al., 2007). La escala incluía trece preguntas con respuestas en formato Likert (“Nunca”, “Algunas veces”, “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente”), con una puntuación de 0 a 3 puntos. Las respuestas de los niños fueron analizadas mediante análisis factorial utilizando rotación *varimax*, identificando cuatro factores: “vitalidad”, “distrés”, “satisfacción escolar” y “síntomas somáticos”.

La evaluación de la infraestructura para realizar actividad física y la inseguridad pública se llevó a cabo por medio del Cuestionario del Módulo Ambiental desarrollado en el Estudio Internacional de Prevalencia de Actividad Física (Sallis, 2002). Este fue aplicado a escolares y tutores. Para evaluar la existencia de inseguridad pública se preguntó la frecuencia de ciertas situaciones que ocurrían en la colonia donde vivían (las seis opciones de respuesta de los niños iban de nunca a siempre, con puntuaciones de cero a cinco). Las respuestas fueron sometidas a análisis factorial, emergiendo dos factores: 1) “robos y asaltos” (a partir de la suma de puntuaciones de las respuestas se formaron tres niveles de robos y asaltos bajo, 8 o menos; moderado, 9 a 11 y alto, 12 o más), 2) “consumo de drogas y alcohol en la calle” (las puntuaciones fueron sumadas y se formaron grupos de “consumo de alcohol y drogas en la calle”: leve, dos o menos puntos; moderado, 3 a 8 y alto, 9 o más puntos). Con las respuestas de los padres emergieron dos factores: “seguridad” e “inseguridad”.

A los padres se les preguntó en qué medida estaban preocupados por la seguridad de su hijo(a) al salir a la calle. Las opciones de respuesta fueron: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo” (puntuación de 0 a 3), con siete frases que hacían referencia a las posibles situaciones de riesgo que su hijo(a) podía sufrir en la calle. En el análisis factorial de estas preguntas sólo emergió un factor. Se sumaron las puntuaciones y se formaron tres niveles

de preocupación: bajo (14 o menos), moderado (15 a 20) y alto (21 y más).

Las respuestas de las preguntas de infraestructura para actividad física (opciones: sí y no) fueron sometidas a análisis factorial, identificando dos factores. El primer factor fue denominado “espacios para caminar y andar en bicicleta”. Se consideró que existían espacios para caminar y andar en bicicleta cuando los niños o los padres respondieron afirmativamente a las preguntas. El segundo factor fue nombrado “disponibilidad de espacios recreativos”. En los niños se consideró disponibilidad adecuada cuando respondieron afirmativamente a dos o más preguntas; mientras que en los padres el punto de corte fue de tres o más respuestas afirmativas.

La inseguridad alimentaria se evaluó por medio de la Escala de Seguridad Alimentaria (FSS: *Food Security Survey*) adaptada al medio rural mexicano (Melgar et al., 2005). Se aplicó la versión corta de esta escala, formada por 6 preguntas en las cuales se indaga la disponibilidad de alimentos en los últimos tres meses en los hogares, formándose dos grupos: seguridad (de 0 a 1 respuestas positivas) e inseguridad alimentaria (de 2 a 6 respuestas positivas).

Para evaluar la existencia de sedentarismo se indagó el tiempo (horas al día) que dedicaban a realizar las siguientes actividades (distinguiendo los días entre semana y de fin de semana): ver televisión, usar la computadora, jugar video juegos y ver películas. A partir de esta información se formaron dos variables: sedentarismo por actividades frente a una pantalla (primeras cuatro actividades) y tiempo destinado a ver televisión (sólo TV). Con base a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (2001) se identificó sedentarismo en aquellos niños que dedicaban más de 2.00 horas al día frente a una pantalla (Dennison et al., 2002).

Para valorar la actividad física se modificó el Cuestionario de actividad e inactividad de los estudiantes mexicanos (CAINM) (Hernandez et al., 2003). Se indagó la realización de las siguientes actividades: 1) jugar fútbol, voleibol o básquetbol, 2) andar en bicicleta o patinar, 3) correr, 4) nadar y 5) realizar juegos como

encantados, hoyo, bote pateado, etcétera. Sin embargo, cuando se consideraron todas las actividades prácticamente todos los niños fueron considerados activos (95.8%), lo cual muestra que los niños tendieron a sobre-estimar su actividad. Por ello sólo se evaluó el tiempo que los niños dedicaban a correr, ya que fue la actividad que más niños reportaron haber hecho. Se consideró como actividad física adecuada cinco o más horas a la semana y con una actividad física inadecuada si realizaban menos de cinco horas a la semana (USDHHS, 2008).

Para evaluar el consumo de alimentos se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo compuesto por una lista de 23 alimentos, los cuales fueron clasificados en cuatro grupos: alimentos azucarados, alimentos con grasa, alimentos saludables y cereales sin grasa. Las opciones de respuesta fueron: “no lo comió, ni bebió”, “una a tres días de la semana”, “cuatro a seis días de la semana”, “una vez al día”, “dos veces al día” y “tres o más veces al día” (puntuación de 0 a 5, respectivamente). Para cada grupo de alimentos se sumó la puntuación asignada de las opciones de respuesta.

La evaluación del estado nutricional se llevó a cabo por medio de antropometría. Mediante técnicas estandarizadas (Lohman et al., 1988, Fernández et al., 2004) se midió estatura, peso, pliegue cutáneo tricípital y circunferencia de cintura. Mediante el indicador de

circunferencia de cintura y el pliegue tricípital se consideró que los escolares presentaban obesidad cuando su valor se ubicó por arriba del percentil 90 (Fernández et al., 2004, Must et al., 1991). Con las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (de Onis et al., 2007) se estimó la puntuación Z del índice de masa corporal (IMC= kg/m²). Se consideró que los escolares presentaban sobrepeso cuando el valor de la puntuación Z de IMC para la edad era mayor a 1.00 desviación estándar.

Para la captura y análisis de los datos fue utilizado el programa SPSS versión 15.0. Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre clases sociales se realizó un análisis de varianza para variables continuas y la prueba de chi cuadrada para variables ordinales y nominales.

Resultados

En el cuadro 1 se presenta la distribución de los escolares de acuerdo a la clase social. El proletariado formal fue la clase más frecuente seguida por el proletariado informal, mientras que la clase social menos frecuente fue la capitalista. Con los reportes de los niños más jefes de familia fueron clasificados como parte del proletariado formal, trabajadores de élite y capitalistas. En cambio, con el reporte de los tutores, ningún jefe de familia fue definido como capitalista y fue más frecuente el proletariado informal.

Cuadro 1. Distribución de los escolares por clase social

Clase social	Reporte de tutores		Reporte de escolares	
	n	%	n	%
Proletariado informal	88	33.8	107	26.6
Proletariado formal	112	43.1	198	49.1
Pequeña burguesía	26	10.0	39	9.7
Trabajadores de élite	8	3.1	26	6.5
Ejecutivos	26	10.0	29	7.2
Capitalistas	0	0.0	4	1.0
Total	260	100.0	403	100.0

En los indicadores de salud mental (ver cuadro 2) de acuerdo con la clase social, no existieron diferencias en los datos reportados por los tutores y escolares.

Cuadro 2. Indicadores de salud mental de acuerdo a clase social

	Total	Clase social reportada por tutores					Clase social reportada por escolares				
		PI	PF	PB	CD		PI	PF	PB	CD	
		M	M	M	M	<i>p</i>	M	M	M	M	<i>p</i>
Vitalidad	5.48	5.47	5.22	5.59	5.00	0.683	5.50	5.58	6.00	5.69	0.667
Distress	2.45	2.56	2.26	2.14	2.79	0.466	2.57	2.27	2.79	2.27	0.301
Satisfacción	7.80	7.62	7.97	7.82	7.93	0.833	7.85	7.81	7.36	8.15	0.469
Síntomas somáticos	2.50	2.51	2.31	2.23	2.14	0.721	2.59	2.51	2.62	2.07	0.213

Abreviaturas: M: media; PI: proletariado informal; PF: proletariado formal; PB: pequeña burguesía y CD: clases dominantes, incluyendo trabajadores de élite, ejecutivos y capitalistas.

Casi la mitad de escolares no cubrió la recomendación de actividad física, mientras que la mayor parte de la población estudiada fue considerada como sedentaria debido al tiempo dedicado a ver TV, usar computadora y video juegos (ver cuadro 3). La frecuencia de actividad física en los niños de clases dominantes (72.4%) fue mayor en comparación con los niños de la pequeña burguesía (31.8%, $p=0.035$) de acuerdo a los datos de clase social reportados por los tutores. Los niños pertenecientes al proletariado formal tuvieron mayor prevalencia de sedentarismo por ver TV (51.0%) en comparación con los niños de clases dominantes (30.5%, $p \leq 0.050$). El mismo patrón se observó con el sedentarismo por pantalla, aunque las diferencias fueron marginales ($p=0.072$).

Cuadro 3. Actividad física y consumo de alimentos de acuerdo a clase social

	Total	Clase social reportada por tutores					Clase social reportada por escolares				
		PI	PF	PB	CD		PI	PF	PB	CD	
		%	%	%	%	<i>p</i>	%	%	%	%	<i>p</i>
Actividad física adecuada	55.2	55.4	51.6	31.8	72.4	0.035	59.8	52.5	53.8	47.5	0.450
Sedentarismo de pantalla	89.7	85.1	94.7	86.4	86.2	0.183	87.9	92.9	89.7	81.4	0.072
TV	46.1	41.9	53.7	36.4	41.4	0.282	43.9	51.0	46.2	30.5	0.049
	M	M	M	M	M	<i>p</i>	M	M	M	M	<i>p</i>
Alimentos azucarados	9.32	10.17	9.38	9.88	8.45	0.617	10.39	8.69	9.327	8.39	0.102
Alimentos c/grasa	7.62	9.22	7.26	6.59	6.92	0.185	9.33	6.71	7.59	7.27	0.008
Alimentos saludables	7.82	8.14	7.47	9.64	8.44	0.409	7.87	7.47	8.34	8.88	0.332
Cereales sin grasa	5.97	6.04	6.15	5.80	5.89	0.963	6.15	5.77	5.87	5.84	0.837

Abreviaturas: M, media; PI: proletariado informal; PF: proletariado formal; PB: pequeña burguesía y CD: clases dominantes, incluyendo trabajadores de élite, ejecutivos y capitalistas; TV: tiempo a dedicado a ver televisión ≥ 2.00 horas.

En la población general, los alimentos azucarados fueron los más consumidos. El consumo de alimentos con alto contenido en grasa fue mayor en la clase del proletariado informal, según los datos de clase social reportados por los escolares, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$).

En el cuadro 4 se presenta la distribución de la población de acuerdo al estado de nutrición. De acuerdo con el indicador de talla para la edad, los niños pertenecientes a la pequeña burguesía presentaron mayor prevalencia de desmedro (8.7%), seguido de los niños del proletariado informal (2.7%), mientras que los pertenecientes al proletariado formal y las clases dominantes no presentaron ningún caso de desmedro, de acuerdo a los datos de clase social reportada por los tutores.

Según el indicador de IMC para la edad, casi la mitad de la población de escolares presentó obesidad, mientras que el número de escolares con sobrepeso fue menor según los indicadores de circunferencia de cintura y de pliegue cutáneo tricípital. De acuerdo al indicador de IMC para la edad, se encontró que los pertenecientes al proletariado formal presentaron mayor prevalencia de sobrepeso (56.3%) en comparación con el proletariado informal (39.6%, $p=0.051$). Considerando el pliegue cutáneo tricípital, la tasa de obesidad fue más alta en los escolares de las clases dominantes que en los pertenecientes al proletariado informal (34.0% versus 15.5%, $p=0.058$).

La inseguridad alimentaria fue reportada por una quinta parte de los escolares y una tercera parte de los padres (ver cuadro 5). Los niños de las clases dominantes fueron los que presentaron menor prevalencia de inseguridad alimentaria ($p=0.038$).

Cuadro 4. Estado de nutrición de acuerdo a la clase social

	Total	Clase social reportada por tutores					<i>p</i>	Clase social reportada por escolares					<i>p</i>
		PI	PF	PB	CD	PI		PF	PB	CD			
	%	%	%	%	%		%	%	%	%			
Talla para la edad													
Con desmedro	2.1	2.7	0.0	8.7	0.0	0.033	1.9	1.0	0.0	0.0	0.606		
IMC para la edad													
Con sobrepeso	41.8	45.3	45.7	39.1	48.3	0.927	39.6	56.3	48.7	49.2	0.051		
Circunferencia de cintura													
Con obesidad abdominal	30.5	29.3	30.4	34.8	31.0	0.969	23.4	33.8	28.2	32.8	0.279		
Pliegue cutáneo tricípital													
Con obesidad	20.8	23.0	17.0	15.8	30.8	0.419	15.5	21.9	16.2	34.0	0.058		

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; PI: proletariado informal; PF: proletariado formal; PB: pequeña burguesía y CD: clases dominantes, incluyendo trabajadores de élite, ejecutivos y capitalistas.

En la población total, los tutores reportaron un moderado nivel de inseguridad en sus colonias. La percepción de niveles altos de inseguridad pública fue mayor entre los padres pertenecientes al proletariado formal (25.7%) e informal (17.1%) respecto a los de las clases dominantes (6.7%, $p = 0.004$). La alta preocupación de los tutores por dejar salir a sus hijos a la calle fue mayor entre los dos proletariados (14.3% y 10.6%) que en las clases dominantes (2.9%) y la pequeña burguesía (0.0%); sin embargo, las diferencias fueron marginalmente significativas ($p=0.067$).

Tanto tutores como escolares reportaron mayor disponibilidad de espacios recreativos (gimnasios, deportivos, escuelas de karate y parques) en comparación a los espacios para caminar y andar en bicicleta. Los niños del proletariado informal fueron los que reportaron menor disponibilidad de espacios recreativos (61.6%); lo contrario ocurrió con los niños del proletariado formal (84.0%, $p \leq 0.05$), de acuerdo a los reportes de padres y escolares sobre la clase social, la disponibilidad de espacios recreativos fue menor en los lugares donde reside la pequeña burguesía (76.0% y 66.7%), lo opuesto ocurrió con el proletariado formal (95.5% y 91.8%, $p \leq 0.05$).

Discusión

En comparación con la estructura de clases sociales para México reportada por Portes (Portes and Hoffman, 2003), en la población de escolares de la delegación Coyoacán la proporción de sujetos en las clases dominantes fue mayor, mientras que fueron menores los porcentajes en las clases pequeña burguesía y el proletariado informal. Esto puede deberse a que los niños de las clases subalternas tienen más probabilidad de abandonar o postergar sus estudios que los niños de las clases sociales más altas (PREAL, 2003). Desde el punto de vista metodológico, es importante hacer notar que la distribución por clase social obtenida con las respuestas de los padres es similar a las obtenidas de los niños, sin embargo, esto últimos tienden a dar respuestas menos creíbles, pues se identificaron cuatro familias encabezadas por capitalistas, lo cual es poco probable en escuelas públicas. Estos resultados indican que aunque la mayoría de los niños proporcionan información precisa, algunos de ellos tienen a dar respuestas que indican deseabilidad social. Por ello,

aunque puede ser útil indagar la información a través de los niños (especialmente cuando no es posible entrevistar a los tutores), los resultados obtenidos deben ser analizados con reserva. En futuros estudios se requiere explorar formas de mejorar el reporte de los niños, pues a pesar que las respuestas de los padres son más precisas, la tasa de respuesta es reducida.

En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) para el Distrito Federal (INSP, 2007) se observó una prevalencia de sobrepeso de 35% y de talla baja de 5.9% en los escolares, sin embargo, en los escolares de Coyoacán la tasa de sobrepeso fue mayor (41.8%), mientras que el número de escolares con la talla baja fue menor (2.1%). Estas diferencias pueden atribuirse al sesgo de selección que implica el haber estudiado a niños inscritos en escuelas públicas. También puede deberse a que los tutores de los escolares con obesidad se encuentran preocupados por esta condición, por lo cual fue más probable que aceptaran participar en el estudio. Finalmente, las diferencias en los resultados pueden atribuirse a que se utilizaron diferentes tablas de referencia para evaluar los indicadores de IMC y talla para edad.

Respecto a las comparaciones entre clases sociales, en los escolares de Coyoacán no existieron diferencias en ninguno de los indicadores de salud mental. Posiblemente esto se debe a que los escolares se desenvuelven en un ambiente homogéneo en términos socioeconómicos (i.e. su familia y la escuela), por lo cual no han tenido experiencias que hagan evidente su posición de clase. Además, los niños no tienden a percibir las desigualdades económicas como lo haría un adolescente o un adulto, por lo tanto no repercute de manera significativa sobre su bienestar mental. En este sentido, en población norteamericana, la relación entre la clase social y la autoestima presenta una relación casi nula en niños pequeños, modesta en adolescentes y moderada en adultos (Rosenberg and Pearlin, 1978). También es posible que la falta de diferencias haya sido producto de que en el estudio no se incluyeron escuelas privadas, que es donde se concentran los niños de las clases dominantes con mejores condiciones de vida. Tampoco se puede descartar que la baja tasa de respuesta obtenida haya influido en los resultados. Nuestra experiencia indica que la inclusión del consentimiento

Cuadro 5. Inseguridad alimentaria, inseguridad pública e infraestructura para realizar actividad física de acuerdo a clase social

	Total	Clase social reportada por escolares					<i>p</i>	Clase social reportada por escolares				
		PI	PF	PB	CD	PI		PF	PB	CD	<i>p</i>	
	%	%	%	%	%		%	%	%	%		
Inseguridad alimentaria ¹	19.7	23.3	15.1	9.1	7.1	0.151	23.8	17.3	15.4	18.6	0.512	
Inseguridad alimentaria ²	29.1	35.6	30.4	30.8	8.8	0.038	21.7	30.3	28.6	14.8	0.352	
Robos y asaltos ¹												
Bajo	65.8	64.4	74.2	63.6	85.7	0.350	63.6	64.6	66.7	67.8	0.184	
Moderado	15.9	21.9	15.1	22.7	3.6		22.4	13.6	7.7	16.9		
Alto	18.3	13.7	10.8	13.6	10.7		14.0	21.7	25.6	15.3		
Consumo de drogas y alcohol¹												
Bajo	32.0	20.5	37.6	40.9	32.1	0.213	27.1	32.3	35.9	45.8	0.243	
Moderado	35.5	49.3	33.3	27.3	42.9		38.3	36.4	28.2	33.9		
Alto	32.5	30.1	29.0	31.8	25.0		34.6	31.3	35.9	20.3		
Seguridad²												
Bajo	34.1	36.0	39.3	26.9	17.6	0.105	34.5	29.3	28.6	17.9	0.578	
Moderado	51.3	45.3	51.4	50.0	67.6		51.7	55.4	57.1	53.6		
Alto	14.6	18.7	9.3	23.1	14.7		13.8	15.2	14.3	28.6		
Inseguridad ²												
Bajo	33.3	42.9	21.8	27.3	53.3	0.004	28.8	33.7	33.3	54.2	0.371	
Moderado	46.7	40.0	52.5	63.6	40.0		50.0	48.8	60.0	33.0		
Alto	20.0	17.1	25.7	9.1	6.7		21.2	17.4	6.7	12.5		
Preocupación de padres												
Baja	84.3	80.5	85.6	82.6	88.2	0.067	75.4	88.5	92.3	80.8	0.105	
Moderada	6.7	5.2	3.8	17.4	8.8		8.8	3.1	0.0	15.4		
Alta	9.0	14.3	10.6	0.0	2.9		15.8	8.3	7.7	3.8		
Infraestructura¹												
Adecuada ECAB	58.6	54.8	57.4	59.1	75.9	0.257	57.0	59.6	61.5	61.0	0.942	
Adecuada DER	74.0	61.6	84.0	81.8	82.8	0.005	72.9	69.2	74.4	78.0	0.580	
Infraestructura²												
Adecuada ECAB	69.0	62.8	72.1	73.1	73.5	0.462	72.7	72.2	66.7	66.7	0.903	
Adecuada DER	90.0	86.7	95.5	76.0	91.2	0.017	87.9	91.8	66.7	90.0	0.044	

Notas: ¹ Datos proporcionados por escolares. ² Datos proporcionados por padres. Abreviaturas: ECAB: disponibilidad de espacios para caminar y andar en bicicleta; DER: disponibilidad de espacios recreativos; PI: proletariado informal; PF: proletariado formal; PB: pequeña burguesía y CD: clases dominantes, incluyendo trabajadores de élite, ejecutivos y capitalistas.

informado por escrito reduce la participación de padres y niños. Convendría que en futuros estudios se describa el efecto de esta baja participación en las estimaciones.

En niños de países industrializados se ha reportado que aquellos de clase baja tienen mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad (Casey et al., 2001, Morgenstern et al., 2009). Estas diferencias pueden atribuirse a que los niños de clases bajas dedican más tiempo a actividades sedentarias como ver televisión o usar computadora (Merchant, 2007, Casey et al., 2001, Morgenstern et al., 2009), pero menos tiempo a actividades físicas moderadas o vigorosas (Evans, 2004, Brockman et al., 2009). Además, las dietas de las personas de estratos bajos se caracterizan por ser de alta densidad energética (mayor contenido de grasa y azúcar) debido a que estos alimentos son más económicos (Lo et al., 2009). En México, el costo de los alimentos disminuye cuando la densidad energética se eleva (Ortiz-Hernandez, 2006). Por ello, elegir alimentos de alta densidad energética es una de las estrategias usadas por las familias de bajo nivel socioeconómico para lograr satisfacer sus necesidades.

En congruencia con lo descrito, en los escolares de Coyoacán se observó que aquellos del proletariado formal y de la pequeña burguesía reportaron haber pasado más tiempo viendo TV que los niños de las clases dominantes; además, los niños del proletariado informal consumían con mayor frecuencia alimentos con grasa. Sin embargo, a diferencia de lo observado en sociedades industrializadas, en los escolares de la ciudad de México pertenecientes al proletariado formal presentan mayor prevalencia de sobrepeso que los escolares del proletariado informal, mientras que las clases dominantes tuvieron la tasa de obesidad más alta. La relación positiva entre estrato socioeconómico y prevalencia de sobrepeso también ha sido observada en muestras representativas de escolares mexicanos (Hernández et al., 1999, Olaiz-Fernández et al., 2006, Rivera Dommarco et al., 2001). Es posible que el mayor riesgo de obesidad en los niños de clases dominantes se deba a la alimentación y la actividad física que realizaron en edades más tempranas; además de que en la etapa escolar dedican menos tiempo a actividades sedentarias. Sin embargo, los niños de clases subalternas consumen dietas con mayor cantidad de grasa, lo

que posiblemente haga que en etapas posteriores de la vida (i.e. adolescencia y adultez) tengan mayor peso.

El mayor tiempo dedicado a actividades sedentarias por los niños de clases subalternas puede deberse a la mayor inseguridad pública que existe en los lugares donde habitan, además de que en ellos existe menos infraestructura para realizar actividad física (Ortiz-Hernández, 2005). En nuestro estudio, los padres del proletariado formal reportaron más preocupación por la inseguridad en la colonia que los padres de las clases sociales dominantes. En un grupo de niños ingleses de 10 a 11 años de edad, motivados por sus padres para hacer ejercicio sin importar su clase social, en las clases sociales bajas el apoyo fue únicamente verbal, mientras que en las clases media y alta el apoyo también fue económico. Además para la clase baja los costos representaron un impedimento, por lo que participaban en juegos libres con sus amigos, mientras que las clases sociales altas y media reportaron un mayor acceso a clubs deportivos (Brockman et al., 2009). Otra posibilidad es que las personas sedentarias tienden a sobre-estimar la actividad física que realizan, como se observó en un estudio en población holandesa (Evans, 2004).

Un hallazgo inesperado es que los niños pertenecientes a la pequeña burguesía presentaron la prevalencia más alta de desmedro, incluso es superior a la de los niños pertenecientes al proletariado informal y formal. Típicamente se considera que estos últimos se encuentran en la base de la estratificación social, por lo cual se enfrentan a más dificultades para satisfacer sus necesidades dados sus menores ingresos. Un rasgo que comparte la pequeña burguesía con el proletariado informal es que, en la mayoría de los casos, están excluidos de relaciones contractuales (y por tanto de ciertos derechos como seguridad social o salario estable), lo cual implica que su acceso a satisfactores y servicios depende completamente del mercado. Dada esta posición estructural es posible que las familias pequeño burguesas sean más susceptibles a los efectos de las recurrentes crisis económicas. Lo anterior a pesar de tener niveles medios o altos de escolaridad.

Congruente con la literatura (Mazur et al., 2003, Sarlio-Lahteenkorva and Lahelma, 2001) en la población

estudiada, las clases subalternas tuvieron mayor prevalencia de inseguridad alimentaria. La experiencia de inseguridad alimentaria ha sido asociada con mayor riesgo de sobrepeso en escolares (Ortiz-Hernandez et al., 2007a), así como mayor riesgo de deterioro del crecimiento lineal en preescolares (Hackett et al., 2009).

Como en otras sociedades, en los escolares de la Ciudad de México no se observan inequidades en salud mental e incluso la tasa de obesidad fue alta en las clases dominantes. Entre las inequidades observadas se encuentran la mayor prevalencia de talla baja en los niños de clases subalternas, además que estos destinan más tiempo a actividades sedentarias y

consumen con mayor frecuencia alimentos con grasa. Aunado a esto, los escolares de las clases subalternas están expuestos a más factores de riesgo (inseguridad pública, menor disponibilidad de infraestructura para realizar actividad física e inseguridad alimentaria), lo cual probablemente en el futuro harán que sean los que presentan más enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. De este modo, nuestros datos indican que las diferencias socioeconómicas no siempre implican mayor probabilidad de morbilidad en la población de clases subalternas. En algunos rangos de edad no existen diferencias o bien las tasas de ciertos daños son más altas en las clases dominantes.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. (2001). "American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television", *Pediatrics*, 107, 423-6.
- BROCKMAN, R., JAGO, R., FOX, K. R., THOMPSON, J. L., CARTWRIGHT, K. & PAGE, A. S. (2009). "Get off the sofa and go and play": Family and socioeconomic influences on the physical activity of 10–11 year old children", *BMC Public Health*, 9.
- BRONFMAN, M. & TUIRÁN, R. (1984). "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", *Cuadernos Médico Sociales*, 20, 53-75.
- CASEY, P. H., SZETO, K., LENSING, S., BOGLE, M. & WEBER, J. (2001). "Children in Food-Insufficient, Low-Income Families", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 508-514.
- DE ONIS, M., ONYANGO, A. W., BORCHI, E., SIYAM, A., NISHIDA, C. & SIEKMANN, J. (2007). "Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents", *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 660-7.
- DENNISON, B. A., ERB, T. A. & JENKINS, P. L. (2002). "Television viewing and television in bedroom Associated With Overweight Risk Among Low-Income Preschool Children", *Pediatrics*, 109, 1028-1035.
- EVANS, G. W. (2004). "The Environment of Childhood Poverty", *American Psychologist*, 59, 77-92.
- FERNÁNDEZ, J. R., REDDEN, D., PIETROBELLI, A. & ALLISON, D. B. (2004). "Waist circumference percentiles in nationally representative samples of Africa-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents", *The Journal of Pediatrics*, 145, 439-444.
- HACKETT, M., MELGAR-QUINONEZ, H. & ALVAREZ, M. C. (2009). "Household food insecurity associated with stunting and underweight among preschool children in Antioquia, Colombia", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 506-10.
- HERNANDEZ, B., CUEVAS-NASU, L., SHAMAH-LEVY, T., MONTERRUBIO, E. A., RAMIREZ-SILVA, C. I., GARCIA-FEREGRINO, R., RIVERA, J. A. & SEPULVEDA-AMOR, J. (2003). "Factors associated with overweight and obesity in Mexican school-age children: results from the National Nutrition Survey 1999". *Salud Publica de México*, 45 Suppl 4, S551-7.
- HERNÁNDEZ, B., GORTMAKER, S. L., COLDITZ, G. A., PETERSON, K. E., LAIRD, N. M. & PARRA-CABRERA, S. (1999). "Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City", *International Journal of Obesity*, 23, 845-854.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). 2008. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008* [Online]. México,

- D.F. Available: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=15730&pred=1> [Accessed 19 de febrero de 2010 2010].
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP). (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Distrito Federal. Cuernavaca, México.
- KRIEGER, N., WILLIAMS, D.R., MOSS, N.E. (1997). "Measuring social class in US public health research", *Annual Review of Public Health*, 18, 341-78.
- KRIEGER, N. (2002). "A glossary for social epidemiology". *Epidemiologic Bulletin*, 23, 7-11.
- LENIN, V. I. (1977). *Una gran iniciativa*, Madrid, Akal.
- LIBERATOS, P., BRUCE, G.L., KELSEY, J.L. (1988). "The measure of social class in epidemiology", *Epidemiologic Reviews*, 10, 87-121.
- LO, Y. T., CHANG, Y. H., LEE, M. S. & WAHLQVIST, M. L. (2009). "Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality". *Asia & Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 18, 598-604.
- LOHMAN, T. G., ROCHE, A. F. & MARTORELL, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual.*, Champaign: Human Kinetics Books.
- MAZUR, R. E., MARQUIS, G. S. & JENSEN, H. H. (2003). Diet and food insufficiency among Hispanic youths: acculturation and socioeconomic factors in the third National Health and Nutrition Examination Survey. *The American journal of clinical nutrition*, 78, 1120-1127.
- MELGAR, H., ZUBIETA, A. C., VALDÉZ, E., WHITELAW, B. & L., K. (2005). "Validación de un instrumento para vigilar la inseguridad alimentaria en la Sierra de Manantlán, Jalisco". *Salud Pública de México*, 47, 839-846.
- MERCHANT, A. T., DEGHAN, M., BEHNKE-COOK, D. & ANAND, S. S. (2007). "Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbourhoods: a cross-sectional comparison", *Nutrition Journal*, 6.
- MORGENSTERN, M., SARGENT, J. D. & HANEWINKEL, R. (2009). "Relation Between Socioeconomic Status and Body Mass Index", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163, 731-738.
- MUNTANER, C., BORRELL, C., BENACH, J., PASARÍN M.I., FERNAN, E. (2003). "The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population", *International Journal of Epidemiology*, 32, 950-958.
- MUNTANER, C., ROCHA, K.B., BORRELL, C., VALLEBUONA, C., IBÁÑEZ, C., BENACH, J, *et al.* (2012). "Clase social y salud en América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31 (2), 166-75.
- MUST, A., DALLAL, G. & DIETZ, W. (1991). "Body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness", *American Journal of Nutrition*, 53, 839-846.
- OLAIZ-FERNÁNDEZ, G., RIVERA-DOMMARCO, J., SHAMAH-LEVY, T., ROJAS, R., VILLALPANDO-HERNÁNDEZ, S., HERNÁNDEZ-AVILA, M. & SEPÚLVEDA-AMOR, J. 2006. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006* [Online]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Available: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.
- ORTIZ-HERNANDEZ, L. (2006). "Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004", *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56, 201-15.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L. (2005). "Disparidad socioeconómica en la disponibilidad de infraestructura para actividad física deportiva en los municipios de México", *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6.
- ORTIZ-HERNANDEZ, L., ACOSTA-GUTIERREZ, M. N., NUNEZ-PEREZ, A. E., PERALTA-FONSECA, N. & RUIZ-GOMEZ, Y. (2007a). "En escolares de la ciudad de México la inseguridad alimentaria se asoció positivamente con el sobrepeso". *Revista de Investigación Clínica*, 59, 32-41.
- ORTIZ-HERNANDEZ, L., LOPEZ-MORENO, S. & BORGES, G. (2007b). "Desigualdad socioeconómica y salud mental. Una revisión de la literatura latinoamericana", *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1255-72.
- OSIKA, W., FRIBERG, P. & WÄHRBORG, P. (2007). A new short self-completion questionnaire to assess stress in children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 108-117.
- PORTES, A. (1985). "Latina American class structures: their composition and change during the last decades", *Latin American Research Review*, 20, 7-39.
- PORTES, A. & HOFFMAN, K. (2003). Latin American class structures: Their Composition and Change during the Neoliberal Era. *Latin American Research Review*, 38, 41-82.
- PREAL (2003). Deserción escolar: Un problema urgente que hay que abordar. *Formas & Reformas de la educación, Series Políticas*, 5.
- RIVERA DOMMARCO, J., SHAMAH LEVY, T., VILLALPANDO HERNÁNDEZ, S., GONZÁLEZ DE COSSÍO, T., HERNÁNDEZ PRADO, B. & SEPÚLVEDA, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México.* (ed.). Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- ROSENBERG, M. & PEARLIN, L. (1978). "Social Class and Self-Esteem Among Children and Adults", *The American Journal of Sociology*, 84, 53-77.
- SALLIS, J. F. (2002). *International Physical Activity Prevalence Study. Self-administered environmental*

- module*. [Online]. San Diego, USA. [Accessed 19 de febrero 2009].
- SANTOS, J. A. F. (1998). “A teoria e a tipologia de classe neomarxista de Erik Olin Right”, *Dados*, 41.
- SANTOS, P. J. (1996a). “Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos”, *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 329-337.
- SANTOS, P. J. (1996b). “Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura”, *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 207-216.
- SARLIO-LAHTENKORVA, S. & LAHELMA, E. (2001). “Food insecurity is associated with past and present economic disadvantage and body mass index”, *Journal of Nutrition*, 131, 2880-4.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*.
- WOHLFARTH, T. (1997). “Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable?”, *Social Science & Medicine*, 45, 399-410.
- WOHLFARTH, T., VAN DEN BRINK, W. (1998). “Social class and substance use disorders: the value of social class as distinct from socioeconomic status”, *Social Science and Medicine*, 47, 51-58.

ANEXO 1. PREGUNTAS UTILIZADAS PARA DEFINIR LA SITUACIÓN DE CLASE. VERSIÓN PARA CUESTIONARIOS DE AUTO-APLICACIÓN

Las siguientes preguntas tratan de la persona que aporta mayor ingreso a su hogar. Marque con un tache (O) la respuesta más adecuada o escriba lo que se le pide.

1. ¿Quién sostiene económicamente su casa? Si en la casa dos o más personas aportan al gasto familiar, anote el nombre de la persona que aporta más dinero e indique el parentesco

Todas las preguntas de esta sección se refieren a la persona que acaba de anotar.

2. ¿Hasta qué grado estudió? Marque el grado que terminó.

5 1. No fue la escuela

5 2. Kínder

5 3. Primaria

5 4. Secundaria

5 5. Bachillerato o preparatoria

5 6. Carrera técnica

5 7. Licenciatura, profesional o ingeniería

5 8. Especialidad, maestría o doctorado

3. ¿En qué trabaja? Si puede elegir dos opciones, sólo marque la opción donde gane más o al que le dedique más tiempo.

5 1. No trabaja à **Pase a la siguiente sección**

5 2. Empleado o trabajador en una empresa privada à **Pase a la pregunta 4.**

5 3. Empleado o trabajador en una institución gubernamental à **Pase a la pregunta 4.**

5 4. Trabajador para otra persona à **Pase a la pregunta 4.**

5 5. Trabaja por su cuenta à **Pase a la pregunta 8.**

5 6. Empresario, patrón, empleador o dueño de un negocio à **Pase a la pregunta 8.**

4. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, compañía o institución donde trabaja?

5. ¿En su trabajo, supervisa el trabajo de otras personas o da órdenes de cómo deben hacer su trabajo?

0. No

1. Sí

Nota: La siguiente pregunta sólo aplica cuando la escolaridad es de Carrera técnica, Licenciatura, profesional o ingeniería; Especialidad, Maestría o Doctorado. Si la escolaridad es distinta, por favor, continúe en la pregunta 7.

6. ¿En su trabajo, utiliza los conocimientos de la profesión que estudió o hace cosas que no tienen que ver con su profesión o carrera?

0. No hace cosas relacionadas con su profesión
 1. Sí hace cosas relacionadas con su profesión

7. ¿En su trabajo, recibe alguna de las siguientes prestaciones?

	0. No	1. Si
Servicio médico (IMSS, ISSSTE u otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aguinaldo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vales de despensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En su trabajo le dan la comida o le proporcionan algún alimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparto de utilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viáticos o pasajes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacaciones pagadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fondo de ahorro o de retiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: Terminando estas preguntas, pase a la siguiente sección.

8. ¿En su negocio o empresa, ha contratado a otras personas para que trabajen?
 0. No → **Pase a la pregunta 10.**
 1. Sí → **continúe en la siguiente pregunta.**

9. ¿A cuántas personas ha contratado para que trabajen para él/ella?

10. ¿Para su trabajo, tiene o renta un local, oficina, despacho o accesoria?
 0. No
 1. Sí