

01921  
26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

LA INSTITUCIONALIZACION EN PREADOLESCENTES COMO  
FACTOR DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA E IMAGEN CORPORAL.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N T E:  
ARLETTE <sup>BOISY</sup> ~~BALLESTROS~~ GONZALEZ  
CLAUDIA <sup>MARGARITA</sup> GONZALEZ FRAGOSO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

COMITE: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ  
MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO  
MTRA. MARIA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO  
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOSA

ABRIL DE 2003





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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Agradecemos profundamente a nuestra segunda casa, a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirnos hacer realidad muchos de nuestros sueños, por brindarnos la oportunidad de la autonomía, enseñarnos a pensar y darnos la oportunidad de crecimiento profesional y personal.**

**Queremos expresar nuestro agradecimiento a los miembros que conforman el jurado. Gracias por brindarnos su tiempo, sus aportaciones, su experiencia y su apoyo:**

**Dra. Lucy Reidl Martínez**

**Dra. Gilda Gómez Pérez – Mitré**

**Mtra. Olga Bustos Romero**

**Mtra. María de la Luz Javiedes Romero**

**Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinoza**

**A Gisela por su constante apoyo, gracias por estar cuando te necesitamos, esto hubiera sido mucho más difícil sin ti.**



## **AGRADECIMIENTOS:**

**A mi papá:**

Gracias por todo tu amor y apoyo incondicional, sin ti esto no habría sido imposible, pero sí muy difícil. Por acompañar los pasos de mi camino y alegrarte con mis alegrías. Te adoro.

**A mi mamá:**

Gracias por todo el amor que me has dado, por procurarme siempre lo mejor, por apoyarme para lograr mis metas y por ser parte de los logros que he tenido y de mí.

**A Jorge:**

Por las muchas cosas que he aprendido de ti, por ayudarme a ver las cosas con diferentes ojos y ser incontables veces un ejemplo para mí. Siempre serás mijito.

**A Carlos:**

Por ser mi hermano, porque te quiero.

**A Erika:**

Te agradezco muchos momentos compartidos: confidencias, alegrías y el apoyo incondicional durante tanto tiempo. Eres muy especial, te quiero mucho hermanita.

**A Juan Carlos:**

Por ayudarme a descubrir y conocer lo más valioso y hermoso de mi vida: a mi misma y por estar conmigo.

**A mi tía Lupita:**

Por el apoyo incondicional que me brindas y el ánimo y optimismo con que compartes la vida.



**A Yara:**

Por estar conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida, por ser mi amiga y por tu sentido del humor que tanto me gusta. Te quiero primita.

**A Arlette:**

Porque juntas hemos crecido tanto!, por tantos sueños y realidades compartidos, por estar siempre a mi lado, por tu gran amor, por ser parte de mi vida y más cierta que nadie en cualquier circunstancia. Te quiero muchísimo Alz.

**A Itzel:**

Hermanita, no tengo palabras para decirte lo mucho que te quiero y especial que eres para mí, siempre estaremos juntas. Tu mapachito

**A Lau:**

Por ser parte de mi familia aunque no tengamos lazos sanguíneos y por esta experiencia que empezamos a compartir juntas, la cual es muy importante para mí, sé eres la persona con la cual quiero iniciar esto.

**A Danú:**

Por haberme dado una parte y de ti y haber aceptado otra de mí. Te quiero Chimol.

**A Karla, Daniel y Teco:**

Por ser una parte importante de mis afectos y mis amigos desde hace tanto tiempo.

A todas aquellas personas con quienes compartí momentos, experiencias, pláticas y vida; quienes me dejaron enseñanzas, una forma distinta de ver las cosas y así enriquecieron mi vida.

**Claudia**



## AGRADECIMIENTOS

A mi abuelita Luz: Aunque no estés aquí sé que estás cerca, siempre me has acompañado. Gracias por todo tu amor, el cual ha enriquecido mi vida. Te quiero y te recuerdo siempre.

A mi mamá: Gracias por ser una mujer tan fuerte y tan perseverante que me ha sacado adelante. Me has enseñado un buen camino, a la fecha sigues sorpremiéndome y enseñándome. Cre que siempre será así, espero que estés tan orgullosa de mí como yo lo estoy de ti.

A mi papá: Me has enseñado a preguntar, a buscar y a luchar (siempre he admirado la forma en que tú lo haces) no ha sido fácil pero te lo agradezco, has sido la escuela más dura pero la que más he aprendido.

A mi abuelito Armando: Me has visto y acompañado desde mis primeros esfuerzos, este es un más que quiero compartir contigo, gracias por ser un gran señor y un buen abuelito.

A Amaury: Eres el más pequeño de mis grandes maestros y además el más querido. Gracias por todas tus sonrisas, tus gritos, tus brincos y tus bailes.

A Julius: El conocerte me permitió conocerme, al conocerte me conocí, así es que muchas gracias por brindarme esta parte de mi vida y por descubrirme tantos significados y sentimientos que permanecían ocultos y me hacían falta. Ni mitz tlazohtla - te amo.

A Clau: ¡Por fin! este es un logro más que nos une, sin ti no sería la persona que soy ahora. Gracias por tu inmenso cariño, por apoyarme y por ser una persona y amiga impecable. Sabes que para mí siempre serás la excepción a la regla y la solución a lo imposible.

A Lau: Hemos compartido mucho y lo mejor de todo es saber que estas aquí y que sabes exactamente que decir y que hacer para que todo vaya bien (o no tan mal), gracias por compartir conmigo tu forma tan intensa de ver y sentir las cosas, he aprendido mucho.

A Danu: Gracias por tú locura y por todos los momentos en los que has estado, me has salvado más de una vez.

A Lucy: Nos conocemos desde... ¿¡siempre!?! gracias por acompañarme desde hace tanto tiempo y por darme tanto cariño, amistad, paz y tranquilidad, gracias "hermana".

A Itzela: Ha sido poco el tiempo pero ha sido una muy sincera y sentida la amistad, tú con tu sensibilidad han llegado justo cuando lo necesitaba, gracias.

A Bere: Somos muy diferentes y eso hace divertido cada domingo, para ser hermanas no bastan los lazos de sangre y a nosotras nos une mucho más que eso, gracias por tú ternura (que tanta falta me hacía). Tu flaquis.

A Fabiana: Gracias por creer en mi, la oportunidad que me diste permitió muchos cambios en mi, el crecer juntas ha sido muy importante, te quiero.

A Tannia, Nadeida y Jael: Mis amiga(o)s desde hace mucho, gracias por seguir conmigo, por apoyarme y por formar parte de mi, los quiero mucho.

Y a todos aquellos que alguna vez preguntaron... ¿para cuándo?

Artette



# INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>CAPÍTULO I. ANOREXIA Y BULIMIA</b>	
1. 1 Antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria.....	3
1.1.1 Hipótesis psicoanalíticas.....	4
1.1.2 Concepciones neopsicodinámicas.....	8
1.1.3 El modelo sistémico.....	8
1.1.4 El modelo conductual.....	10
2.1 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria.....	12
2.1.1 Anorexia nervosa DSM – IV.....	12
2.1.2 Bulimia nervosa DSM – IV.....	12
2.1.3 Anorexia nervosa CIE – 10.....	13
2.1.3.1 Pautas para el diagnóstico.....	14
2.1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	15
2.1.3.3 Anorexia nervosa atípica.....	15
2.1.4 Bulimia nervosa CIE – 10.....	16
2.1.4.1 Pautas para el diagnóstico.....	16
2.1.4.2 Diagnóstico diferencial.....	17
2.1.4.3 Bulimia nervosa atípica.....	17
3.1 Anorexia y Bulimia.....	18
3.1.1 Anorexia.....	18
3.1.2 Bulimia.....	21
3.1.3 Similitudes y diferencias entre anorexia y bulimia.....	22
3.1.4 Anorexia en el varón.....	23
<b>CAPÍTULO II. ALIMENTACIÓN</b>	
2.1 Nutrición.....	26
2.2 Alimentación como vínculo social.....	28
2.2.1 Alimentación y sociedad.....	30
2.3 Conducta alimentaria normal.....	32
2.3.1 Conducta alimentaria anómala.....	33
2.3.1.1 Dietas restrictivas.....	33
2.3.1.2 Atracción.....	33
2.3.1.3 Vómito autoinducido.....	34
2.3.1.4 Laxantes.....	34
2.3.1.5 Diuréticos.....	35
2.3.1.6 Ejercicio físico.....	35
2.3.2 Factores de mantenimiento.....	35
2.3.3 Consecuencias de la conducta alimentaria anómala.....	36
2.4 Nutrición y desarrollo.....	36
<b>CAPÍTULO III. FACTORES DE RIESGO</b>	
3.1 Imagen corporal.....	39
3.1.1 Alteraciones de la imagen corporal.....	41
3.2 Conducta alimentaria.....	43
3.2.1 Dieta.....	45

G

3.3	Factores sociales.....	49
3.4	Factores individuales.....	56

#### **CAPITULO IV. EL PAPEL DE LA FAMILIA**

4.1	La familia.....	58
4.2	Características familiares de la anoréxica.....	65
4.3	Características familiares de la bulímica.....	71

#### **CAPITULO V. NIÑOS MALTRATADOS E INSTITUCIONALIZACIÓN**

5.1	Maltrato.....	76
5.1.1	Maltrato físico.....	79
5.1.2	Abandono físico.....	83
5.1.3	Maltrato y abandono emocional.....	84
5.2	Institucionalización.....	90
5.2.1	Maltrato institucional.....	96

#### **CAPITULO VI. PUBERTAD**

6.1	Desarrollo físico.....	98
6.1.1	Características sexuales primarias.....	100
6.1.2	Características sexuales secundarias.....	100
6.1.3	Maduración sexual masculina.....	102
6.1.4	Maduración sexual femenina.....	103
6.1.5	Hormonas.....	104
6.1.6	Diferencias sexuales en la pubertad.....	104
6.2	Desarrollo cognoscitivo.....	105
6.2.1	El enfoque piagetano.....	105
6.2.2	Desarrollo moral.....	106
6.2.3	El enfoque de Vygotsky.....	107
6.2.3.1	Interacción social.....	107
6.2.4	Procesamiento de información.....	107
6.3	Desarrollo social y de la personalidad.....	108
6.3.1	Desarrollo del autoconcepto.....	108
6.3.2	Autoestima.....	108
6.3.2.1	Crecimiento emocional.....	109
6.3.3	Funciones e influencia del grupo de compañeros.....	110
6.3.4	Imagen corporal.....	111
6.3.5	Diferencias sociales.....	113
6.3.5.1	Diferencias de género.....	113
6.3.6	Adolescencia.....	114

#### **CAPITULO VII. METODO**

7.1	Plan de investigación.....	115
7.1.1	Problema general de investigación.....	115
7.1.2	Problemas específicos.....	115
7.1.3	Definición de variables.....	115
7.1.3.1	Definición conceptual de las variables.....	115
7.1.3.2	Control de variables.....	116
7.1.4	Tipo y diseño de investigación.....	116
7.1.4.1	Muestra.....	116
7.1.4.2	Instrumentos y aparatos.....	116
7.1.5	Procedimiento.....	118

A

## **CAPITULO VIII. RESULTADOS**

<b>8.1 Descripción de la muestra.....</b>	<b>120</b>
8.1.1 Figura 1.....	120
8.1.2 Figura 2.....	121
8.1.3 Figura 3.....	121
<b>8.2 Descripción de las variables de estudio.....</b>	<b>122</b>
8.2.1 Figura 4.....	122
8.2.2 Figura 5.....	122
8.2.3 Figura 6.....	123
8.2.4 Figura 7.....	123
8.2.5 Figura 8.....	124
8.2.6 Figura 9.....	124
8.2.7 Figura 10.....	125
8.2.8 Figura 11.....	125
8.2.9 Figura 12.....	126
8.2.10 Figura 13.....	126
8.2.11 Tabla 1.....	127
8.2.12 Tabla 2.....	127
8.2.13 Figura 14.....	128
8.2.14 Tabla 3.....	129
8.2.15 Tabla 4.....	129
8.2.16 Figura 15.....	130
<b>CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>131</b>
Propuestas.....	138
Anexo 1	
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>139</b>

## RESUMEN

El propósito del presente estudio<sup>1</sup>, tuvo como objetivo comprobar si la institucionalización funge como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y en la imagen corporal en preadolescentes. Para tal efecto se trabajó con una muestra no probabilística con una N=139 la cual se subdividió en niños(as) institucionalizados (n = 65) y con niños (as) que al menos vivían un padre (n = 74); con un rango de edad de 9 a 12 años que cursan la escuela primaria pública en el D.F. Se aplicó el instrumento Alimentación y Salud para explorar las variables relacionadas con la imagen corporal y la conducta alimentaria. El estudio fue de tipo exploratorio; para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial con el fin de probar las hipótesis de trabajo. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en las variables satisfacción/insatisfacción con el peso corporal y seguimiento de dieta. Los niños y niñas de ambos grupos se encuentran insatisfechos, pero presentan una mayor insatisfacción los niños de casa hogar y las niñas de familia respecto a la variable seguimiento de dieta, las niñas de ambos grupos así como los niños de casa hogar hacen dieta para bajar de peso en tanto que los niños que viven en familia lo hacen para subir de peso.

---

<sup>1</sup> Este estudio forma parte del proyecto de investigación titulada Prevención Primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y la nutrición. Proyecto No. IN305590 financiado por el Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT)

## INTRODUCCIÓN

El interés y la importancia de realizar el presente estudio, es debido a que no se ha realizado investigación en México respecto a si la institucionalización es un factor de riesgo para desencadenar trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes.

Los estudios que se han realizado con esta población son inexistentes, siendo se suma importancia obtener mayor conocimiento con la finalidad de aportar información que permita el desarrollo de programas de prevención.

El motivo de trabajar con la muestra seleccionada es debido a que los niños institucionalizados son un sector poblacional que requiere de la mayor atención y apoyo posible. Por un lado, estos chicos provienen de familias desintegradas, debido a esto presentan una serie de características en común, son una población marginada en diversos sentidos: afectivo, cultural y formalivo: son inseguros y presentan ciertos trastornos de la conducta y por otro, se encuentran constante e ininterrumpidamente sujetos a los mensajes que transmiten los medios de comunicación con relación al culto a la delgadez, los cuales tienen como fin provocar que la imagen corporal se convierta en un valor principal.

Es importante detectar posibles factores de riesgo en hábitos tan importantes y básicos para el sano crecimiento como es la conducta alimentaria y en aspectos emocionales fundamentales para un óptimo desarrollo personal como lo es la imagen corporal; especialmente en una edad en la que ésta cobra relevancia.

En la actualidad las conductas alimentarias de riesgo están en aumento, afectando cada vez a más personas, debido a que la sociedad ha elegido como estereotipo de belleza una figura demasiado delgada, los preadolescentes siguen dietas restrictivas para alcanzar la figura ideal, lo cual los hace sentirse insatisfechos con su figura actual.

Debido a lo anterior el objetivo de la presente investigación es conocer si la institucionalización se constituye como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación.

## ANOREXIA Y BULIMIA

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Habitualmente se nos suele presentar la anorexia como un mal social que, surgido en las postrimerías del siglo XIX, debe su actual recrudescimiento a la fobia frente a la gordura que caracteriza nuestra sociedad. Sin embargo, si empezamos a ahondar en lo que llegó a significar la anorexia nervosa en tiempos pretéritos, nos encontramos con que, incluso en épocas tan remotas como pueden ser los últimos siglos del Imperio Romano, cuando sólo resultaban deseables las mujeres poco entradas en carnes, ya la anorexia empezaba a hacer sus estragos entre la población femenina, presentando características muy similares a las que suele mostrar en la actualidad (Gómez, 1996).

Ya Metrodora, una médica de origen griego que ejerció en Roma en el siglo I de nuestra era, escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer, del cual se conserva una copia del siglo XII en la Biblioteca Laurenciana de Florencia.

En el capítulo dedicado a las jóvenes nos habla de la *sitergia* (palabra griega que significa <<rechazo al alimento>>) que presentan muchas de ellas, una enfermedad que <<*empieza aparentemente en el estómago y termina en los pulmones, causando la muerte*>> (esta idea de la consunción tuberculosa de la anoréxica será recogida, casi sin variantes, por muchos autores posteriores).

El síntoma más ostensible que presentaban estas mujeres era el de rehusar el alimento, así como la desaparición del menstruado (Gómez, 1996).

En Baviera, y en pleno siglo IX, una joven, Friderada de Treuchtlingen, padeció una larga y desconocida enfermedad. Superada ésta, experimentó un apetito incoercible que la conducía a los mayores excesos. Mas a medida que transcurría el tiempo iba debilitándose. En busca de solución acudió al monasterio de santa Walpurgis. En él sobrevino el milagro: recuperó sus fuerzas y su actividad, al tiempo que también cedía su apetito. De hecho, éste pareció desaparecer por completo, al tiempo que Friderada experimentaba una clara repulsión hacia los alimentos, y sus comidas iban seguidas de vómitos. Tras seis meses así

vividios, dejó de comer en absoluto. Probablemente sea éste el caso más claro de anorexia nervosa medieval del que se tenga constancia (Toro, 1996).

Richard Morton en 1694 (citado en Rimbault y Eliacheff, 1989) se ha identificado generalmente como el autor de la primera descripción de lo que él llamó "construcción nerviosa". Pero la verdadera individualización de la dolencia deriva del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX en donde Lasségue, 1873 y Gull, 1874 describen casi simultáneamente esta enfermedad.

Con respecto a la descripción de la enfermedad por estadios, ésta sigue siendo estrictamente médica:

- Primer estadio: es el del simple rechazo de alimentarse, poco diferente al de un gastrálgico;
- Segundo estadio: en el que la perversión mental aparece verdaderamente, y en el que se puede hablar de anorexia hística;
- Tercer estadio: en el que la hística pasa a ser considerada enferma.

En cada etapa de la enfermedad definida médicamente, Lasségue opone a la rigidez de la actitud de la anorexia la variabilidad de la del entorno. A lo largo de la evolución, el "medio" influirá de manera determinante. (Rimbault y Eliacheff, 1989).

Según Toro y Vilardell (1989), fue Gull, quien utilizó por vez primera la expresión *anorexia nervosa* en una conferencia-discurso pronunciada en Oxford en 1868 (Gull, 1874), la consideró como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Los síntomas principales del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea, y el estreñimiento, habiendo reparado también en el paradójico incremento de actividad física, la hipotermia y la bradicardia. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Lasségue (1873), calificándola de *inanición hística* y considerándola, como Gull, una enfermedad psicógena.

### Hipótesis psicoanalíticas

Desde ésta perspectiva, la anorexia nervosa no es más que la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimenticia. El rechazo del alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo. Ciertos alimentos se constituirían en tabú y posteriormente se produciría la generalización a los alimentos en general.

Según Ajuruaguerra el comer está ligado a preocupaciones sexuales, a la creencia de la fecundación por la boca y la comida. Por tanto serían éstas creencias la expresión del temor a ser fecundadas; la obesidad simbolizará el embarazo (Toro, y Vilardell, 1989).

Karl Abraham (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997), es uno de los autores que más ideas aportaron sobre este tema: se lo debemos a la conseguida articulación teórico – clínica y a la actitud de continua búsqueda en torno a las tempranas etapas del desarrollo libidinal. Es conocida la relación que apunta entre comer – engordar – embarazo. Esta asociación implicaría una regresión desde la sexualidad genital a la oralidad, - o quizá también una incapacidad de alcanzar la sexualidad genital -. La fantasía de fecundación oral e incorporación también oral del pene paterno.

Freud y sus seguidores interpretaron la anorexia como una neurosis, asociándola a la melancolía y a la histeria (Toro, y Vilardell, 1989).

En lo que respecta a la anorexia la explicación del texto gira en derredor del trauma. *El método psicoanalítico de Freud* (citado por Caparrós y Sanfeliú, 1997):

Del mismo modo que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida y sólo prácticamente podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y goce. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado éxito suficiente, se consigue, por lo menos, un importante alivio del estado psíquico general aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo. El procedimiento terapéutico es, con pequeñas modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de la histeria y para todas las formas de neurosis obsesiva. Pero su empleo no es, desde luego, ilimitado. La naturaleza del método psicoanalítico crea indicaciones y contraindicaciones, tanto por lo que se refiere a las personas a las cuales ha de aplicarse el tratamiento como el cuadro patológico. Los casos más favorables para su aplicación son los de psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos, esto es, en primer lugar, todas las formas de neurosis obsesivas, ideas o actos obsesivos, aquellas histerias en las que desempeñan un papel principal las fobias y las abulias, y, por último, todas las formas somáticas de la histeria, en tanto no impongan al médico, como en la anorexia, la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma. En los casos agudos de

histeria habrá de esperarse la aparición de una fase más tranquila, y en aquellos en los cuales predomina el agotamiento nervioso, deberá evitarse un tratamiento que exige por sí mismo un cierto esfuerzo, no realiza sino muy lentos progresos y tiene que prescindir durante algún tiempo de la subsistencia de los síntomas. Para que el tratamiento tenga amplias probabilidades de éxito, debe también reunir el sujeto determinadas condiciones. En primer lugar, debe ser capaz de un estado psíquico normal, pues en períodos de confusión mental o de depresión melancólica no es posible intentar nada, ni siquiera en los casos de histeria. Deberá poseer asimismo un cierto grado de inteligencia natural y un cierto nivel ético. Con las personas de escaso valor pierde pronto el médico el interés que le capacita para ahondar en la vida anímica del enfermo.

Se puede ver que Freud detecta el perfil peculiar de ciertas anoréxicas que impiden, por la urgencia, la cura tradicional en toda su extensión; la observación se reitera en el trabajo siguiente y aún de manera más específica.

Freud se interesa por el valor etiológico del *coitus interruptus* ya que la anorexia se traduce en forma de somatización la repulsa sexual (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Algunas reflexiones de Lacan (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997), serán útiles ahora. Uno de los textos en que fundamentalmente se apoya a la hora de presentar sus hipótesis sobre el objeto, es el conocido *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. Allí sitúa el objeto perdido del deseo que se contrapone de manera constante en la obra lacaniana al objeto de la necesidad. Dentro del capítulo de: <<El hallazgo del objeto>> puede leerse:

Cuando la primerísima satisfacción sexual estaba todavía conectada con la nutrición, la pulsión sexual tenía un objeto fuera del cuerpo propio: el pecho materno. Lo perdió sólo más tarde, quizá justo en la época en que le niño pudo formarse la representación global de la persona a la que le perteneció el órgano que le dispensaba satisfacción. Después la pulsión sexual pasa a ser, regularmente, autoerótica y sólo luego de superado el período de latencia, se restablece la relación originaria. No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor. El hallazgo (encuentro) del objeto es propiamente un reencuentro.

Todos los hallazgos posteriores son representaciones de esta auténtica presentación y en medio de todo el alimento. Este breve repaso muestra lo más fundamental de la

investigación psicoanalítica sobre la anorexia que, estamos viendo, presenta fijaciones expresivas en la posición esquizo – paranoide, y conflictos pulsionales intensos. Al mismo tiempo, se perfilan alteraciones estructurales que apuntan al déficit: en la esfera del *Self* y en la de los objetos internos.

Se menciona también que en la bulimica existe una relación poco diferenciada, entre devoración – agresión – escisión<sup>1</sup> corporal y vuelta contra sí misma. (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Lacan (citado en Gómez, 1996), afirma que el conflicto en realidad nada tiene que ver con la comida (aunque el anoréxico intente convencer al profesional, a veces con éxito, de que su problema sea enfocado y tratado como una fobia o una adicción en relación a la alimentación), sino que se trata de una crisis en relación con *lo imposible de decir*. <<El sujeto se torna esclavo de su no – decir>>. En un momento privilegiado de la cura, estos pacientes descubren, asombrados, que su angustia es realidad nada tenía que ver con la comida.

De acuerdo con Hekier y Miller (citados en Gómez, 1996), aunque se insiste en que el abordaje de la anorexia debe estar centrado en un acallamiento del síntoma (debe ser rápido, eficiente y eficaz), la propuesta en tanto psicoanálisis es sostener una clínica centrada en la escucha, y posibilitar así el pasaje de una boca forzada a comer o a restringirse a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto.

Bruch (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997), afirma taxativamente la naturaleza psicótica de la verdadera anorexia. Basa su afirmación en la perturbación evidente de la imagen corporal, una verdadera percepción delirante que ésta unida a un trastorno profundo del sí mismo. La conclusión es que se trata, en definitiva, de un tipo auténtico de esquizofrenia. Sin embargo, la alteración de la imagen corporal tiene, según Caparrós y Sanfeliú rasgos específicos que la separan de las percepciones delirantes de la esquizofrenia, en la que, por supuesto se pueden dar trastornos alimentarios.

---

<sup>1</sup> Es lo que permite que coexistan procedimientos defensivos contra la realidad (desmentida) y otros contra la pulsión del ello (represión). En definitiva el yo no puede desmentir totalmente ni puede aceptarlo todo (Zukerfeld, 1992).

### Concepciones neo-psicodinámicas

La anoréxica sería una muchacha con unos padres permanentemente en competición para sacrificarse por su hija. Al mismo tiempo que se le plantearían exigencias extremas, difícilmente realizables, en especial con lo referente a su aspecto físico, el comportamiento general y el rendimiento. Los problemas específicos que conducirán ulteriormente a la anorexia iniciarán en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo. La madre, en estos casos, no reaccionará coherentemente a los estados de privación o saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de sus sensaciones internas.

Bruch (citado en Toro y Vilardell, 1989) destaca tres trastornos centrales en la anorexia nervosa: la alteración de la *imagen corporal*, las *distorsiones interoceptivas* que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas, y el sentimiento de *ineficacia personal*.

La anoréxica no pasará la etapa de operaciones abstractas, manteniéndose dentro de un estilo de pensamiento concreto, egocéntrico. Este déficit cognitivo, junto con la dificultad para reconocer los estados internos, determinará la vulnerabilidad para la anorexia nervosa en un época, la adolescencia, de elevadas exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol.

Palazzoli (citada en Toro y Vilardell, 1989), ha reconocido abiertamente en los últimos tiempos la indiscutible y decisiva influencia de los factores culturales y sociales en la génesis de la anorexia nerviosa.

### El modelo sistémico

Minuchin (citado en Toro y Vilardell, 1989), se ha dedicado a estudiar las características observadas en familias que cuentan con niños afectados de enfermedades psicósomáticas. La anorexia sería un trastorno psicósomático más, gestado en un ambiente similar y de modo semejante a los observados en la diabetes o el asma. Las características familiares identificadas por el grupo de Minuchin y cols., son las siguientes:

- Relaciones familiares que adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos.
- Sobreprotección generalizada hacia los hijos.

- Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y adolescente.
- Ausencia de resolución de los conflictos que se producen.
- La implicación del hijo en la conflictividad conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología.

(Toro y Vilardell, 1989).

Esta perspectiva toma en cuenta las pautas de cambio y desarrollo que necesariamente tendrán lugar en determinadas etapas de la historia de la familia. En otras palabras, una familia puede ser considerada como un sistema que, por paradójico que parezca, debe seguir experimentando cambios a fin de sobrevivir como sistema. Los cambios ocurridos en determinados puntos surgen a partir de las distintas exigencias inherentes al progreso de los ciclos vitales de cada miembro, individualmente, y de la familia como un todo.

El planteamiento y contextualización de la terapia sistémica parte de las ideas y enfoques delineados antes. La terapia misma está dirigida a ser relativamente breve; por lo general, en nuestro caso, de una a diez sesiones en el espacio de uno a dos años. El principio orientador consiste en brindar estímulos más que en elaborar las cosas conjuntamente. Los estímulos se brindan durante las sesiones mismas, con la idea de abrir nuevas posibilidades de organización del sí mismo. Los extendidos intervalos entre sesiones (de cuatro a ocho semanas, por regla general) dan tiempo a que los estímulos surtan efecto en la vida del sistema dentro de su ambiente natural y provoquen soluciones al problema, o cambios estructurales de valor perdurable para el sistema. Se confía en un proceso de cambio que se autopropaga. Este proceso lleva su tiempo, por añadidura, el reencontrarse con el sistema tras intervalos prolongados facilita su observación, por parte del terapeuta, de cambios reales en la conducta o la estructura de aquél (Stierlin y Weber, 1990).

Se concentran en tres niveles interrelacionados de organización: supuestos básicos (significados), procesos intrapsíquicos y dinámica interpersonal. Los terapeutas sistémicos asignan particular importancia a supuestos básicos y procesos interpersonales. En esto distinguimos entre tres áreas principales de relación: el sistema definido del paciente, la relación terapéutica y, finalmente, el medio terapéutico, incluyendo factores tales como fuentes de remisión, terapeutas individuales, instrucciones psicosociales (de haberlas), etc.

La manera en que estos supuestos y conceptos pueden ser transformados en acción terapéutica es por medio de la formulación de hipótesis, la explotación de la dinámica de relaciones y la intervención en el sistema de procesos simultáneos.

- **Formulación de hipótesis.** En lugar de diagnósticos individualmente centrados, orientados hacia un modelo clínico de enfermedad, y en vez de considerar al individuo como portador de trastornos o características, se aplican hipótesis a tono con una dinámica de las relaciones. Las hipótesis se formulan a partir de las respuestas dadas a las preguntas ya planteadas. La información transmitida por las hipótesis se relaciona, en particular, con nuevas posibilidades de explicación y acción que difieren de los puntos de vista y conductas explicativas evidenciadas y manifestadas hasta ahora por los pacientes.
- **Interrogatorio circular.** Entre 1975 y 1980, el grupo de Milán desarrolló una técnica de interrogatorio ideal para recabar y generar información de manera simultánea. Lo denominaron interrogatorio circular, como indica el término, el procedimiento se basa en un concepto de la organización de la interacción de sistemas humanos como proceso circular.

El terapeuta selecciona ciertos fenómenos, los ubica en relación mutua, los compara, y distingue entre ellos (Stierlin y Weber, 1990).

### El modelo conductual

El análisis conductual se basa en la verificación del control ejercido sobre cualquier comportamiento por los estímulos que le preceden y/o le siguen. En principio, el comportamiento susceptible de ser así estudiado es todo aquél que sea manifiesto, público, observable.

Aplicando estos principios o esquemas al comportamiento de una paciente anoréxica, la conducta de rechazar el alimento aparece como primordial, como central en tal cuadro. Ello condujo en su día a formular la hipótesis de que esa conducta, mantenida a una alta tasa de frecuencia, debía estar sometida a algún género de *reforzamiento positivo*; esto es, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían.

La verificación empírica de esta hipótesis fue llevada a cabo por Bachrach y cols. (citado en Toro y Vilardell, 1989), en una conocidísima experiencia. Trataron a una anoréxica de 37 años de edad cuyo trastorno se había iniciado alrededor de los 17. Al ingresar en hospital

pesaba 21 kilos, y su vida estaba en serio peligro. Centrarón todo el tratamiento en la organización de las contingencias asociadas al comportamiento de comer y no comer.

Bachrach y cols. (citado en Flores, 1998), refiere que la metodología empleada por las técnicas conductuales requiere que:

- a) La paciente al estar hospitalizada, quede aislada del medio social con pocas posibilidades de obtener gratificaciones materiales y sociales. Tal situación pretende crear un estado de privación de tal modo que permita la formación de reforzadores potentes de una serie de actividades prácticas y relaciones que habitualmente no funcionan o carecen de una potencia reforzadora.
- b) Reforzar la ingesta y/o el aumento de peso significa asociar tales actos o hechos a respuestas emocionales positivas y por lo tanto incompatibles con la ansiedad. Al empezar a reconocer un incremento tanto de peso como de consumo y el manejo de reforzamientos positivos supone un procedimiento de desensibilización sistemática.
- c) Los programas de reforzamiento que son llevados a cabo durante la estancia en el hospital se sitúan en un marco más amplio de reforzamiento negativo determinado por la misma hospitalización que finalizara al haber recuperado el peso normal y tener una ingesta de alimentos adecuada (Flores, 1998, p.165)

Cuando el fenómeno situado en el punto de mira ha sido el miedo a engordar, es lógico que el cuadro anoréxico se planteara según un *modelo fóbico*. Ello supone que, una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que consiga evitar ese aumento o reducción el peso debiera resultar *reforzado negativamente* merced a la disminución de la ansiedad. La traducción terapéutica de este planteamiento se concretó en la experiencia de Hallsten (citado por Toro y Vilardell, 1989), quien trató con éxito a una niña de 12 años mediante *desensibilización sistemática*.

Desde la perspectiva conductual, se ha explicado la *anorexia nervosa* – el comportamiento de la anoréxica – como fruto de un conjunto de circunstancias en las que los elementos ambientales reforzadores y los factores aversivos ansiógenos se estructurarían y combinarían de tal manera que la conducta de no ingestión alimenticia no tendría más remedio que incrementarse y/o mantenerse en una elevada frecuencia (Toro y Vilardell, 1989).

## **DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

En este apartado se citará el diagnóstico diferencial para trastornos de la alimentación, en específico Bulimia y Anorexia del DSM-IV y CIE-10

### **ANOREXIA NERVOSA.**

- A. Rechazo a mantener un mínimo peso.
- B. Terror a engordar aun desnutrida.
- C. Trastorno en la percepción del cuerpo e influencia absoluta del peso y la figura en la autoestima.
- D. Tres ciclos seguidos amenorreicos
  - Subtipo An-Res
  - Subtipo An-Bul
  - Subtipo An-Pur

(DSM-IV, 1996)

### **BULIMIA NERVOSA. (DSM-IV, 1996)**

- A. Recurrentes Atracones.
  - 1. En 2 horas más cantidad que la media
  - 2. Intensa sensación de descontrol
- B. Conducta compensatoria para evitar aumento de peso.
- C. Frecuencia de 2/semana durante 3 meses.
- D. Peso y figura influyen en autoestima.
  - Subtipo Pur: vómitos, diuréticos, laxantes.
  - Subtipo No Pur: actividad física, ayuno, otros.

	<b>1. Del estado de ánimo</b>	<b>Distimia</b>
		<b>Ans. Generalizada</b>
		<b>Pánico</b>
	<b>2. Por ansiedad</b>	<b>Estrés</b>
		<b>Fobias</b>
		<b>Agorafobia</b>
		<b>Conversión</b>
		<b>Dismorfismo</b>
	<b>3. Somatoformes</b>	<b>Dolor</b>
		<b>Somatización</b>
		<b>Hipocondría</b>
<b>Campo</b>		
<b>Clásico</b>	<b>4. Factores psicológicos</b>	<b>Diagnóstico III</b>
<b>Psicosomática</b>	<b>afectando cond. médica</b>	
	<b>5. Trastornos de la</b>	<b>Anorexia nervosa</b>
	<b>alimentación</b>	<b>Bulimia nervosa</b>

(DSM-IV, 1996)

## ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nervosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que en el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.

- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nervosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nervosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

#### *Pautas para el diagnóstico*

El diagnóstico de la anorexia nervosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet<sup>2</sup> de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés

---

<sup>2</sup> Índice de masa corporal de Quetelet = peso (kg)/altura<sup>2</sup> (m)

y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

#### *Diagnóstico diferencial*

No suele plantear dificultades. Pueden presentarse además síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una característica diagnóstica. Deben distinguirse de ésta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades emaciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

**Excluye:** Anorexia, falta de apetito (R63.0).

#### *Anorexia psicógena*

#### *Anorexia nervosa atípica*

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nervosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nervosa pero en grado leve. Este término no debe de utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nervosa pero que son debidos a una etiología somática conocida. (CIE 10, p.p. 219-223)

## BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal y lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que están relacionadas con la anorexia nervosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nervosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nervosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

### *Pautas para el diagnóstico*

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nervosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal como se indica:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida, en periodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una

forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

*Incluye:* Bulimia sin especificar.  
Hiperorexia nerviosa

#### *Diagnóstico diferencial*

La bulimia nervosa debe ser diferenciada de:

- a) Trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos (no existe la psicopatología característica).
- b) Alteración más profunda de la personalidad ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede existir con dependencia al alcohol y conducta antisocial (por ejemplo, robar en comercios).
- c) Trastornos depresivos (ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos).

#### *Bulimia nervosa atípica*

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nervosa (F50.2), pero que por lo demás presentan el cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior al normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

*Incluye:* Bulimia con peso normal. (CIE 10, p.p. 219-223)

## **ANOREXIA Y BULIMIA**

### Anorexia

Probablemente todo empezó a partir del día en que los chicos de la clase hicieron comentarios sobre el cuerpo de la futura anoréxica, comentarios que no le gustaron nada, o cuando su tía le repitió por enésima vez que si seguía engordando así iba a parecerse a su madre. El caso es que en un momento dado tomó la decisión de perder peso, de adelgazar algunos kilos, pocos, quizá tres o cuatro. Fue entonces cuando comenzó a dejar de comer pan, galletas, pastas, y todo cuanto guardara relación con los hidratos de carbono.

Mientras inició este régimen dietético, sencillo y corriente, empezó a preocuparse más que antes por las dietas en general, leyendo e informándose acerca de calorías, pesos, kilos y centímetros. En un principio, sus padres no observaron nada anómalo en su conducta. A su madre, siempre algo preocupada por algún kilo de más, incluso le pareció bien. El descenso de peso prosigue, esta pérdida de peso ya es manifiesta y palpable, pública. La familia empieza a preocuparse, algunas amigas le preguntan si le pasa algo, ella dice que nada le ocurre. Está satisfecha por la disminución de peso conseguida. Pero lo cierto es que su preocupación por el mismo, en lugar de disminuir de acuerdo con el peso, aumenta. El mero hecho de pensar en aumentar kilos, aunque sólo sea uno, o unos gramos, aunque sean pocos, la angustia de sobremanera, se siente irritable y malhumorada. Sigue adelgazando y restringiendo la ingestión de alimentos.

La menstruación ha desaparecido. Tiene mareos de vez en cuando y a veces se siente bastante agotada. Sin embargo, no por ello deja de estar sumamente activa.

Todo el mundo dice que está delgadísima, que está en los huesos, pero ella no opina igual, ciertamente está más delgada que otras personas, pero no tanto como los demás dicen.

A la ausencia de menstruación se han añadido otros problemas. Se nota la piel seca, y aparecen algunas grietas que las cremas al uso no acaban de solucionar. Nota que el pelo le cae de modo progresivo, las uñas se le rompen con cierta facilidad, tiene frío continuamente y los dedos de las manos y los pies adquieren un color violáceo bastante desagradable. Sigue perdiendo peso, cada día come menos, al principio hacía notables esfuerzos para "aguantarse" el apetito y no comer, ahora prácticamente no tiene sensación de apetito y, en cuanto ingiere un bocadillo, se siente repleta, con grandes molestias en el estómago.

Tiene un estreñimiento cada vez más pertinaz, por lo cual toma laxantes, cada vez con más frecuencia e intensidad, con lo que los trastornos diarreicos se hacen más continuos. Ha ido reduciendo los contactos con sus amigas y compañeras, los chicos no le interesan prácticamente nada. El peso, la comida, su posible descontrol, su tristeza, su malestar físico, su irritabilidad, ocupan persistentemente su conciencia, todo se complica. Los médicos afirman que debe hospitalizarse, ella se resiste, sus padres en un principio también, pero ahora ya no ven otra solución, además ya tienen una información más completa de lo que le sucede a su hija, ya no saben que hacer, ella tampoco... está harta de luchar con los demás y consigo misma, está harta de todo (Toro y Vilardell, 1989).

En su sentido etimológico, anorexia quiere decir <<falta de apetito>>, aunque la verdad es que, al menos en un principio, las anoréxicas sí sienten hambre; lo que ocurre es que dejan de comer porque algo en su interior las empuja a querer adelgazar más y más, independientemente de cuál sea su peso real (Gómez, 1996).

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso de la edad de inicio (Toro, 1996).

De acuerdo con Herscovici (citado en Gómez, 1996), la anorexia debe ser definida como un síndrome que se inicia por lo general en la adolescencia, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida, y que acarrea, en el caso de la mujer, un cese de las menstruaciones y, en el varón, una pérdida de la libido y de la potencia sexual.

Se define a la anorexia nerviosa como la aparición de inanición voluntaria con pérdida excesiva de peso. Presenta además dos características importantes: casi siempre se trata de mujeres adolescentes con amenorrea. Casi siempre la joven inicia dietas para perder peso ya que refiere estar demasiado obesa; no obstante, de mantenerse en un peso normal mediante una serie de actos y procedimientos que incluyen producirse vómitos, ocultar los alimentos y empleo de laxantes y enemas. Las pacientes refieren sentirse bien a pesar de su aspecto caquéctico. Habitualmente la personalidad de estos individuos tiende a ser de tipo obsesivo-compulsivo (Loredo, 1994).

En 1986 la *Organización Mundial de la Salud* estableció los siguientes criterios para poder determinar con propiedad el diagnóstico de anorexia nervosa:

1. Pérdida de peso significativa que se inicia en la adolescencia.

2. Dicha pérdida de peso es autoinducida por medio de:
  - Evitar comer alimentos <<que engordan>>.
  - Disminución progresiva de la ración alimenticia.
  - Vómitos autoprovocados.
  - Ingestión de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes.
  - Exceso de ejercicio físico.
3. Existe una verdadera fobia a la gordura y un control minucioso y constante del volumen y el peso corporales.
4. El trastorno involucra al eje hipotálamo – hipofisario – gonadal (parte del cerebro que regula el nivel de hormonas sexuales), lo cual se manifiesta en la mujer con una falta de reglas o *amenorrea*, y en el varón con una pérdida del interés sexual y una dificultad para la erección.
5. Si la aparición de la anorexia es previa al desarrollo puberal, los caracteres sexuales propios de esta edad no hacen su aparición e incluso pueden involucrar a estadios más infantiles: en las niñas no se desarrollan los pechos ni se redondean las caderas; en los chicos los genitales permanecen con un aspecto y un tamaño infantiles y no se produce el típico <<cambio de voz>> ni el ensanche de hombros. El crecimiento en altura no suele verse afectado, al menos en un principio (Gómez, 1996).

Según Stierlin y Weber (1990), hablamos de anorexia cuando los pacientes (jovencitas o mujeres en su vasta mayoría) restringen su consumo de alimentos en medida tal que se mantienen un 15% por debajo del peso normal para su edad y estatura, las víctimas deciden no comer, se ponen demacradas y comienzan a padecer diversos tipos de trastornos físicos (por ejemplo, trastornos de su equilibrio hormonal, metabolismo electrolítico y procesos metabólicos del cerebro), con no poca frecuencia de índole potencialmente fatal.

De acuerdo con Toro y Vilardell (1989) la anorexia nervosa constituye un cuadro complejísimo en el que se entrelazan inseparable y confusamente hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, emocionales, somáticos y aun iatrogénicos. Es un trastorno socio – psico – biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable valor formativo.

La asociación entre anorexia nervosa y desórdenes afectivos fue planteada por Morgan y colaboradores y Catwell y colaboradores (citados en Loredó, 1994), ya que se han

encontrado síntomas depresivos frecuentemente en estos pacientes, pero que reaccionan adecuadamente al uso de fármacos psicotrópicos que sirven para trastornos afectivos y con una historia familiar de alteraciones psiquiátricas.

Autoimagen y autoestima acostumbran ser sumamente negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y, por consiguiente, del comportamiento. Las relaciones interpersonales siempre están alteradas. La conflictividad familiar, en la mayor parte de los casos secundaria a la aparición del trastorno, suele ser la norma. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la distrofia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva malnutrición.

### Bulimia

La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes en que se ingiere alimento, combinados con esfuerzos persistentes por disminuir de peso mediante algún tipo de maniobras como purgas, ayunos o ejercicios, requiriéndose para el diagnóstico de dos episodios por lo menos de alimentación compulsiva por semana durante los últimos tres meses. (Loredo, 1994).

De acuerdo con Sherman y Thompson (1999), la bulimia es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga. Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimento – con frecuencia, alimentos altos en calorías -. Por lo general, se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo. La purga, ocurre con más frecuencia por medio de vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso de laxantes diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo.

El propósito de la purga es "corregir" la ingesta excesiva en la comida. Es un intento por aliviar la culpa por haber comido tanto, reducir el aumento de peso que puede presentarse generalmente como resultado de estos excesos.

La bulimia presenta una situación con ataques reiterados de comer compulsivamente junto con vómitos y/o el uso de laxantes y/o dieta o ayuno estrictos; el peso del paciente, sin

embargo, se mantiene normal (o ligeramente por debajo de lo normal), estos mecanismos de control son eficaces pero los pacientes no se perciben a sí mismos en ejercicios de control sino a merced de sus compulsiones alimenticias (Stierlin y Weber, 1990).

El paciente bulímico experimenta permanentemente alteraciones del estado de ánimo, con tristeza y ansiedad en primer plano, y unos sentimientos de culpa que suelen constituir la música de fondo del trastorno. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda (Toro, 1996)

#### Similitudes y diferencias entre anorexia y bulimia

Entre la anorexia y bulimia se dan puntos de contacto, transiciones y estados híbridos. Por ejemplo, muchos anoréxicos no sólo reducen su ingestión de alimentos, sino que también pasan por momentos de comer compulsivamente, inducir vómitos y recurrir a laxantes. A estos trastornos se les designa como formas bulímicas de anorexia, de igual forma algunos bulímicos presentan periodos de inanición (Stierlin y Weber, 1990).

Las similitudes incluyen la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como incomodidad cuando se come con otras personas, y la búsqueda de aprobación a sí mismo, muchas bulímicas han sido anoréxicas previamente y muchas de aquellas que no han sido anoréxicas desean poder serlo, es decir, ser capaces de no comer (aunque es posible presentar periodos de inanición en la bulímica).

Así como presentan rasgos similares, también difieren en varias formas. Una diferencia consiste en la negación del problema: la anoréxica niega a los demás y a sí misma que exista un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la bulímica por lo general, rechaza la existencia de un problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales. Otra diferencia consiste en que la anoréxica siempre está falta de peso (por lo menos 15% por abajo del peso recomendable); sin embargo el peso de la bulímica puede ser bajo, normal o incluso tener sobrepeso, otra diferencia radica en que tanto la anoréxica como la bulímica exhiben una distorsión en la imagen corporal (esto es, el cuerpo se percibe erróneamente como más grande de lo que es en realidad), pero la distorsión de la anoréxica es, por lo común, más seria que la de la bulímica. Por último, el objetivo de la anoréxica es perder más peso, pero la meta de la bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria; de ahí la frecuencia, en bulímicos, del consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o trabajo, e incluso de robos y mentiras. El anoréxico restrictivo prototípico, por el contrario, peca de hipercontrol (Toro, 1996).

La moderna psicología ha demostrado que el alimento lleva asociada la imagen de la ternura maternal, y así, a diferencia de la anoréxica, que rechaza a la madre, la bulímica trata inconscientemente de satisfacer de una manera simbólica, durante toda su vida, una frustrada necesidad de amor materno, cuyo origen se remota a carencias afectivas sufridas durante la infancia (Gómez, 1996).

#### Anorexia en el varón

Según Gómez (1996), la anorexia nervosa es, fundamentalmente, un cuadro que afecta a la población femenina; sin embargo, no debemos olvidar que casi un 5% de los pacientes anoréxicos son varones. Su incidencia en la población masculina sigue siendo muy inferior (aunque en la actualidad se esté registrando un cierto incremento del número de casos).

El conocimiento sobre trastornos de la alimentación en el género masculino tiene serias carencias teóricas, son escasos los estudios empíricos y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas. Existe una tendencia a excluir a los hombres de las investigaciones empíricas y entre las varias consecuencias debe destacarse la dificultad que implica la evaluación, el diagnóstico y referencia de trastornos de la alimentación en el sexo masculino lo que puede contribuir con el incremento en el riesgo de complicaciones médicas Siegel, Hardoff, Golden y Shneker citados en Gómez Péresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000)

En los varones el pronóstico es similar al de las muchachas y los factores de cronificación del cuadro suelen ser los mismos. Quizá la diferencia fundamental estriba en que, frente al desinterés de las muchachas anoréxicas por el sexo y el amor, que, no pocas veces, llega a una franca hostilidad, la anorexia mental masculina es mucho más frecuente en sujetos de acusada tendencia homosexual (Gómez, 1996). Los jóvenes anoréxicos muestran una

marcada dificultad para asumir apropiadamente la identidad y rol sexual, exhibiendo de esta manera un claro desinterés por el sexo opuesto, ansiedad frente al contacto sexual y problemas con su identidad genérica (Behar y McColl, 1992).

Para el adolescente anoréxico el problema es el mismo que el de la chica y a la vez muy diferente a éste. Los varones, por lo general, suelen estar menos pendientes de su peso que las mujeres, entre otras cosas porque la presión social en este sentido es mucho menor. Estos muchachos soportan una carga diferente a la de las mujeres, porque mientras éstas encuentran un cierto apoyo social a su obsesión por adelgazar, el chico rara vez puede expresar o recibir apoyo entre sus amistades sobre este tema (Gómez, 1996).

El primer modelo para el niño es la figura paterna; el hijo, para imitar a su padre, debe aprender a no expresar las emociones como lo hacen las mujeres, debe ser razonable, objetivo, lejano, fuerte y firme. No debe descubrir sus debilidades ni sus miedos e inseguridades. Cuando el chico adolescente se ve incapaz de ostentar ninguno de estos valores, suele recurrir a la seducción por la belleza, como lo hace la mujer.

A ellos, como a ellas, concentrarse en el rechazo a la comida les sirve para escapar de otros problemas subyacentes (Gómez, 1996).

Así como la anoréxica arrastra tras de sí un fuerte conflicto con una madre sobreprotectora pero incapaz de darle amor, el anoréxico muestra una historia de desamor y desencuentro afectivo con un estricto, dominante y a la vez distante padre. En el caso del varón es a veces también relevante la existencia de una madre sobreprotectora, pero su influencia en este caso no es tan determinante como la del padre, que es, podríamos decir, la figura central de este <<drama>>. El padre resulta ser, de hecho, la figura determinante en la génesis de esta anorexia: sus conflictos con él son experimentados por el chico en forma de control y castigo y esto le origina un constante estado de ansiedad basal.

Es frecuente que este tipo de padres tienda a mantenerse alejado de su hijo desde la infancia, evitando tocarlo o besarlo. El mantenimiento de esta distancia física con el hijo hace que éste lo interprete como un rechazo, y ya inseguro de por sí, empieza a dudar de su propia valía. Como afirma Dyer (citado en Gómez, 1996), estos niños a quienes sus padres evitan muestran graves signos de desadaptación, y la falta total de contacto físico afectuoso puede resultar fatal; estos chicos a quienes no se les acaricia ni se les da muestras de afecto empiezan a interiorizar la noción de que no son dignos de aprecio. Comienzan a

verse faltos de atractivo y acaban dudando de sí mismos como seres humanos dignos de amor... Si un padre nunca le dice a su hijo "te quiero", éste no cree merecer que le quieran. Precisamente esta falta de autoestima va a resultar fundamental en la aparición de la anorexia.

El ayuno y la abstinencia de anoréxicos (as) y bulímicos (as), así como de la amplia galería de candidatos a serlo, se practican ahora en función de la belleza corporal. Se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. En este culto a la delgadez, nos guste o no, participamos todos de algún modo. Pero esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas (Toro, 1996).

## **ALIMENTACIÓN**

La alimentación es el proceso mediante el cual un organismo obtiene las sustancias necesarias para la vida: los nutrimentos. Estos son sustancias necesarias para el organismo. Cuando faltan en la alimentación pueden llegar a causar graves enfermedades, incluso la muerte (Cravioto y Arreta, 1982).

Las dietas se componen de seis grupos básicos de nutrientes -hidratos de carbono (carbohidratos), lípidos (grasas), proteínas, minerales, vitaminas y agua-. El cuerpo para conservarse sano, tiene diferentes necesidades de estos nutrientes de acuerdo con su edad, sexo, grado de actividad y clima. Por tanto, es necesario buscar el equilibrio entre el suministro de nutrimento por un lado y el gasto del organismo por otro (Derrick y Jellife, 1974).

Por lo anterior, antes de hablar de alimentación es necesario definir la nutrición, así como ver las implicaciones que ésta tiene no solo en los individuos sino en la sociedad misma (Cravioto y Arreta, 1982). De esta manera, es necesario definir -basados tanto en las necesidades orgánicas como tomando en cuenta las pautas culturales y sociales-, lo que es y da lugar a la alimentación considerada normal así como a la anómala. Por otro lado, conocer las consecuencias fisiológicas derivadas en una mala nutrición en la época de desarrollo preadolescente, que es lo que nos ocupa en este tema.

### **NUTRICIÓN**

La nutrición es un proceso mediante el cual, el organismo obtiene los nutrimentos del alimento. De este deviene el estado nutricional, el cual es el equilibrio entre el suministro de nutrimento por un lado y el gasto del organismo por el otro.

El proceso de nutrición incluye ingestión, absorción, transporte, almacenamiento, metabolismo y eliminación. Todo esto tiene como propósito la conservación de la vida, el crecimiento, la reproducción, el funcionamiento normal de los órganos y la producción de energía. A través de la historia, de la investigación de los usos y costumbres del ser humano con relación a su alimento y a las complejas interrelaciones que éste establece con su alimento, vemos que la nutrición no puede considerarse en forma aislada, sino que debe

relacionarse con la producción, el proceso, la comercialización y el consumo del alimento, así como con la economía, la sociología, la demografía y aún con la política (McLaven, 1993).

Para el ser humano, el alimento representa algo más que los nutrientes o principios alimentarios que contiene. En 1961, Ramos Galván afirmó que la alimentación normal debe considerarse como aquella que permite que los seres vivos perpetúen a través de las generaciones, los caracteres del individuo y de la especie, agregando que desde el punto de vista de la pediatría, la alimentación debía juzgarse por lo menos desde tres ángulos:

1. *el nutricional*, que comprendería el estudio de los nutrientes de la dieta;
2. *el dietológico que sería e estudio de los alimentos que componen la dieta, y*
3. *el psicológico que comprendería la estimulación que para el desarrollo emocional debería ser efectuada por medio de la dieta (Cravioto y Arreta, 1982, pág. 2).*

A continuación se muestra un cuadro que señala las tres dimensiones de la alimentación.  
Dimensiones de la alimentación

<b>Dimensión</b>	<b>Unidad</b>	<b>Función</b>
<i>Fisiológica</i>	nutriente	Proveer al organismo de las sustancias químicas necesarias para su crecimiento, mantenimiento y regulación metabólica.
<i>Psicofísica</i>	Alimento	Proveer al organismo de estímulos sensoriales: consistencia, color, olor, sabor y temperatura
<i>Psicosocial</i>	Tiempo de comida	Desarrollo de sistemas simbólicos Aprender , practicar y aclarar "role y estatus".

Cravioto y Arreta, 1982, pág. 6

Las características de una alimentación balanceada son las siguientes: debe ser *equilibrada* (que incluya carbohidratos, proteínas y lípidos), *variada* (cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal así como frutas y verduras), *suficiente* (respecto a los nutrimentos y energía necesarias para el mantenimiento o crecimiento y desarrollo con la velocidad adecuada -en el caso de los preadolescentes y adolescentes- en esta etapa), *adecuada* (respecto a la edad, sexo, complexión, estatura, actividad física y estado fisiológico) además de *inocua* (Pick de Weiss y Vargas -Trujillo, 1994).

Cuando se presentan deficiencias o desequilibrios en la dieta es cuando deviene la desnutrición, la cual es un estado de deficiencia en el organismo, que se presenta cuando por cualquier circunstancia no está recibiendo el aporte mínimo de energía para mantener las funciones del cuerpo o los constituyentes esenciales para su formación, mantenimiento y reposición de sustancias que ayudan a estas funciones.

En una etapa importante del crecimiento y desarrollo del individuo, como es la adolescencia, lo primero que se observa es adelgazamiento y disminución en la velocidad del crecimiento; si persiste la deficiencia, el crecimiento puede detenerse totalmente y la persona no alcanza la talla que debería. También se presenta apatía, cansancio y bajo rendimiento escolar (Dobbing y Kersley citado en Cravioto y Arreta, 1982).

Pero es necesario decir que, además de satisfacer la necesidad nutricional de los organismos, la comida, el acto de comer, reviste significados, se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional, es también un vínculo social (Toro, 1996).

### **ALIMENTACIÓN COMO VÍNCULO SOCIAL**

Una de las características del proceso de alimentación es la interrelación humana y comprende el uso de los alimentos y la alimentación como formas simbólicas de comunicación, primero entre la madre y el niño y posteriormente entre el individuo y la sociedad. El alimento tiene dos funciones en la sociedad humana: una, proveer al organismo de nutrientes y la otra, facilitar a los miembros del grupo cultural oportunidades de socialización y refuerzo de conductas aceptadas como deseables para todos (Cravioto y Arreta, 1982).

La nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. La comida no es únicamente nutrición, el acto de comer no es solo alimentarse, es un acto que se practica miles de veces en la vida de un individuo. Por lo tanto, la comida (los alimentos) y el acto de comer están asociados a múltiples circunstancias que usualmente son revestidas con un significado emocional para el comensal. Este significado comienza desde la cuna, cuando la madre amamanta a su bebé y éste experimenta la supresión de una sensación desagradable en presencia de su madre además de poner en práctica una serie de habilidades sociales, tales como: contacto físico, le habla, le sonríe, le mira a los ojos, le besa, le atiende, entre otros. De esta manera, el bebé no solo se alimenta sino que se vincula con su madre y a ella, le da la oportunidad de resultar asociada a diversas experiencias gratificantes. De este modo, la madre va adquiriendo a los ojos del niño una serie de significados socioafectivos de los que carecía previamente (Toro, 1996).

Es necesario mencionar que el afecto, el cariño y la ternura, la paciencia y la comprensión son importantes para el apetito, la digestión y absorción de alimentos, puesto que las emociones influyen sobre la actividad del tubo digestivo y el deseo de comer (Breckenridge, 1985).

Por otro lado, en la infancia la comida no solo es alimento, sino que se convierte en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, en algo capaz de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

Son diversas las situaciones alimentarias en las que el alimento ingerido entraña un valor añadido que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come y en consecuencia, también por las experiencias anteriores en situaciones similares.

Por lo tanto, desde el nacimiento comer es un acto social. Esta socialidad se mantiene durante toda su vida. (Toro, 1996).

Entonces vemos que el ser humano establece complejas relaciones con su alimento, el proceso de alimentación está matizado por una serie de factores que son capaces de determinar pautas psicológicas y conductas en los individuos.

### Alimentación y sociedad

Aparentemente la nutrición está primariamente relacionada con factores del ambiente físico tales como el clima, las condiciones atmosféricas, la topografía y estructura geológica, pero el principal determinante del estado nutricional de una población es el ambiente social. (Cravioto y Arreta, 1982) Si bien es el ambiente social el que establece el estado de nutrición, es la sociedad misma la que determina tanto los aspectos positivos como los negativos de ésta. Es debido a que si el comer reviste forzosamente múltiples significados además del nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. Detrás del no comer se pueden esconder múltiples miedos, motivaciones absurdas y pensamientos aberrantes (Toro,1996).

En realidad, la dieta -el conjunto de alimentos que se consumen cada día- al formar parte del contexto cultural del individuo y su grupo, es en realidad un indicador de ese contexto cultural reflejado en particular por la actitud del adulto frente a los alimentos (Cravioto y Arreta, 1982) Decimos del adulto ya que los niños adquieren las connotaciones y la significación de los alimentos a través de sus padres. De hecho, éstos establecerán un medio que podrá influir sobre los sentimientos y la conducta alimentaria de sus hijos (Breckenridge, 1985). Adicionalmente, éstos aprenden desde pequeños la importancia que tiene para sus mayores la alimentación y, de esta manera, se convierte en una situación en la que se puede acaparar la atención de ellos (Simón, 1993).

Cada comunidad humana tiene su particular estructura de comportamiento, normas, costumbres y creencias, lo cual define su propia cultura. Este conjunto de actitudes y formas de vida son aprendidas por medio de la enseñanza de los padres y otras personas pero principalmente por la imitación inconsciente del comportamiento de la familia y otros miembros de la comunidad, de modo que al llegar a la adolescencia, el individuo está condicionado para aceptar las costumbres de su grupo como la forma correcta y apropiada de comportarse.

Todas las culturas tienen prácticas y costumbres provechosas para la salud y la nutrición, así como algunas que no lo son (Derrick y Jellife, 1974). Más aún, existe una estrecha relación entre el consumo de alimentos, la capacidad de trabajo y el desarrollo de la comunidad (Zubirán, 1984).

Por otro lado, todas las comunidades manejan diferentes tipos de alimentos independientemente de su valor nutricional, este deviene de creencias, valores emocionales e ideologías, entre otros, y cada uno de ellos está asociado con diferentes creencias, ceremonias, estatus y ocasiones. Estos son los superalimentos culturales, los alimentos de lujo, los alimentos con imagen corporal, alimentos mágicos por semejanza y alimentos del grupo fisiológico (McLaven, 1993).

Baas (1979) enumeró los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos y por tanto de los distintos significados que se les pueden atribuir, estas son: satisfacer el hambre y nutrir en cuerpo; iniciar y mantener relaciones personales y de negocios; demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales; proporcionar ocasiones para actividades comunitarias; expresar amor y cariño; expresar individualidad; proclamar la distintividad de un grupo; demostrar la pertenencia a un grupo; hacer frente al estrés psicológico o emocional; significar estatus social; recompensas o castigos; reforzar la autoestima y ganar reconocimiento; ejercer poder político y económico; prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas; prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales; simbolizar experiencias emocionales; manifestar piedad o devoción; representar seguridad; expresar sentimientos morales y significar riqueza (citado en Toro, 1996).

Muchos de estos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez (Toro, 1996). De acuerdo con Graubard (1943), con el hombre, el alimento no solo es alimento, sino que es "la encrucijada de emociones, religión, tradición y hábito" (citado en Breckenridge, 1985).

De esta manera vemos que la alimentación está también estrechamente relacionada con las emociones, estas afectan aquello que uno come y la manera como se siente al respecto. Existe hambre psicológica que si no es satisfecha se satisface a menudo comiendo. Así, por ejemplo, una persona solitaria e infeliz podrá recurrir al alimento como sustituto de una necesidad insatisfecha, así mismo podrá comer poco o demasiado cuando está inquieta o preocupada (Bruch, 1957; Rabinovitch y Fischhoff, 1952; citados en Breckenridge, 1985).

Pero no solo son los diversos usos y atribuciones que da la sociedad a los alimentos, también hay consecuencias sociales –además de la fisiológica en los humanos– derivados de una nutrición deficiente. A través de los siglos se ha visto como los pobladores del campo

reducen su esfuerzo, su impulso y su afán de progreso, como consecuencia lógica de la pobreza energética de su dieta. La mala nutrición afecta no solo al individuo sino a la colectividad, por lo que es una barrera para el progreso y el desarrollo económico y cultural del país. En forma semejante a la adaptación biológica se establece una adaptación social que, en ahorro de energías, impide la aplicación total de la capacidad humana (Zubirán, 1984).

Por otro lado, en las sociedades opulentas, en las del tercer mundo, así como en países con desarrollo tecnológico, la moda alimentaria ha ido ganando terreno en los últimos años. Gran parte de los consejos sobre lo que supone ser una dieta sana se proporcionan por medio de radio, televisión y revistas, muchas veces por personas ignorantes en el tema. Estas modas varían desde regímenes sumamente deficientes y que ponen en riesgo la vida hasta la adquisición de "alimentos sanos" libres de fertilizantes químicos, plaguicidas, entre otros (McLaven, 1993).

De esta manera, es necesario definir que es una conducta alimentaria normal y diferenciarla de la que no lo es.

### **CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL**

Una conducta alimentaria normal es la que se basa en un patrón alimentario específico y adecuado de acuerdo con las características únicas de cada persona, es decir, sus factores hereditarios, su historia en relación con el peso, su altura y su contextura física.

En una alimentación sana, las calorías ingeridas nunca están por debajo de lo necesario, es decir, no hay restricción, con una ingesta de un 50% a un 60% de las calorías diarias en forma de hidratos de carbono; está fraccionado, es decir, hay varias comidas a lo largo del día, no solo una; incluye todo tipo de alimentos y logra y mantiene cierto peso como consecuencia de comer moderadamente y sin privaciones y/o junto con una actividad física moderada (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Además, una alimentación variada es condición de buena salud, pues permite aportar los diferentes elementos necesarios para el organismo, no solo los básicos (glúcidos, proteínas, lípidos) sino incluso las sales minerales y vitaminas que varían de un alimento a otro. (Hibert y Hibert-Kuntzler, 1980).

De esta manera, un patrón alimentario normal tiene como efecto mantener el gasto energético, quemando de forma normal las calorías que corresponden, evita la aparición del apetito y la necesidad imperiosa de hidratos porque no es restrictivo; en consecuencia, no aparecen (dan lugar) los atracones (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

### Conducta alimentaria anómala

La conducta alimentaria anómala está caracterizada por la supresión o restricción del consumo de alimentos -especialmente de los que "engordan"- la práctica de vómitos autoinducidos, el uso indebido de laxantes, la realización de ejercicio físico desmesurado y el consumo y abuso de anorexígenos y diuréticos, entre otros (Toro,1996).

*Dietas restrictivas.* Hacer dieta es la forma más común de controlar el peso entre las personas con desórdenes de la alimentación. Esto lo hace de diferentes maneras: desde seguir dietas en libros, la asistencia a clínicas de reducción de peso, la toma de productos que mágicamente reducirán el peso, los ayunos, se saltean comidas, se reducen porciones, hasta la eliminación de cierta categoría de alimentos, entre otros.

Una de las consecuencias es el comer descontroladamente ya que la dieta restrictiva ocasiona apetito y necesidad de ingerir hidratos de carbono (Crispo, Figueroa y Guelar,1998).

Lo que sucede cuando se realiza una dieta restrictiva es que a) se suprimen alimentos ricos en hidratos de carbono, por lo cual aparece una necesidad imperiosa de consumirlos y b) si se resiste a ello, a lo largo de los días esa necesidad crece hasta que el organismo no resiste más y entonces se manifiesta un atracón o descontrol alimentario (Crispo, Figueroa y Guelar,1998)

A continuación veremos cada uno de éstos métodos compensatorios.

#### **Métodos compensatorios**

*Atracón.* Se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono en muy poco tiempo, con la sensación de no poder controlar qué ni cuánto se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgustada consigo misma (Crispo, Figueroa y Guelar 1998)

Por otro lado, las oscilaciones del estado de ánimo son importantes, ya que en personas que tienden a restringir habitualmente su alimentación, la disforia suele provocar incrementos de la ingestión alimentaria. Además de los estados disfóricos, el consumo de alcohol y las situaciones de soledad también pueden precipitar los atracones (Toro,1996)

Como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el miedo a engordar, los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal, como: vómitos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, etc. (Toro, 1996; Crispo, Figueroa y Guelar 1998)

*Vómito autoinducido.* Es un método por el cual se intenta eliminar las calorías indeseadas ingeridas durante el atracón, comienzan implementándose como un sistema para recuperar el control después del mismo y termina siendo un fracaso el control, ya que de hecho, el vomito "legítima" el atracón y por tanto el descontrol(Crispo, Figueroa y Guelar 1998).

*Laxantes.* Son sustancias ineficaces para eliminar calorías ya que afectan el vaciamiento del intestino grueso (última parte del intestino) mientras que la absorción de nutrientes se produce en el intestino delgado(primer parte del intestino) Aun con dosis exageradas solo se puede lograr una pérdida del 5% de las calorías ingeridas. La diarrea que ocasiona se debe a que aumentan la secreción de agua y sodio hacia el interior del intestino grueso y además estimulan en forma directa la contractilidad del mismo. La disminución del peso de debe a la pérdida de agua y no de tejido graso. De esta manera, los laxantes solo vuelven disfuncional el intestino, por la pérdida de contractilidad natural, y producir desequilibrios electrolíticos y deshidratación, que pueden llevar a serias complicaciones médicas (Crispo, Figueroa y Guelar 1998).

*Diuréticos.* Actúan al nivel de los riñones, ocasionando un aumento en la pérdida de potasio y agua mediante la orina. Al igual que con los laxantes, la disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso, lo cual significa que la persona puede estar seriamente deshidratada y no necesariamente más delgada (Crispo, Figueroa y Guelar,1998).

*Ejercicio físico.* Muchas personas con desórdenes de la alimentación utilizan el ejercicio para quemar calorías, es decir, como una forma de purgarse. Algunas no se permiten comer si no han cumplido con su cuota diaria de ejercicio. En una investigación realizada en 1983, se

descubrió que dos terceras partes de las mujeres que realizaban ejercicios, lo hacían para mantener el peso deseado, no por salud (Canada Fitness Survey, 1983, citado en Crispo y Figueroa, 1998).

### Factores de mantenimiento

La función de los métodos compensatorios que describimos es la de evitar o compensar las calorías ingeridas, pero vuelven a producir apetito y necesidad de hidratos. De esta manera, estos métodos de control de peso preparan el terreno para un atracón o descontrol alimentario, que a la larga resultará en un aumento de peso (Crispo, Figueroa y Guelar 1998).

Cuando por medio de dietas restrictivas se intenta descender de peso, el organismo se protege, disminuyendo el gasto energético para mantener el peso deseado. De esta manera, la dieta es el principal factor de mantenimiento de un trastorno del comer.

Cuando en estas circunstancias de restricción, se producen los atracones o descontrol alimentarios, lejos de bajar de peso, lo que sucede generalmente es lo contrario: da lugar a un aumento de peso importante. Las calorías consumidas en un atracón, después de ayunos autoimpuestos, son menos probables que se consuman como combustible y más probable que se almacenen como grasa (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Algunos problemas alimentarios están relacionados con el estilo de vida, es decir con las prácticas, hábitos y costumbres cotidianas, debido a lo cual los mantienen. Ejemplo de ellos son las comidas excesivamente fuertes para el tipo de vida que se está llevando, y que provienen generalmente de transmisión familiar (el tipo de guiso se ha pasado de madres a hijas), de una época en el que el trabajo era físico (por ejemplo, en el campo) y luego se ha variado a otro sedentario o menos fuerte (al pasar a vivir en la ciudad); y finalmente, de un tipo de comidas necesario para algunas personas de la familia por su desgaste en el trabajo, pero que la consumen los otros miembros de la familia que no presentan ese desgaste. (Simón, 1993).

### Consecuencias de la conducta alimentaria anómala

La malnutrición, produce alteraciones de todo orden, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y a pérdida de interés y potencia sexuales en los hombres, de hecho la fórmula hormonal se vuelve prepuberal. La malnutrición da lugar a diversos síntomas y trastornos: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, entre otros (Toro, 1996).

A consecuencia de la malnutrición, está alterado el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, pero también lo está el funcionamiento de los ejes hipotálamo-hipofisotiroideo hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. La malnutrición también afecta la neurotransmisión, produciéndose disfunciones en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. También están alterados los opioides endógenos. Se trata de alteraciones que pueden dar lugar a patología afectiva, de ansiedad, obsesivo-compulsiva, etc. Adicionalmente, estos compuestos bioquímicos también son responsables de la regulación del apetito, de las sensaciones de hambre y saciedad (Toro, 1996).

Por otro lado, la alimentación defectuosa tiene importantes repercusiones biológicas, clínicas y sociales. Las primeras se manifiestan por un proceso de adaptación biológico que hace disminuir los requerimientos de nutrientes, y que se expresan por reducción del peso y de la estatura, pocas reservas nutricionales, menoscabo de la energía física, una disminución marcada de la energía psíquica y menor resistencia y capacidad para defenderse de las agresiones del medio ambiente y de las situaciones de estrés, y son particularmente vulnerables a las enfermedades infecciosas (Zubirán, 1984).

### **NUTRICIÓN Y DESARROLLO**

En la infancia y durante el embarazo, la dieta debe ser suficiente para cubrir las necesidades adicionales del crecimiento rápido (Derrick y Jelliffe, 1974)

La infancia temprana es un período importante para el establecimiento de un apetito normal, de buenas actitudes hacia los alimentos y de buenos hábitos de alimentación (Breckenridge, 1985).

Durante la pre adolescencia y adolescencia la nutrición es importante ya que en esta etapa se genera en el organismo una serie de cambios en cuanto al peso, la estatura, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y actividades, entre otros (Pick de Weiss y Vargas - Trujillo, 1994).

La desnutrición produce alteraciones en el desarrollo mental de los niños, en su conducta y aprendizaje. Por otro lado, la privación nutricional de un cerebro en desarrollo, en ciertos periodos de su maduración puede verse afectado adversa y permanentemente. (Dobbing y Kersley citado en Cravioto, y Arreta, 1982).

En niños desnutridos se observa falta de concentración y por tanto bajo rendimiento escolar, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, retraso mental que puede ser permanente y anemia.

En el adolescente se observa disminución y, en grado avanzado, detención del crecimiento, retraso en la aparición de los cambios físicos propios de esta etapa, problemas menstruales y de ovulación, bajas defensas en el organismo y enfermedades que en una persona sana son leves en el adolescente son graves (Pick de Weiss y Vargas Trujillo, 1994).

## FACTORES DE RIESGO

De acuerdo con Hernández – Guzmán y Sánchez – Sosa (1991) los factores que anuncian problemas psicológicos, se han señalado como factores de riesgo. Riesgo representa el peligro de que se rompa el equilibrio de la salud y se desencadene la enfermedad. Los factores de riesgo serían aquellos que al actuar en forma combinada representarían ese peligro, estarían representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrolladas a lo largo de la vida del individuo. La investigación psicológica ha aportado datos que permiten identificar algunos factores de riesgo que ponen en peligro aspectos específicos relacionados con el desarrollo del individuo. Estos factores que representan problemas futuros deben ser estudiados trazando relaciones entre combinaciones de factores y los signos de deterioro de la salud mental, tomando en cuenta el desarrollo del individuo como un subsistema que se desenvuelve y crece dentro del sistema familiar.

Entre las variables que se toman como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y acerca de las que se encuentra mayor información, deben señalarse: la distorsión de la imagen corporal, sobreestimación y subestimación, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal que se entiende como el nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal. Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales. Es el resultado de la interacción de: a) condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; con b) variables individuales más o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-; y con c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y con d) variables psicosociales subjetivas como: autopercepción y percepción de los otros; del peso o del tamaño corporal, y de la forma; peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras (Gómez Pérezmitré, 2001)

## **IMAGEN CORPORAL**

Según Bruchon - Schweitzer (1992) llamamos imagen corporal a la mirada dirigida hacia el propio cuerpo, proceso perceptivo complejo en el que el observador es también el observado. Llama "imagen del cuerpo" a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas (normas de belleza, normas de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas sino también cognitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto".

El término de imagen del cuerpo parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objeto provisto de propiedades físicas, sino también a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes, y a menudo de naturaleza autoevaluativa (Bruchon - Schweitzer, 1992).

La adquisición de una imagen corporal, como ya se había mencionado anteriormente se da y modifica a lo largo de la vida pero es importante mencionar la adolescencia ya que ésta es una etapa conflictiva del desarrollo, desequilibrios que se adjudican a este periodo no son sino formas de comienzo de cuadros patológicos. La auténtica "crisis adolescente" se refiere ante todo a la identidad: corporal, de género, y de pertenencia que surge como producto de sucesivas identificaciones. Éste periodo posee gran importancia ya que las transformaciones corporales tienen lugar de manera muy abrupta.(Caparrós y Sanfeliú,1997).

Imagen corporal es la representación mental que una persona tiene de sí misma, para la persona con trastornos alimentarios, esta imagen es distorsionada de modo que el tamaño y forma de algunas partes o de todo su cuerpo cambia, la mayoría de las ocasiones se ve a sí misma más grande de lo que es en realidad.

Algunas de las consecuencias de dicha distorsión son: el desagrado del propio cuerpo; verse a sí misma más grande de lo que se es, desproporcionada, lo cual hace que la persona

contemple seriamente la opción de una dieta la cual se caracteriza por ser muy rigurosa además le parece urgente y necesaria; sin embargo, la dieta sólo aumentará el nivel de ansiedad. (Roberta y Ron, 1999).

Según la definición de Zukerfeld (1992), la imagen corporal es una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo en tres registros distintos: forma, contenido y significado.

La forma o figura (F) corresponde a la tradicional noción de "esquema corporal", y comprende todas las percepciones conscientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal, lo accesible a los órganos de los sentidos.

El contenido (C) o interioridad incluye la percepción de las sensaciones propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconscientes, que incluyen las series hambre-saciedad, tensión-distensión y dolor-no dolor.

El significado (S) es la noción de cuerpo erótico e incluye el conjunto de representaciones inconscientes que constituyen la singularidad del deseo, adquieren expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

Zukerfeld (1992), realiza una clasificación de tres tipos de trastornos que son los siguientes:

#### Tipo perceptual

Este tipo de trastorno de la imagen corporal se localiza de manera predominantemente en el aparato perceptual, específicamente en el sentido de la vista y en relación con el sentido de la forma. Se trata de distorsiones en la estimación de la superficie corporal y sus dimensiones.

Los pacientes anoréxicos y bulímicos de peso normal o bajo suelen sobreestimar sus medidas. Los fenómenos que aquí intervienen están relacionados con influencias en el registro visual. En él influyen: a) la presión del grupo si la experiencia es compartida, b) la ropa, c) la postura, d) el fenómeno de observación parcial y posterior de la generalización, e) las imágenes temidas, f) las imágenes deseadas, g) el estado de ánimo circunstancial.

#### Tipo cognitivo emocional

Incluye dos aspectos de notable importancia teórica y clínica en los trastornos de la alimentación:

- a) *El grado de satisfacción con la propia imagen.* Algunos pacientes que no muestran distorsión perceptual, experimentan malestar extremo en relación con su aspecto

corporal. Existen en ellos deslizamientos semánticos donde la palabra "gorda" encubre adjetivos como "fea", "hinchada", "horrible", "insoportable", "asquerosa", etc. Este tipo de distorsión incluye lo que se ha llamado "trastorno dismórfico" (DSM-IV) y los síndromes donde existe un encadenamiento característico entre la sensación exagerada de fealdad e inhibiciones variadas. En este último sentido es importante señalar las conductas evitativas de estos pacientes y su íntima relación con las pautas culturales de belleza en boga. El "terror a engordar" -que también ha adquirido categoría propia- aparece como el "objeto fóbigeno" de mayor importancia.

- b) *El grado de registro de la interioridad corporal.* Los pacientes con este tipo de distorsión califican con dificultad las sensaciones interoceptivas y son incapaces de verbalizar sentimientos y discriminarlos. Esta característica es denominada alexitimia, Sifneos y Nemiah (citados en Zukerfeld 1992).

#### Tipo social

Este tipo de trastorno de la imagen corporal puede ser visto también desde una perspectiva etiológica, esto implica lo que llamamos "fantasía de cambio corporal" que en el caso de los trastornos de la alimentación corresponde a una "fantasía de adelgazamiento". En términos generales, "delgada" es un término que, de acuerdo con el modo de funcionamiento psíquico predominante, puede ser parte de un encadenamiento semántico tipo "delgado-bello-erótico-exitoso" o "delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal".

Hablamos de "distorsión de tipo social" cuando las expectativas de adelgazamiento son irreales cualitativa o cuantitativamente. Es importante señalar esto porque 1) culturalmente un porcentaje de la población femenina de clase media desea estar más delgada teniendo la posibilidad corporal y psíquica de estarlo; 2) un porcentaje de la población necesita estar más delgada por razones médicas.

#### Alteraciones de la imagen corporal

Entre las alteraciones cognitivas experimentadas por la anoréxica, merece mención especial lo relacionado a las alteraciones de la imagen corporal. La paciente extremadamente delgada, no se percibe así, niega su extrema delgadez, sobrevalora sus dimensiones. De acuerdo a los estudios los pacientes con anorexia nervosa estiman su talla corporal más grande de lo que en realidad es (Smeets, Smit, Panhuysen y Ingleby, 1998). Su negación de enfermedad parece, a veces, guardar estrecha relación con esta tendencia a negar - o no

"ver"- su delgadez. Esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan marcada en ciertos casos que se ha hablado de "dimensiones delirantes" es decir, la deformación de una realidad, la de sus propias dimensiones, la del propio cuerpo.

Con relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo existen dos tipos de anomalías. En unos casos, se constatan auténticas *distorsiones perceptivas*, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen *evaluaciones distorsionadas* que, según su contenido, darán lugar a reacciones de ansiedad. La aprehensión de un supuesto sobrepeso puede desencadenar una intensa angustia.

Estas distorsiones no siempre afectan a todo el cuerpo o a la imagen global del mismo. Es frecuente que se limiten a zonas concretas, especialmente muslos, abdomen, cadera y nalgas (Toro y Vilardell, 1989)

Crisp, 1980 (citado en Toro y Vilardell, 1989) teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente/juvenil, apunta que el error puede resultar del fracaso en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal. Algunas investigaciones han referido un incremento dramático en la incidencia de los trastornos alimentarios durante las últimas dos décadas, especialmente entre jóvenes adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron y Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager y Lyeria, 1992 citados por Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Roman, 1999).

Bruch, 1962 (citado en Toro y Vilardell, 1989) sugiere un predominio excesivo de los procesos de acomodación sobre los de asimilación.

La observación progresivamente más ansiosa y reiterada que la anoréxica hace de su cuerpo le puede conducir, desde un principio, a estas distorsiones cognitivas. Cuando la anoréxica angustiada por el posible sobrepeso sobrestima su volumen corporal verá aumentada su ansiedad, incrementará la atención a su cuerpo e incurrirá con gran probabilidad en mayores distorsiones. (Toro y Vilardell, 1989).

La presión cultural acerca del peso y el cuerpo ideal para las mujeres es mucha, dicha presión lleva, en mujeres particularmente influenciadas por la misma, a un exceso de autoobservación y a cierta obsesión en los intentos de modificar su cuerpo. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

## CONDUCTA ALIMENTARIA

Según Crispo, Figueroa y Guelar (1998), una típica descripción que puede hacer una anoréxica de su situación refiere como al principio hizo un *gran esfuerzo de voluntad* por dejar de comer: pacto con una amiga, promesa religiosa, etc. La pérdida del deseo de comer a que hace referencia el nombre de ésta enfermedad (del griego: *an* = sin, *orexis* = deseo) no ocurre hasta que la paciente se encuentra bien adentrada en su estado de desnutrición. La pérdida del deseo de comer no es causa sino consecuencia del dejar de comer.

En el caso de la bulimia nos encontramos con temas tales como: control *versus* descontrol, espontaneidad de la autorregulación *versus* dietas compulsivas, y alteraciones en el deseo de comer.

Un intento habitual de solución consiste en pretender detener el deseo de comer, es inevitable cuando uno intenta combatir un deseo que el mismo tienda a volverse foco de la atención y por lo mismo a ocupar más espacio. Estamos hablando de "deseo" y no de conductas que obviamente sí pueden ser controladas por medio de voluntad.

En la práctica esto conduce a un *círculo vicioso* que consiste en una lucha contra el deseo o idea de comer, una excesiva focalización sobre el mismo, sensación de fracaso e impotencia al no poder dominar este deseo, ansiedad ante la falta de control sobre las propias conductas, es entonces cuando aparecen nuevos y mayores esfuerzos por controlar el deseo o idea de comer (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Alrededor de la mitad de las anoréxicas, especialmente a partir de los 18 o 19 años, pasan por *episodios bulímicos*. Estos episodios son auténticos accesos de voracidad, implican ingestas desmesuradas y a veces prolongadas, de periodicidad irregular, que acaban con crisis inmediatas de ansiedad, disforia, sentimientos de culpa y, frecuentemente, con ideas suicidas. La bulímica simple o la anoréxica bulímica, especialmente tras los episodios en cuestión, se odia a sí misma y se desprecia intensamente. Además, estos consumos críticos de alimento conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: los *vómitos voluntarios*.

La anoréxica se oculta de todo el mundo en sus crisis bulímicas. Se trata de un acto vergonzoso, que nadie debe contemplar, ni nadie puede saber que ocurre. La ocultación incrementa desde un principio el grado de ansiedad en toda la situación. El vómito, al "reparar" todo o parte del daño cometido tiene un cierto papel purificador; es como si se

restableciera aunque sea parcialmente el equilibrio perdido. En términos técnicos, el vómito, aun percibido también como irregularidad conductual, resulta reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad, por lo que la tendencia a vomitar va a mantenerse y probablemente a incrementarse, con graves consecuencias. La menor ingesta desencadena malestar y éste parece desvanecerse con el vaciado de estómago. Tras un período de práctica intensiva, no es de sorprender que el vómito de la anoréxica sea completamente voluntario ya que puede asumir características reflejas, es decir, condicionadas (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Esta sensación de "alienación" es lo que describen muchas bulímicas presas en este círculo vicioso: no sólo no se sienten dueñas de sus conductas sino tampoco de sus ideas y afectos, y terminan describiendo todo este circuito como si estuvieran "poseídas" por una fuerza exterior a ellas que las domina.

En las bulímicas podemos ver una alteración tanto en el espontáneo deseo de comer, como en el deseo de parar. La bulímica dice no reconocer cuando "naturalmente" debería comenzar o terminar de comer. El impulso a comer es vivido como irrefrenable y ajeno, en el sentido de que es algo fuera de control que se le impone (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

La reacción habitual, en la persona en vías de transformarse en bulímica es el intento de control consciente sobre su deseo de comer. Este intento de solución estará destinado al fracaso ya que resulta imposible controlar la aparición de un deseo (sin inhibir) aún más al intentarlo, por ejemplo cuando más control se quiera tener sobre el deseo de comer, probablemente será cuando más "hambre" se sienta.

Los primeros cambios a considerar son los que guardan relación directa con la *ingestión de alimentos*. El inicio de una *dieta restrictiva* suele ser la obertura pública, manifiesta, del drama que se avecina. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono cosa que se prolonga mediante la reducción o supresión de las grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.

Es frecuente, cuando el trastorno está avanzado, que la anoréxica se mantenga diariamente con uno o dos yogurts, algún trozo de queso, ciertas verduras y ensaladas sin acaite, y esporádicamente una pequeña cantidad de carne. En casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida, corriendo el riesgo de deshidratarse, lo que obliga a una hospitalización urgente. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1993).

El uso de laxantes constituye otra de las anomalías conductuales de muchas anoréxicas, la restricción alimentaria suscita constipación. La anoréxica suele padecer estreñimiento, para vencerlo utiliza laxantes de todo tipo, la existencia de la constipación facilita, real y subjetivamente, la experimentación de molestias abdominales difusas, las cuales le inducen a un mayor consumo de laxantes.

La utilización de diuréticos, disminuyendo así la retención líquida y por tanto el peso, es otra de las peligrosas conductas que pueden y suelen practicar ciertas anoréxicas.

Dentro del repertorio conductual de la anoréxica encontramos que se mantiene al tanto permanentemente del contenido calórico de los alimentos, colecciona libros, revistas, recetas, recortes sobre los distintos tipos de dietas, entre otros. Se preocupa por la alimentación de quienes le rodean, suelen incurrir en auténticos rituales obsesivos como desmenuzar la comida, repartirla en el plato, esconderla en los bolsillos, o almacenarla en la boca para escupirla después. Los vómitos y los episodios bulímicos le llevan a las más curiosas maniobras y manipulaciones para evitar ser observada y descubierta. Puede ocurrir que aumente súbitamente la frecuencia de cepillados de dientes, para así vomitar más veces en la soledad del cuarto de baño, o depositar los vómitos en botellas vacías que oculta debajo de la cama. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

### Dieta

De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1994), *hacer dieta* es la forma más común de controlar el peso entre las personas con desórdenes de la alimentación, no hay nada secreto acerca de las dietas: *todas llevan a la restricción de calorías*, por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. Cuando la restricción es suficientemente severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo (graso) para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, uno comienza a perder peso. El cuerpo está equipado para manejarse sin demasiados problemas, con reducciones calóricas a corto plazo. Sin embargo, el mantener a mediano o largo plazo la restricción calórica provoca cambios internos en el cuerpo, una de las consecuencias es el comer descontroladamente, ya que la dieta restrictiva ocasiona apetito y la necesidad de ingerir hidratos de carbono.

El hidrato de carbono es el principal combustible energético del organismo y, en una dieta balanceada, entre el 50% y el 60% de las calorías deben ser aportadas en forma de hidratos de carbono. Los alimentos ricos en hidratos son: el azúcar y todo lo que contenga azúcar,

los cereales y derivados (pan, pastas, arroz, galletas, etc.); entre los vegetales, la papa, y entre las frutas, el plátano.

Lo que sucede generalmente cuando se realiza una *dieta restrictiva o hipocalórica* (baja en calorías) es: se suprimen los alimentos ricos en hidratos, y por este motivo aparece una necesidad imperiosa de comerlos; y si uno se resiste a ello a lo largo de los días esa necesidad crece hasta que le organismo no resiste más y puede entonces manifestarse el primer *atacón* o descontrol alimentario. Un *atacón* se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono en muy poco tiempo, y con la sensación de no poder controlar *qué ni cuánto* se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgustada consigo misma; como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el miedo a engordar, se recurre a una purga o compensación inapropiada: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos y exceso de ejercicio. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

El vómito autoinducido es el método por el cual se intenta eliminar las calorías indeseadas ingeridas en un *atacón*, comienza implementándose como un sistema para recuperar el control después de un *atacón*, y termina siendo un fracaso en el control ya que de hecho el vómito "legítima" el *atacón* y, por lo tanto, el descontrol. Recomienza el ayuno o *dieta restrictiva* (hipocalórica), que conduce nuevamente a una situación de hambre y necesidad de hidratos de carbono, que seguramente desembocarán en el *atacón*, con las subsiguientes *purgas* de diferente tipo. Así se cierra un círculo vicioso que se consolida cada vez más.

El ciclo *atacón-vómito* inevitablemente aumenta en escalada. Eso significa que aunque al comienzo el individuo piense que puede controlar la frecuencia o seleccionar el momento, finalmente la persona llega a un punto donde siente que debe eliminar cualquier comida que crea que le va a aumentar el peso. El vómito también produce disturbios electrolíticos internos, que colocan al individuo frente a severos riesgos de salud. Y como no sirve para eliminar todas las calorías del estómago, de hecho el ciclo *atacón-vómito* no produce baja de peso pero sí crea problemas serios en el medio interno del organismo.

Cuando uno comienza una *dieta*, baja de peso fácilmente, pero es común que independientemente del peso exista un punto en que se detenga ese descenso y aún comiendo poco no se pierda peso en la misma medida, el cuerpo reduce el metabolismo

para conservar la energía, como decíamos antes, y de ese modo lucha contra la posibilidad de seguir perdiendo peso. Y aún cuanto más larga sea la historia de altibajos en el peso de un individuo, más distorsionado estará el funcionamiento metabólico, menos responderá "bajando el peso" frente a nuevos ciclos de restricción y más rápido subirá "el peso" apenas se deje la dieta estricta, aún cuando el consumo de calorías no sea exagerado (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

No toda mujer que hace una dieta o se observa en exceso se vuelve bulímica, muchas dietas son exitosas, permiten alcanzar el peso deseado y podremos decir entonces que el control ejercido no ha llevado a una "enajenación" ni del deseo de comer ni de la conducta alimentaria (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

En nuestra época intentan adelgazar personas obesas, los individuos con sobrepeso, los sujetos de peso normal e incluso los delgados. Es ésta una de las características colectivas identificadora del actual momento social.

La consecuencia más grave de las dietas restrictivas consiste en la facilitación o precipitación de trastornos del comportamiento alimentario. Es evidente que la restricción alimentaria es el factor de riesgo inmediato más evidente de la anorexia nervosa.

Una serie de interesantes estudios sobre el comportamiento ingestivo de los "comedores restrictivos", realizados por los canadienses Herman y Polivy, (citados en Crispo, Figueroa y Guelar 1994) han facilitado la comprensión de estos fenómenos.

En uno de ellos, seleccionan dos grupos de estudiantes, unos que habitualmente restringían su dieta alimentaria y otros que comían con normalidad (Herman y Polivy, (citados en Crispo, Figueroa y Guelar 1994). Los invitaron a su laboratorio, concretamente a una supuesta "discriminación de sabores". Para empezar, se les pidió que tomaran uno o dos batidos, para posteriormente evaluar el sabor de algunos alimentos que les eran ofrecidos a continuación. Se les indicaba que podían comer tanto como quisieran para la realización de su tarea. Los sujetos que habitualmente comían sin restricciones, tras dos batidos comieron menos alimentos que después de uno. Pero los comedores restrictivos mostraron la tendencia opuesta: comían más después de haber ingerido dos batidos que tras haber comido uno solo. Es decir, los comedores no restrictivos regulaban su apetito de acuerdo con las señales de saciación percibidas. En cambio, los comedores restrictivos, crónicamente privados de alimento, incurrieron en el fenómeno denominado *contrarregulación*.

Otra experiencia dio cuenta de las razones básicas de este comportamiento (Polivy, 1976, citado en Crispo, Figueroa y Guelar, 1994). En un marco semejante al de la experiencia antes citada, una serie de comedores restrictivos crónicos fue dividida en dos grupos.

A ambos se les dio idéntica cantidad de alimento previo, pero a unos se les dijo que se trataba de una comida rica en calorías y a los otros que era baja en calorías. Contra lo que pudiera esperarse, las personas que estaban en la creencia de haber ingerido más calorías a continuación comieron mayor cantidad de alimento que las otras. Es decir, los sujetos sometidos continuamente al imperativo de su decisión restrictiva juzgan cualquier transgresión como un fracaso poco menos que irreparable; los límites establecidos para su alimentación pierden entonces todo sentido, y aun autodespreciándose por hacerlo, se entregan al apetito que experimentan.

Las señales internas de saciación pueden resultar alteradas -o abolidas, o delegadas- por las interferencias *cognitivas* y emocionales. El proceso desemboca en una ingestión alimentaria superior a la "normal".

Pero no todo es cognitivo: el organismo biológico también cuenta. La restricción calórica conlleva espontáneamente -fisiológicamente- a la ingestión compensatoria. Cuando se abre un resquicio en la muralla del autocontrol, la ansiedad que este hecho provoca, sumada al apetito real que se experimenta, conduce a pensamientos y decisiones que liberan al torrente psicobiológico del hambre. El exceso de control facilita el descontrol.

Por otro lado, la inmensa mayoría de las dietas destinadas a perder peso, difundidas y comercializadas a través de distintos medios, son rechazables por los riesgos que entrañan para la salud física del organismo.

Las pérdidas de peso son sumamente peligrosas por tres razones básicas:

- a) pueden debilitar gravemente los huesos por la pérdida de minerales;
- b) incrementan el riesgo de padecer gota, cálculos biliares y enfermedades cardíacas;
- c) alteran los mecanismos normales que ayudan a controlar el peso corporal, de modo que el peso perdido se recupera cada vez con mayor facilidad (Sanders y Bazalgette, citados en Crispo y Figueroa, 1994).

Y todo lo anterior debido a que nuestra época embarca a sus ciudadanos en la persecución de la delgadez a todo precio. Las razones son estéticas. Nuestra estética corporal -la delgadez- se ha difundido por todos los rincones, por todas las mentes, por todas las edades. Estar delgado es una condición básica para sentirse aceptado y, por tanto, para aceptarse.

Esta extraordinaria presión a favor de la delgadez se complementa por el rechazo, también generalizado, al sobrepeso y a la obesidad. Hemos satanizado los kilos "de más", los hemos convertido en una especie de mal absoluto. Los hemos asociado al desprestigio, rechazo y autorrechazo y hemos organizado la lucha contra el sobrepeso. Estamos actuando en múltiples casos contra los límites impuestos por nuestra naturaleza, olvidando que los medios utilizados pueden tener peores consecuencias que el estado que pretendemos cambiar, y obligando a una gran cantidad de seres humanos a vivir despreciándose.

El absurdo se hace patente cuando esta locura lucha en pos de una meta ridícula y prácticamente inalcanzable es llevada a cabo por personas de peso normal, cuando no realmente delgadas. Unos y otros, delgados, obesos y normales, viven sometidos al empuje de un torrente doble: el anhelo de adelgazar y el miedo a engordar. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

## **FACTORES SOCIALES**

Según Toro (1996), la apariencia demacrada no siempre ha estado de moda. Diferentes culturas y distintas épocas han establecido estándares diversos. Si miramos en retrospectiva a las mujeres desnudas retratadas en las obras de arte de los pintores del renacimiento, vemos a la mujer con una figura llena (tal vez obesa según los estándares actuales) como el ideal de la belleza femenina. En fechas más recientes, en los años 50's vemos mujeres como Marilyn Monroe como poseedoras de la figura femenina ideal, éstas mujeres eran mucho más llenas que las modelos de hoy.

Las informaciones procedentes del mundo occidental, desde la época medieval hasta el siglo XIX, permiten verificar la existencia de personas que incurren en autoinanición por muy distintos motivos: religiosos, morales, económicos, etc. Todos estos casos presentan una serie de características que se observan en los pacientes anoréxicos actuales, sin embargo, no hay datos que permitan pensar que experimentaban alteraciones perturbadoras de la imagen corporal ni el miedo a aumentar de peso. (Toro, 1996).

En la época Victoriana las mujeres sufrían ya de una tortura corporal que si bien no consistía en privarse del alimento consistía en forzar sus cuerpos a entrar en corsés tan pequeños que, con frecuencia, impedían el paso del oxígeno y como consecuencia se desmayaban.

De hecho, se contaba con sillas especiales para esos desmayos por la frecuencia con que ocurrían. Además, muchas mujeres sufrieron fractura de costillas al ser presionadas en esos corsés cuyo propósito era hacerlas lucir bellas. (Sherman y Thompson, 1999).

Otras sociedades, otras culturas, también han manipulado su cuerpo decorándolo, perforándolo, moldeándolo, etc, pero se trataba y aún se trata de modelos heredados, transmitidos de generación en generación, y en general dotados de significados rituales en ceremonias colectivas. La manipulación actual, no tiene carácter ritual, es impuesta por la cultura ambiental, el individuo está convencido de que se trata de una decisión personal libre. (Toro, 1996).

Una excelente reflexión de DiNicola citado en Toro (1996) plantea la conexión existente entre anorexia nerviosa y cultura. En relación con la patología anoréxica, la cultura puede ser su *causa*, su *precipitante*, o un simple paradero o *envoltura* social determinante de los segmentos de la sociedad o de las culturas en que aparece la anorexia nerviosa. La tesis "dura" sería la defensora del papel causal, definitivo, de la cultura. La tesis "moderada" propugna el papel desencadenante desempeñado por los factores culturales, pero la enfermedad estaría determinada por múltiples factores, incluyendo relaciones interpersonales, características individuales y disposiciones biológicas. La tesis de la envoltura, del simple dar cobijo definido a los afectados por el trastorno, es la "débil".

Según Sherman y Thompson (1999), es probable que "causa" sea un término muy fuerte, pero es indudable que la sociedad contribuye a la anorexia y bulimia mediante su penetrante preocupación por la esbeltez. A las personas en general, y a las mujeres en particular, tanto en los medios visuales como impresos se les bombardea con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada. Estos continuos mensajes nos ayudan a atribuirle a la esbeltez demasiada importancia. Mientras que con frecuencia los atributos positivos se asocian con ser delgada y atractiva, el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas, como "perezosa", "fuera de control", "descuidada" y "fea". Consecuentemente, al tener la esbeltez un valor más alto y estar en sobrepeso se convierte en un tabú, nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo.

La búsqueda apasionada de la silueta perfecta (delgada) implica la posibilidad de conseguirla. Los mil y un intentos de modificar la apariencia corporal son llevados a cabo por millones de mujeres y hombres en todo el mundo (desarrollado) porque están plenamente convencidos de que es posible alcanzar el objetivo. Cuando se cree posible la

realización de un deseo, éste se hace más persistente, se incrementan los esfuerzos para satisfacerlo y se mantiene o aumenta la intensidad del mismo. Si el cuerpo puede modificarse, estoy en condiciones de pensar en modificar el mío y de pretender conseguirlo. Tanto más cuanto que la misma sociedad que me enseña que el cuerpo es alterable también me inculca el tipo de cuerpo que debo desear, un cuerpo que dado su carácter en parte antinatural es muy improbable que coincida con el que me ha correspondido en suerte poseer.

Este convencimiento es la consecuencia de haber nacido y estar viviendo en un mundo que cuenta con innumerables procedimientos para modificar el cuerpo humano: liposucciones y lipoesculturas, siliconas, intervenciones quirúrgicas estéticas y plásticas, trasplantes de órganos, injertos, masajes reductores, dietas adelgazantes, prótesis de todo tipo, anabolizantes, ejercicios físicos "correctores", etc. (Toro, 1996).

El anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, y su interiorización en todos nosotros es un hecho indiscutible. En mayor o menor medida todos y cada uno de nosotros estamos viviendo y compartiendo el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, alta autoestima, o aceptación social. Claro que no hemos nacido con estos sentimientos, actitudes y creencias, los hemos adquirido ya que nos han sido inculcados desde la más tierna infancia (y nosotros seguimos inculcándolos a los que nos siguen).

La delgadez corporal sería un medio, para muchos el medio, de conseguir todos los valores a los que está asociada. (Toro, 1996).

Un aspecto fundamental es el adjetivo "gorda". Lo que representa "gorda" para muchas mujeres parece haber sido afectado por el gran énfasis que la sociedad hace en la esbeltez. A fin de asegurarse de que no están gordas, muchas mujeres sienten que necesitan estar extremadamente delgadas. Desde luego, ellas no consideran esta condición física como extremadamente delgada; la ven como *no estar gordas*.

Conforme pasa el tiempo se abre una brecha entre lo que las mujeres pesan en realidad y lo que les gustaría pesar. Por tanto, la intensa presión sobre las mujeres respecto al peso es un apremio para adoptarse a un estándar poco realista de belleza femenina. Es tan absurdo esperar que todas las personas sean delgadas como esperar que todas tengan la misma estatura ideal. Suena tonto decir que todas las mujeres deberían medir 1.67 m y que deben

hacer cualquier esfuerzo por alcanzar esa estatura ideal. Sin embargo, en muchas formas, aplicamos la misma mentalidad al peso, asumiendo que todas las mujeres son capaces de, (o deberían serlo), tener un peso particular determinado por la sociedad. La presión para hacer dieta ha conducido a objetivos dietéticos irreales y a métodos para adelgazar, muy destructivos. (Sherman y Thompson, 1999).

Según Toro (1996), los modelos sociales, el grupo de compañeros y/o amigos, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes "te aprecian" y en última instancia las propias cogniciones aprobatorias, van aportando su cotidiano granito de arena reforzador de ayunos, abstinencias y demás prácticas mortificadoras.

*Así: la búsqueda de la perfección moral ha sido sustituida por la persecución de la perfección corporal. No se aspira a ser, sino a parecer.*

Una minoría social actúa como modelo (modelos por cierto bastante artificiales) que son los que marcan la pauta a seguir, y la mayoría de la población la sigue acríticamente. Esas minorías, apoyadas por fabricantes y comerciantes, constituyen el eslabón inicial básico de la *sociedad de consumo*, y en una sociedad de éste tipo hay que reproducir los usos y costumbres de los que marcan la moda para no perder el tren de la aceptación social e incluso en ocasiones para hacerse acreedor de una "identidad" pero no reparan en que esa "identidad", esa "personalidad individual" que tanto les preocupa y ocupa no es más que la copia clónica del modelo corporal vigente. Es paradójica y absurda, pero real, esa búsqueda de la individualidad y de la individuación mediante la persecución exactamente de lo mismo que persiguen todos los vecinos. Pero ése es el secreto –a voces- de la sociedad de consumo. (Toro, 1996).

El consumidor medio pretende continuamente alcanzar la felicidad reproduciendo el estilo de vida de los triunfadores, es decir, de quienes los agentes mediáticos han constituido en tales. Así llegamos, en aras de nuestra más íntima autoestima, a *necesitar* un determinado tipo de automóvil, o una marca concreta de zapatillas, o cierto género de camisetas, o un microondas, o un determinado cuerpo, delgado, extremadamente delgado en muchos casos, somos voraces consumidores de cuerpos delgados, somos capaces, literalmente, de autofagocitarnos para poder ser miembros aceptados y aceptables de la sociedad.

Según Shilling (citado en Toro 1996) "... en la cultura consumista el cuerpo ha ido ocupando progresivamente un lugar central..." que trata el cuerpo como si se tratara de una máquina que debe ser cuidadosamente afinada, reconstruida y pulcramente presentada.

Como una posible solución a lo anterior Bustos (1995) propone diseñar y poner en práctica programas de capacitación en recepción crítica de los medios de comunicación desde una perspectiva de género, específicamente en la televisión. Una primera etapa, dado nuestra central preocupación sería dar información y sensibilizar a los diferentes grupos, acerca de la división de géneros que existe en la sociedad y cómo esto no sólo va en detrimento de mujeres y hombres, sino de la sociedad en su conjunto. Por otra parte comparte la idea y convicción de que la telenovela representa un espacio en potencia que debe ser aprovechado para introducir cambios, de manera tal que sirva para sensibilizar a las diferentes audiencias, transmitiendo imágenes y contenidos, orientados a transformar las relaciones entre los géneros.

Según Sherman y Thompson (1999), hace diez años, los anuncios no habrían mencionado nada acerca de calorías, ahora tenemos todo con etiquetas de "dieta" o light. Un anuncio que parece resumir el fin ridículo del medio continuo es el que menciona el número de calorías en pastillas de menta para el aliento: uno contra diez, de ahí se deduce que ese insignificante número de calorías es muy importante y debe tomarse en cuenta al comprar las tales pastillas. Sin embargo, el mensaje no es la parte más desconcertante de éste anuncio, más bien, es que éste anuncio se exhibe porque *vende*, es decir, el público está comprando el producto y *el mensaje*, de no ser así las agencias de publicidad no usarían este tipo de técnicas.

Si las mujeres y las adolescentes están siendo sacudidas por la ofensiva de los medios de acondicionamiento mental sobre esbeltez-dieta, ¿qué estará pasando con las chicas más jóvenes? Debemos recordar que las niñas de hoy han crecido durante una producción televisiva muy fuerte. Existen indicios de que estas jóvenes también son susceptibles a la publicidad sobre la esbeltez, ya sea que esté dirigida a las mujeres de más edad o directamente a ellas. Un artículo reciente en la revista médica *Pediatrics* (Moses, 1989), informaba que las niñas de escuela primaria veían la obesidad como peor que estar discapacitadas o minusválidas (Sherman y Thompson, 1999).

En la actualidad hay numerosos campamentos de verano para niños cuyo principal propósito es reducir de peso; incluso existen gimnasios y equipo de ejercicio para niños ¡y hasta hay gimnasios y equipos para que la muñeca Barbie pueda conservar su figura!.

Aparentemente hay algo en los poderosos mensajes de la sociedad capitalista\_sobre la belleza que ayuda a que las chicas y las mujeres perciban erróneamente su físico y les desagrada la forma en que se ven. (Sehrman y Thompson, 1999).

Según Toro (1996), se puede constatar que, a medida que nos vamos acercando a nuestra época y nos adentramos en ella, también va desapareciendo el culto estético al cuerpo "femenino", siendo sustituido por lo que en las últimas décadas se ha convertido en una especie de androfilia corporal total o parcial.

El nuevo tipo de cuerpo que está de moda se acerca más a la forma tradicional masculina. Los mensajes acerca de la esbeltez se comunican tanto en términos de productos como de las modelos que se emplean para venderlos, la mayor parte de las modelos que se han exhibido en los últimos veinte años han sido significativamente más delgadas que la mujer promedio, en algunos casos, han sido tan delgadas que adoptan una apariencia prepuberal, sin forma y en ocasiones, anoréxica.

El proceso ha estado ocurriendo sin que nos demos cuenta, las modelos y actrices esbeltas son muy poderosas en transmitir sus mensajes y resultan igual de poderosos muchos anuncios de productos relacionados con dietas, control de peso o con el ejercicio. En años recientes, los anuncios en éstas áreas han prosperado. (Sherman y Thompson, 1999).

Parece que muchas mujeres no se cuestionan qué tan prudente es adoptar determinada conducta, simplemente la aceptan. Es obvio que algunas están dispuestas a pasar hambre, hacer ejercicio hasta el agotamiento o inducirse vómitos o diarrea con el fin de no estar gordas.

El por qué hay tantas mujeres dispuestas a tomar medidas tan drásticas por amor a la belleza en parte parece ser el resultado de un bombardeo continuo con mensajes acerca de que la belleza —con frecuencia sinónimo de esbeltez— es lo que realmente importa y que las mujeres siempre deben poner todo su empeño en verse tan bien como puedan. Si se nos muestra o se nos dice algo durante mucho tiempo y con suficiente frecuencia, tendemos a creerlo (incluso aunque no sea cierto).

Todos necesitamos sentir que tenemos cierto poder y control en nuestra vida. Tal vez algunas mujeres han visto la belleza como una forma indirecta de contar con una cantidad mínima de poder en una sociedad dominada por los hombres, en la cual se les otorga muy poco, si acaso, poder real.

Asimismo, entre las mujeres existe una competitividad que, en parte, puede explicar su disposición a recurrir a medios incómodos o potencialmente dañinos a fin de ser atractivas. Esta competitividad puede estar relacionada con los muchos mensajes sobre esbeltez y belleza que reciben, así como con la necesidad de poder. (Sherman y Thompson, 1999).

Por razones neurobioquímicas (genéticas) las mujeres parecen ser más susceptibles que los varones a experimentar los trastornos psicobiológicos que, una vez establecidos, constituyen los que quizás sean principales factores de mantenimiento de los cuadros de autoinaniación. Si la presión sociocultural para adelgazar se ejerce exclusiva o mayoritariamente sobre ellas, la coincidencia de este hecho con aquella disposición biológica lógicamente tendrá efectos multiplicativos sobre la prevalencia de los trastornos por autoinaniación en el sexo femenino. (Toro, 1996).

El mensaje de nuestra cultura acerca de la esbeltez está dirigido más bien a las mujeres que a los hombres, aunque es interesante señalar que el énfasis en la esbeltez se ha dirigido cada vez más hacia los varones. Como resultado, hay muchos hombres que ahora se someten a dieta.

Asimismo, como muchas mujeres, algunos hombres en realidad están compitiendo con otros hombres en un esfuerzo por estar más delgados que sus compañeros de ejercicio. Si continúan estas tendencias, en el futuro veremos más varones bulímicos.

Si bien aceptar un trastorno alimentario es difícil para las mujeres debido a su necesidad de ser perfectas, para los hombres es todavía más difícil, pues no sólo están admitiendo un problema, sino que están aceptando uno que siempre ha sido considerado como femenino. (Sherman y Thompson, 1999).

Es algo contradictorio que se le pida a la mujer que se mantenga delgada, que deje de comer pero, la comida ha llegado a ser parte de la mayoría de las festividades, actos familiares y reuniones en general, los dulces por la Pascua, los festejos de Navidad, los chocolates por San Valentín y los dulces Halloween son sólo unos cuantos ejemplos de la forma en que las celebraciones en nuestra sociedad han llegado a asociarse más con la

comida que con cualquier otra tradición. La mayoría de las reuniones familiares u ocasiones especiales también giran alrededor de la comida, incluso las actividades sociales como reuniones de oficina, actividades escolares, entre otras, tienen la comida como el principal centro de atención. Por un lado, algunas veces es una descortesía rechazar la comida cuando se nos ofrece, por el otro, se espera que vigilemos nuestro peso. Este doble mensaje contribuye a un patrón que facilita la aparición de la bulimia. En ningún lugar este doble mensaje es más evidente que en las revistas para mujeres que no sólo proporcionan información continua sobre dietas, sino que también, regularmente, presentan recetas para "riquísimos postres irresistibles".

Para algunas familias, las reuniones ocurren solamente alrededor de la comida. De hecho, en ciertas casas la hora de la comida es la única en que se ven los familiares. (Sherman y Thompson, 1999).

## **FACTORES INDIVIDUALES**

Según Sherman y Thompson (1999), la baja autoestima es un rasgo muy importante, ya que se presenta con mucha frecuencia y es probable que sea el que contribuya más que cualquier otro rasgo a mantener la bulimia y anorexia. En pocas palabras, baja autoestima significa que la persona no se agrada a sí misma. Desafortunadamente no hay un problema más difícil que cambiar la forma en que una persona se siente acerca de sí misma. Si bien éste tipo de trastornos se centran en el aspecto físico, en realidad a la persona le desagradaba su ser interno. Tiende a denigrarse a ella misma, usando una diversidad de caracterizaciones negativas como: gorda, fea, tonta, despreciable, débil y sin esperanza.

Asimismo, la persona con baja autoestima tiene un discurso negativo para explicar lo que le sucede en su vida. Si algo sale mal, está más que dispuesta a aceptar la culpa, ya que la ineptitud e ineficiencia de ajustan a cómo piensa y se siente respecto a sí misma.

Si algo sale bien en su vida, es poco probable que se lo atribuya a sí misma ya que el éxito no tiene cabida en su autoconcepto negativo.

Las bulímicas y anoréxicas creen que las cosas verdaderamente importantes que quieren en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por esta razón, tiende a tomar decisiones basadas en lo que cree que los demás quieren o esperan de ella en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación.

Una de las principales razones por las cuales éstas personas tienen dificultades para tomar decisiones consiste en que no ha sacado el suficiente provecho de sus propias decisiones, que le permitan desarrollar confianza en sus determinaciones.

Por lo general, está consciente de lo que se espera de ella, pero rara vez sabe lo que quiere hacer. Tiene miedo de tomar una decisión equivocada y desagradar a otras personas. Al mismo tiempo, no siempre podrá complacer a los demás. Algunas veces se siente ansiosa y frustrada cuando trata de tomar la decisión correcta que después de una considerable deliberación reiterativa, impulsivamente tomará una decisión para "terminar de una vez". O bien, puede posponer la toma de decisión distrayéndose con excesos en la comida y las purgas. (Sherman y Thompson, 1999).

Nunca como en nuestros tiempos el cuerpo ha determinado el yo, es decir, el autoconcepto de la gente. Y no el cuerpo en su totalidad, claro está, sino su apariencia, su fachada, su superficie. *Aparento, luego soy...así.* (Sherman y Thompson, 1999).

## **EL PAPEL DE LA FAMILIA**

### **LA FAMILIA**

La historia de la familia es muy larga, Parres (citado en Alvarado y Moreno, 2002) menciona que en el siglo XVII, por ejemplo, todavía no había referencia de las relaciones afectivas o amorosas entre los padres y los hijos, ya que en esta época el futuro del niño dependía más del amor divino que de los padres, siendo hasta finales de este siglo cuando se reconoce por Rousseau la importancia de esta vinculación afectiva.

A partir de este momento el estado se ve obligado a aceptar que hay áreas de la esfera familiar que están fuera de su control, es así como la vida se divide en pública y privada, la familia pertenece a esta última, como resultado de nuevas formas de vida que se desarrollan identificándose dos periodos:

- 1.- La revolución industrial
- 2.- La primera mitad del siglo XX

La diferencia entre estas dos fases radica en el grado de vida privada que la gente disfruta y la naturaleza del sector público. La revolución industrial trajo consigo muchos cambios; entre ellos la relación de fábricas y ciudades lo que estableció la división de la vida familiar y el trabajo, cuando en la edad media el mismo lugar en donde se establecía el hogar, era el mismo en donde se trabajaba. En este momento el trabajador deja sus dominios, el lugar donde hacía todo, para ir a trabajar lejos, en otro ambiente donde está sujeto a un sistema de reglas y a un orden jerárquico, ingresa a un mundo nuevo, el manejo de la industria, en donde exige un sistema rígido de control.

Hay otro elemento que se da y es de índole psicológico, además de la revolución industrial, también se dio una revolución emocional, con anterioridad los sentimientos eran difusos, se derramaban sobre muchas cosas naturales incluyendo a dios, a los santos, los padres, niños, animales, amigos, etc., que estaban cerca de la familia inmediata, Parres (citado en Alvarado y Moreno, 2002).

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un constante proceso de evolución; la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempos dados (Nava 2002).

Según Andolfi (citado en Nava, 2002), la familia es en todo sentido el producto de una evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaletentes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas. Es a través de éste proceso que la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas así como por su organización interna.

Para Hoffman 1992, (citado en Nava), los fines sociales que cumple la familia moderna son:

- 1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- 2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
- 4.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
- 5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual (p. 39).

A las necesidades específicamente humanas, aunadas a las necesidades biológicas, responden las funciones psicosociales de la familia, de cuya adecuada o inadecuada realización van a depender el bienestar o malestar de sus miembros y sus, mayores o menores posibilidades de desarrollo.

Dichas funciones son:

- 1.- Responder a las necesidades básicas de subsistencia biológica: alimentación, cuidado y protección física, techo y abrigo.
- 2.- Constituir la matriz primaria de las relaciones afectivas interpersonales fundamentales para el desarrollo del autoestima, seguridad y confianza básicas, promoviendo asimismo el proceso de vinculación y socialización de sus miembros.

- 3.- Ser un factor determinante para el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar de grupo, respetando el proceso de individuación de todos y cada uno de sus integrantes.
- 4.- Brinda los primeros modelos masculinos y femeninos significativos para la identificación psicosexual.
- 5.- Indicar a los hijos en el entrenamiento de diferentes roles sociales, idealmente adecuados al contexto en que se vive, mediante la responsabilidad, el ejercicio de razón y la consiguiente autoridad.
- 6.- Estimular el proceso de aprendizaje y el desarrollo de la creatividad no sólo en los hijos sino, de ser posible, también en los adultos.
- 7.- Transmitir a las nuevas generaciones valores, ideología y cultura; en ese sentido la familia se constituye en puente de la herencia social (Turián, 1994, p. 15, citado en Alvarado y Moreno, 2002).

Ackerman (citado en Eslava y Ruiz, 1998), plantea los fines psicológicos de la familia, que son:

- 1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- 2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y la fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
- 4.- Ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 5.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.
- 6.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual (p. 14).

Según Soifer (1979), la familia es un grupo de personas que conviven en una casa habitación, durante un lapso prolongado, que están unidos (o no) por los lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas. Este grupo, a su vez, de halla relacionado con la sociedad la que le suministra una cultura e ideología particulares, al tiempo que recibe de él su influencia peculiar.

Si bien lo común es que el núcleo familiar se halle integrado por personas con relación de consanguineidad entre sí, no es éste un elemento privativo de la familia.

Laing (citado en Alvarado y Moreno, 2002) escribe que la familia se vive como fantasía en cuanto que los padres son internalizados como unidos, distanciados, próximos o alejados, como personas que se aman o se pelean; es decir lo que se introyecta no es la familia como función, sino las relaciones que se dan entre sus miembros. Internalizar significa, transponer lo externo a lo interno, implica la transferencia de cierto número de relaciones que constituyen un conjunto de vivencias, y de percepciones. En este contexto el niño nace en el seno de una familia que es producto de las operaciones de seres humanos que lo han precedido en este mundo. Por ello es tan importante el desarrollo del niño en sus primeros años de vida, período decisivo para la formación de personalidad individual y las pautas de comportamiento social que permanecerán en estado latente el resto de su vida.

La familia es el contexto del desarrollo social, entre otros. La vida familiar, a veces positiva y otras negativa influye de modo singular en los niños, incluido el divorcio, la permanente ausencia de uno o ambos padres y la amenaza del maltrato infantil.

La familia es una de las principales influencias en los púberes, de ella adquieren valores, expectativas y pautas de conducta. Los padres y los hermanos son modelos de comportamiento adecuado e inadecuado. Cognoscitivamente, aprenden de ellos conceptos y reglas sociales implícitas y explícitas. El aprendizaje social, en el cual está instalada la familia, se da en un contexto determinado, en el cual algunas veces las relaciones son cercanas y seguras, otras angustiantes y otras más llenas de conflicto. (Papalia, 1992)

Los individuos son marcados y socializados por su familia (ocasionalmente, por sustitutos familiares), será por medio de la familia que la sociedad transmitirá valores, expectativas, modelos y contradicciones aunque en forma filtrada y modificada. (Stierlin y Weber 1990)

Según Speier (1986), se considera a la familia como un todo orgánico, una estructura en la que todas las partes están en constante interdependencia, de modo que el cambio en una parte afecta la relación entre las otras y la estructura total.

Sin duda, los individuos se relacionan según su peculiar modalidad, su elaboración y vivencia personal, pero éstas han sido y siguen siendo interdependientes. La conducta de uno afecta y es afectada *constantemente* por la conducta del otro.

Minuchin (citado en Speier, 1986), postula que el sentido de identidad depende ampliamente de la convalidación por un grupo de referencia, de los cuales el más importante es la familia y la convalidación de ésta es relevante para todos sus miembros, pero en especial para los niños.

La familia es un sistema humano intermedio que constituye un puente entre el microsistema (el individuo) y el macrosistema (la sociedad).

Desde el punto de vista sociológico, la familia es un grupo social formado para suplir las necesidades sociales del individuo y caracterizado por una residencia común y cooperación económica de sus miembros, además de funciones de reproducción entre dos de ellos.

Se reconoce que la familia, como ámbito privilegiado de socialización, moldea profundamente el carácter de los individuos, inculca modos de actuar y de pensar que se convierten en hábitos y opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales, Caparros (citado en Alvarado y Moreno, 2002).

La sociedad y la familia establecen relaciones interdependientes, es decir las dos se necesitan. La perpetuación de las normas sociales se realiza bajo la acción directa de la familia, por otro lado la sociedad regula eficazmente la forma de pensar de sus miembros.

El grupo familiar realiza una doble función; por un lado socializa al niño, le dice los elementos para que represente un ser y una actitud determinada; y por otro perpetúa adecuadamente la división social de clases, Caparros (citado en Alvarado y Moreno, 2002).

La familia es la transmisora más efectiva de actitudes y valores, obviamente el niño pequeño necesita cuidado y protección para asegurar que no va a ser dañado.

Por medio de la socialización el individuo adquiere patrones de conducta, hábitos, actitudes e ideas de la sociedad en la que ha nacido, para que exista el orden en la sociedad se debe condicionar al individuo, para que sus valores estén en armonía con los valores o normas básicas de la sociedad; ésta es la función de la familia, que es el agente más efectivo para el control social, pues tiene contacto casi exclusivo con el niño durante el periodo de mayor plasticidad (Peralta y de la Parra, 1984)

El papel de la comida en el seno familiar no es únicamente el nutricional, tiene una serie de implicaciones sociales, afectivas y culturales. Comer es un acto que se repite miles de veces a lo largo de la vida. En consecuencia, el acto de comer, se asocia a múltiples circunstancias

que resultan significativamente emocionales para el comedor. Desde que el ser humano nace, la alimentación está asociada a una serie de fenómenos que lo convierten en algo más que un simple acto de ingestión y posterior digestión de la leche digerida. Es en el seno materno en donde el bebé experimenta la supresión de una sensación desagradable, el hambre, en presencia de la madre. Adicionalmente, ésta pone en función una serie de habilidades sociales: le habla, le sonríe, mira sus ojos, le besa, le atiende; es decir, pasa de ser un acto único de alimentación a uno de vinculación. En la ingestión alimentaria el niño da a la madre la ocasión de resultar asociada a múltiples experiencias de gratificación. De este modo, la madre va adquiriendo a los ojos del niño una serie de significados socio-afectivos de los que carecía previamente.

De este modo, el ser humano aprende a alimentarse en contacto con otras personas, ya que desde el nacimiento el comer es un acto social, rodeado de gratificantes socio-afectivos adicionales a la de la supresión del hambre. Por tanto, es posible afirmar que la comida, el hecho de comer, es más que un acto nutricional, está revestido de significados sociales, afectivos y culturales entre otros (Craig, 1997).

El interés por el alimento se inicia antes que el interés por las personas. Durante las primeras semanas de su vida, todo cuanto le llega al recién nacido del mundo exterior le resulta desagradable, y es que todavía está acostumbrado a la ausencia de estímulos de la existencia intrauterina. El apego al alimento (leche) va seguido al de la persona que de lo proporciona, el amor al alimento acabará por constituir el fundamento del amor a la madre.

El niño tiende siempre a tratar a los alimentos que le dispensa la madre como si se tratara de ella misma, lo que significa que todas las posibles perturbaciones capaces de alterar las relaciones entre la madre y el hijo se convierten fácilmente en trastornos alimenticios (Burlingham y Freud, 1967).

Según Minuchin (citado en Speier, 1986) la enfermedad psicósomática implica un tipo especial de organización y funcionamiento familiar, la involucración del niño en el conflicto parental y una vulnerabilidad fisiológica.

Para Andolfi (citado en Nava, 2002) la enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar, la enfermedad emocional de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Algunas formas de enfermedad pueden ser compartidas por dos

o más miembros de la familia. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental de la familia y de sus miembros.

En diversas investigaciones como la de Gordon en 1989 (citado en Nava, 2002), se ha encontrado que las pacientes anoréxicas y bulímicas referían la relación madre – hija como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con chicas normales. La protección materna la consideraban significativamente más intrusiva, con exceso de contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con personas normales.

De acuerdo con Leclercq (1979), para los padres los hijos son sus hijos, su obra; son su prolongación, llevando en las facciones y en carácter el parecido de los padres. Son algo de los padres, la prolongación de los padres, a pesar de que cada cual es una personalidad humana independiente. Por tanto, el hijo es de la familia. Los padres tienen sobre él un derecho comparable al de propiedad, pero más sagrado, porque nada material puede ser obra del hombre de la forma que los hijos son obra de sus padres.

Los padres poseen a sus hijos: los hijos les pertenecen porque son de ellos, son sus hijos.

Se identificaron, cinco patrones predominantes en familias de anoréxicas y bulímicas, que pudieran ser consideradas causantes de dichas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y poca capacidad para la resolución de problemas, Gordon en 1989 (citado en Nava, 2002).

La etiología de los trastornos de la alimentación no solo incluye factores socioculturales, biológicos y consecuencias de crisis puberales, depende también de los factores familiares en mucha medida. Dependiendo de la dinámica familiar es que se gesta o se predispone al individuo a ciertos trastornos (Toro, 1996).

Tanto la anorexia como la bulimia son sistemas sumamente cerrados que bloquean la coindividuaación y coevolución de todos los miembros de la familia; en ambos, se observan factores similares, sustentados mutuamente.

Uno de esos factores es el credo familiar que subraya y consolida el autocontrol, la abnegación, la justicia, la evitación de conflictos y la sobreprotección; este último elemento, en ambos casos, se centra en torno de la comida, las funciones corporales y la apariencia

externa. Asimismo, en ambos tipos de familias descubrimos un marcado hincapié en la importancia de los logros o realizaciones personales, orientadas en gran medida hacia ideas convencionales. Para ellos, o bien uno controla el propio cuerpo, o es controlado por él. (Stierlin y Weber, 1990).

## **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LA ANOREXICA**

A través de las generaciones el credo familiar, con sus exigencias e idealizaciones de la capacidad de dar, el autosacrificio y la abnegación, suele manifestarse de manera exagerada o acentuada en miembros individuales. En muchas de las familias que hemos estudiado, la bisabuela (ya) era un ejemplo particularmente llamativo de abnegación y autosacrificio. La abuela iba luego un paso más allá. La madre adoptaba los mismos lineamientos, imponiéndose a sí misma aun más restricciones que su propia madre y superándola a ésta en capacidad de sacrificio y altruismo. Finalmente, la hija anoréxica parece ser aún más ferviente del credo familiar, llevándolo hasta límites absurdos. Es aun menos complaciente consigo misma, y se atormenta mediante una negativa radical a comer (Stierlin y Weber, 1990).

La insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal se manifestarán en una dinámica de unión que habrá de interferir fuertemente en los progresos individuales. Se subraya la importancia del bienestar de la familia como un todo y la gratificación de necesidades y deseos personales se niega, en un marcado control de los impulsos (Stierlin y Weber, 1990).

Probablemente la característica más generalizada en estas familias sea: el grado típicamente fuerte de *atadura* (tanto dentro de la familia inmediata como a lo largo de varias generaciones). Esa "voluntad de unión" halla expresión en casi todas las estructuras y procesos observables en la familia. Internamente, se manifiestan en una tendencia hacia la fusión, el desmembramiento u oscurecimiento de fronteras entre individuos y generaciones, y una sensibilidad sismográfica hacia los procesos mentales y emocionales de los demás (Toro y Vilardell, 1989).

Los temores de separación y pérdida se transforman en preocupación o, si se prefiere en creciente sentido de responsabilidad e interés por los otros. Ese sentido (de interés y

responsabilidad) con frecuencia tiende a centrarse en el bienestar físico de los demás. Las madres de las pacientes anoréxicas parecen particularmente propensas a manifestar esa preocupación, preguntándose constantemente, llenas de ansiedad, si se habrán ocupado lo suficiente de su hijita, si tomaron medidas para resguardar su salud, si la mantuvieron alejada de otras gentes y, por sobre todo, si le dieron suficiente de comer (Stierlin y Weber, 1990).

Minuchin (citado en Stierlin y Weber 1990), pionero de la terapia y el estudio de las familias de anoréxicos, fue el primero en describir las características esenciales de ataduras y "voluntad de unión" en dichas familias. Sus principales características estructurales, tal como las describieron Minuchin y sus colaboradores, son el entrelazamiento (por sobre todo, la tendencia a que se tornen difusas las fronteras entre miembros y generaciones de la familia), la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto.

El tipo de funcionamiento familiar se caracteriza por un aglutinamiento, sobreprotección, rigidez e incapacidad para la resolución de conflictos, con evitación y maniobras de rodeo. En el *aglutinamiento* los miembros se encuentran excesivamente involucrados entre sí. La *sobrevaloración* se ejerce por parte de todos los miembros. Cuando hay un miembro enfermo toda la familia se ve involucrada. La *rigidez* de las normas dificulta el cambio. La *evitación o negación* de los conflictos permite que el niño psicósomáticamente enfermo pueda desempeñar un papel vital en la evitación del conflicto por parte de su familia, al presentar un foco de preocupación (Stierlin y Weber 1990).

Otra tipología familiar que cubre las características centrales de anoréxicos es en la que existe un código interiorizado de conducta construido en torno de principios (implícitos) tales como "mejor dar que recibir", "la abnegación eleva a la persona", "mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás", "sólo me siento bien si los demás se sienten bien", "somos un grupo de gente unido por el destino: ninguno debe ser abandonado en el camino" Beavers (citado en Stierlin y Weber, 1990). Su tipología se basa en la evaluación de la competencia, adaptabilidad, y la dirección en que se desarrollan dichas familias.

Según Kelsey-Smith y Beavers, 1981 (citados en Stierlin y Weber, 1990), las familias presentan las siguientes características:

1. Poseen rígidas fronteras externas.
2. Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, y se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.
3. Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza.
4. Se evitan los conflictos.
5. La coalición materno-paterna es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.
6. Se asigna gran valor a las palabras.
7. Las familias recurren a terapia pero suelen delegar sus problemas en los terapeutas (p. 40, 41).

Otra característica de estas familias, descrita por Minuchin (citado en Stierlin y Weber, 1990), es la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo, tanto a pesar como a raíz de la estabilidad que las caracteriza y la manera más o menos tradicional y complementaria en que los progenitores dividen sus roles. En situaciones de crisis (o sea, situaciones en que parecen estar por producirse cambios), hay un vacío de liderazgo. Los progenitores se paralizan y sabotean entre sí, particularmente en lo que atañe a cuestiones referidas a la crianza de los hijos. En cuanto un progenitor le plantea ciertas exigencias a un hijo, el otro pasa directa o indirectamente a la defensa de ese hijo, acusando al otro progenitor de actuar con demasiada severidad o de manera injusta, insistiendo en que el hijo (o hija) es incapaz de llevar a cabo lo que se le ha pedido, rompiendo a llorar o gritar, y así sucesivamente (Stierlin y Weber, 1990).

Allí donde las relaciones de poder están mal definidas y las estructuras de liderazgo no existen, se corre el riesgo de que las luchas por el poder se emprendan "subterráneamente", de lo cual el vacío de liderazgo se ahonda aun más. El generalizado "mandamiento de abnegación" inevitablemente generará una rivalidad en torno de quién da más, se sacrifica más, se controla mejor, reprime sus propias necesidades más eficazmente, etcétera. Ante tal rivalidad, cualquier intento de autonomía y autorrealización será tildado de egoísta y bloqueado luego en un proceso de exacerbación mutua. Todo aquel que tome para sí un

poco más que los demás, y tal vez sea un poco más capaz de placer o goce que éstos, es acusado de dejarse llevar por sus emociones y seguir el camino fácil. La autonegación, por contraste, es una manera de ganar prestigio dentro de la familia, el poder será obtenido por el miembro de la familia que dé más, se sacrifique más, y satisfaga menos sus propias necesidades personales (Stierlin y Weber, 1990).

Las niñas que se convierten en jóvenes anoréxicas suelen mostrarse particularmente unidas a sus progenitores. Con frecuencia, el nacimiento mismo de la niña estaba rodeado de ansiedad.

La hija despierta ansiedad en la madre, siente que ocurrirá algo terrible si no se ocupa lo suficiente de la hija. La madre ve en ésta un desafío para su capacidad materna, alguien a quien debe dar, amar y proteger todo lo posible. Así con frecuencia se muestra particularmente preocupada por esa hija, y parece amarla más que a las demás, pero una observación más detenida permite descubrir que esta apariencia es engañosa. No es de extrañar que con frecuencia la madre tenga sentimientos ambivalentes hacia esa determinada hija. En primer lugar, ello adopta la forma de una actitud ansiosa y protectora, una inclinación a malcriar y sobreproteger a la niña, apartándola de todo posible peligro, y asegurándose de que tenga suficiente de comer. El lema parece ser: "Yo te doy muestras de amor dándote buenas cosas que comer, y tú me das muestras de amor comiendo bien". Cuanto más sensible sea en su relación con la madre, más probable es que capte la ambivalencia de aquélla hacia sí misma. Se preguntará si realmente es amada y apreciada por sí misma, sin cuestionamientos. Y la duda la acosará toda su infancia, sin poder nunca hallar una respuesta definitiva (Stierlin y Weber, 1990).

Según Selvini Palazzoli, (citado en Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999), la hija anoréxica es fácilmente dominada por la madre, niña modelo de una madre invasora, intolerante e hipercrítica. Las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin sacar de ello ningún sentimiento de alegría.

En síntesis, nuestras madres de anoréxicas-bulímicas parecen mujeres incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, a veces quejumbrosas, nunca en condiciones de lograr ser escuchadas con consideración.

A veces estas mujeres, aunque trabajen en roles de responsabilidad, se ocupan de la gestión doméstica como amas de casa a tiempo completo. Los domingos, por ejemplo, no

conocen esparcimiento o reposo, empañadas sin necesidad en tareas que podrían delegar en otros. Pueden ser mujeres firmes y eficientes pero, sin embargo, son infelices porque, por un lado, se sienten obligadas a estar siempre a la altura de las propias expectativas y, por el otro, parecen incapaces de auténticos raptos afectivos, pues el componente del deber coarta su disponibilidad al contacto interpersonal. Dado que les cuesta ser introspectivas y reflexionar sobre sí mismas, apenas captan el estado de ánimo ajeno así sea el de su propia hija (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999).

El ámbito familiar, el hogar, es el medio social y físico donde se realizan -y socializan- las comidas. Las comidas siguen ritos, hábitos y normas pautados familiarmente.

Los hábitos ingestivos, *la alimentación* concretamente, cuenta con un importantísimo componente emocional en el medio familiar. Los padres en general, y la madre en particular, tienen atribuido y asumido, incluso antes del inicio de sus funciones, su papel de *alimentadores*. La maternidad no puede separarse de la alimentación. Alimentación es igual a salud. No alimentación es señal de enfermedad. Y tanto alimentación como evitación de la enfermedad constituyen "deberes" básicos del papel maternal. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimentaria por parte de la anoréxica forzosamente desencadena la ansiedad familiar (Toro y Vilardell, 1999).

Podemos decir que el tipo de vínculo que descubrimos en las familias anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa. En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar *su* propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas (abiertas) de la madre y convirtiéndose en un recipiente de virtud, en apariencia a menudo se logra. Una y otra vez en apariencia se logra, se dice que las pacientes anoréxicas eran niñas particularmente buenas, que se destacaban en la escuela y los deportes. A diferencia de sus hermanas y hermanos más "problemáticos", ellas nunca dan motivo de queja. Pero por debajo de esa superficie ejemplar de la relación madre - hija, debemos suponer la existencia de extremas tensiones y rivalidades (Stierlin y Weber, 1990).

Al restringir la anoréxica los alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la jovencita rechaza una expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individuación contra los padres.

Al hacerlo, sin embargo, no solo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo. Ese cuerpo, con todas sus tentaciones y deseos, es desde ahora el adversario al que hay que mantener a raya, su conducta se ha convertido en dramatización del grito: ¡Me estoy muriendo de hambre, necesito alimento! A la vez, sin embargo, su negativa a comer y sus vómitos nos están diciendo: "Este alimento que me dan no es el que necesito, no es el que ansio. Necesito aprobación, amor por mi misma, afecto independiente de mis logros". Pero los padres son incapaces de decodificar este mensaje indirecto. De ahí que reaccionen ante la extrema reducción de peso intensificando sus esfuerzos para brindarle a la hija alimento y atención a su bienestar físico, la reacción de la hija es seguir rechazando esta atención (Stierlin y Weber, 1990).

Según Toro y Vilardell (1989), la anorexia acaecida en una familia, es siempre un problema de grupo aunque siempre sea un problema distinto, porque distintos son los grupos y distintos son los miembros que los componen. En ese grupo enrarecido conductual, emocional y cognitivamente, la anoréxica ve como muchos de sus comportamientos anómalos resultan reforzados por la atención familiar, la protección desmesurada, lacrimosa e intermitente, la aceptación ambigua de los "caprichos" alimenticios, etc. Todo ello hace que esos comportamientos anómalos experimenten incrementos claros.

Por otro lado las situaciones más conflictivas son las que constituyen las horas de las comidas. En ellas se centran y concentran los sermones, gritos, lágrimas, miradas desesperadas y coléricas, gestos abrumados, ello supone que toda la situación se transforma en un auténtico estímulo aversivo, con sus correspondientes consecuencias conductuales y emocionales para todos.

Probablemente puede asegurarse que el curso que siguen habitualmente las comidas familiares determina en gran parte el curso de la anorexia, la intensidad de la ansiedad presente y la propia estabilidad del grupo familiar.

En definitiva, la interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la paciente; que se debate en un marasmo constituido por su ansiedad específica "esencadenada en las relaciones familiares, por el reforzamiento

de sus conductas anómalas y la aparición y complejización de comportamientos de evitación entre otros. La familia no tiene porqué ser la causante de una anorexia nervosa, pero la familia afectada por la anorexia la puede y suele mantener, mediatizar y complicar. Es decir, los familiares de la anoréxica evolucionan y actúan de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica (Toro y Vilardell, 1989).

## **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LA BULIMIA**

Según Sherman y Thompson (1999) la familia es la unidad que más influencia ejerce en la vida de un individuo. La "familia" abarca a padres, abuelos, hermanos, cónyuges o incluso parientes políticos, o puede referirse a aquella persona o grupo más importante para un individuo.

La familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia al proporcionar valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Desde luego, ninguna familia intenta convertir en bulímico a uno de sus miembros, sin embargo, ciertas familias tienen mayor predisposición a crear hijos bulímicos que otras, y la bulimia es "necesaria" en estas familias, es decir, que la bulimia sirve a uno o más propósitos o es necesaria en alguna forma para que la familia funcione.

Un factor común que se encuentra en la mayoría de las familias con un miembro bulímico es una comunicación deficiente o destructiva, son familias que rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta porque los padres nunca aprendieron de sus propios padres (quienes, a su vez, nunca aprendieron de sus padres, y así sucesivamente) a expresar sus sentimientos en una manera confortable y apropiada. Por tanto, los hijos en esas familias crecen en un ambiente en el cual, si acaso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan, la bulímica recurre a la comida como una forma de enfrentarse a estos sentimientos displacenteros (Sherman y Thompson, 1999).

Si el sistema familiar no permite una expresión emocional directa, se debe encontrar una indirecta. La bulímica de la familia utiliza la comida mientras que otros miembros pueden estar usando el alcohol.

El abuso del alcohol, al igual que la ingesta excesiva de comida, implica, asimismo, la carencia de control del impulso (dificultad para resistirse al apremio de llevar a cabo un

comportamiento potencialmente perjudicial para sí). Por lo tanto, las familias en las cuales los sentimientos, especialmente la depresión, se manejan indirectamente, y en la cuales existe una falta de control del impulso, son las que tienen más probabilidades de desarrollar hijos bulímicos.

La mayoría de las familias bulímicas conceden una gran importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico. Quizá los padres se someten a dietas con frecuencia o comentan sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de otros (Sherman y Thompson, 1999).

La familia es un agente muy poderoso para la bulímica, los miembros de ésta necesitan entender el papel que desempeñan en el mantenimiento de la bulimia, así como la forma en que ésta cumple uno o más propósitos en su familia. Por medio de este conocimiento, la familia puede entonces utilizar su poder para propiciar un cambio positivo.

Si bien la bulimia puede satisfacer un determinado propósito en cada familia, también existen factores comunes. Por ejemplo, puede ayudar a distraer a los miembros de la familia de otro problema, como cuando aparece la bulimia para proteger un mal matrimonio. Es decir, la familia se concentra en los hábitos alimentarios de la bulímica en lugar de hacerlo en una relación marital conflictiva. En tanto que la bulimia cumple propósitos de distracción y de protección en la familia, los miembros, sin saberlo, pueden apoyarla o estimularla. Esto no significa que quieran una persona bulímica en la familia, pero es posible que la necesiten (Sherman y Thompson, 1999).

Con frecuencia descubrimos que cuando la bulímica mejora, los demás miembros de la familia interfieren involuntariamente con la recuperación de ésta. Debido a que la familia está íntimamente relacionada con la creación, mantenimiento y exacerbación del problema, es trascendental que los miembros de la familia participen activamente en el tratamiento. La bulímica necesita ser atendida emocionalmente a fin de sentir aceptación, aprobación y amor que requiere de manera tan desesperada. Especialmente, ella desea que alguien se percate de sus sentimientos y le pregunte cómo se siente; quiere que alguien realmente le escuche, que acepte sus emociones y trate de comprender cómo se siente y, por último, necesita que alguien le responda a *ella* —no a lo que hace o no hace, sino a *ella* y a sus *sentimientos* (Sherman y Thompson, 1999).

Mc Dougall (citada en Zukerfeld, 1992), considera que el manejo de la conducta alimentaria de la bulímica es un intento de defensa contra el dolor y el conflicto psíquicos, que busca establecer una función límite y de separación, imposible de realizar en el nivel intrapsíquico. En el nivel clínico se ha observado que el acto bulímico se realiza como expresión de una furia inefable, imposible de ser proyectada en un contexto exterior.

Por otro lado, la bulimia puede expresar poder y control. Con frecuencia, la bulímica se siente impotente y sin el control de su vida. Sus excesos en la comida y las purgas pueden ser fuentes de poder y control puesto que nadie más puede controlar ni eliminar esos episodios. En gran parte, su necesidad de control se presenta debido a que, por lo general, la persona bulímica responde más a las necesidades de los demás que a las propias. Por medio de la bulimia ha encontrado algo que nadie puede controlar ni quitar; es decir, nadie puede impedir que se exceda en la comida y se purgue (Sherman y Thompson, 1999).

Finalmente, la bulimia puede ayudar a la familia a manejar aspectos de separación, individualización y apego.

Cuando se ponen obstáculos a las necesidades de autonomía, la persona puede sentirse frustrada, enojada y deprimida. De este modo, el trastorno alimentario puede servir como un medio para enfrentar esos sentimientos displacenteros. Sin embargo desafortunadamente, a menudo los síntomas bulímicos ayudan a que la familia justifique su necesidad de controlar al miembro bulímico. El exceso en las comidas y las purgas pueden usarse para que una persona enfrente al control de la familia, también se puede ver que esto sólo contribuye a que la familia crea que la bulímica no puede controlar su vida. Si bien el trastorno puede presentarse en los primeros años de la adolescencia, tiende a persistir hasta que finalmente ocurre una saludable separación. Ésta separación se refiere a la naturaleza de la relación entre la persona bulímica y su familia. Una separación saludable no significa que deje de existir una relación o apego entre la bulímica y el resto de la familia; significa simplemente que es necesario un cambio en la naturaleza de la relación o apego (Sherman y Thompson, 1999).

Attie y Brooks-Gunn (citados en Zukerfeld, 1992) han descrito en estas familias bajos niveles de cohesión, desorganización, falta de expresión de las emociones, imposición de altas metas estandarizadas y fallas en el soporte de la autonomía, que engendran dudas en las hijas sobre sí mismas.

Una hipótesis central en la investigación de Wilson (citado en Zukerfeld, 1992) consiste en que los síntomas de la bulimia se producen por un terror abrumador a la gordura causado originalmente por la identificación con padres que poseen un temor semejante.

Cinco son las características que Wilson (citados en Zukerfeld, 1992) enuncia acerca del perfil psicológico de estas familias.

1. Exhibición del perfeccionismo. En los padres de los bulímicos, a pesar del perfeccionismo que exhiben, que pareciera ser una caracteropatía de fachada, se observa una mayor tendencia a los conflictos personales y conyugales, al divorcio y a la adicción
2. Desestimación de los afectos. El origen de esto se encuentra en la hipermoralidad explícita de los padres, aunque su conducta escindida lo desmienta.
3. Infantilización en la toma de decisiones, hipercontrol de los niños. En algunas familias no es permitida la diversión en si misma pues todo debe tener un propósito noble o ser motivo de una discusión intelectual o erudita.
4. Excesiva preocupación por la gordura o dieta. La excesiva preocupación y control de los padres por los hábitos alimenticios de su hijo facilitan la aparición de síntomas psicósomáticos.
5. Exhibicionismo de los padres. En sus conductas sexuales y en el baño tales experiencias unidas a la hipermotilidad y a la fachada de perfección, provocaban una inhibición del desarrollo psicosexual normal en las hijas adolescentes (p.p. 82-83).

Root, Fallon y Gfriederich, (citados en Sherman y Thompson, 1999) opinan que aunque las familias son muy diferentes, existen características similares, de modo que pudieron describir tres tipos comunes de familias con bulimia. En realidad casi todas las familias son una combinación de estos tipos con sus propias características. Los tres tipos descritos por Root y colaboradores son:

- La familia perfecta. Da la impresión de ser exitosa y la bulímica aparece como la "niña buena", ésta es una familia en la cual la apariencia y la reputación son de primordial importancia, se ocultan los secretos y problemas de la familia, se espera que los miembros de la familia mantengan un aspecto exterior feliz y siempre se vean alegres –al grado de evitar cualquier sentimiento o situación problemática-. Existe una evaluación extremadamente positiva de la familia, hay una negación que impide que los miembros de la familia perciban los problemas dentro del núcleo familiar o con los miembros de la familia.

- La familia sobreprotectora. Carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia, especialmente de la bulímica, para cuidarse a sí misma. Estas familias dificultan que la bulímica se separe, ya que le enseñan que nadie fuera de la familia puede ocuparse de ella ni ser digno de confianza. Obviamente este sistema familiar no alienta a los hijos a ser autónomos e independientes, impidiendo que desarrollen un sentido de su propia capacidad.
- La familia caótica. Carece de estructura y estabilidad, en éste caso los padres frecuentemente no están disponibles y los hijos, casi siempre, se crían solos. A menudo prevalece el abuso del alcohol o de alguna otra sustancia. Si existen reglas, éstas tienden a ser inconsistentes y los hijos nunca saben qué esperar. La familia caótica es diferente de las otras familias bulímicas en cuanto a que sus emociones, especialmente el enojo, se expresan con más frecuencia. Además cuando las emociones llegan a expresarse se hace de manera incontrolada e inadecuada, algunas veces, incluso, al punto de ser destructiva o violenta. Ahora bien, la inseguridad y la incertidumbre que existen en la familia caótica contribuyen intensamente a la aparición de la bulimia en varias formas.

Siempre que sea factible es muy recomendable que la familia participe en el tratamiento. Si la familia y el entorno familiar contribuyen al desarrollo, mantenimiento y exacerbación de la bulimia, tiene poco sentido dar tratamiento sólo a la persona bulímica. Si no se hacen cambios en la familia, es probable que la bulímica en recuperación recaiga en el comportamiento bulímico (Sherman y Thompson, 1999).

## **NIÑOS MALTRATADOS E INSTITUCIONALIZACIÓN**

### **MALTRATO**

Uno de los principales problemas en el desarrollo de los niños producto de la descomposición familiar es el maltrato infantil. El maltrato destruye las esperanzas de amor, confianza y dependencia que son tan esenciales para la personalidad saludable y el desenvolvimiento social. Como resultado, surgen problemas en el desarrollo. El maltrato infantil son los daños físicos o psicológicos infringidos de manera intencional por un adulto a un niño.

Según Craig (1997), más de la mitad de los maltratos son perpetrados por los progenitores, además encuentra que las víctimas de abuso sexual suelen ser niñas, mientras que el maltrato físico es más frecuente en niños.

Las investigaciones sobre el maltrato infantil se centran en tres explicaciones teóricas principales: psiquiátrica, sociológica y situacional. El modelo psiquiátrico se concentra en la personalidad y en los antecedentes familiares. Supone que los padres abusivos están enfermos y requieren tratamiento psiquiátrico. Se ha descubierto que muchos padres abusivos, fueron a su vez maltratados de niños. Los niños asimilan conductas a edades tempranas y posteriormente, como padres, aplican a sus hijos lo que aprendieron.

La explicación sociológica aduce un mayor índice de maltrato infantil debido a la influencia de los medios de comunicación; a la agresión física entre esposos; a la pobreza; la falta de trabajo; y el aislamiento social.

La explicación situacional ubica las causas del maltrato en los factores ambientales, concentrándose en los patrones de interacción entre los miembros de la familia y reconoce a los niños como activos participantes. En algunos casos hay un desajuste entre las expectativas de los padres y las características del niño (Craig, 1997).

Por otro lado el esquema de Mardomingo (citado en Gallardo, 1988) divide factores precursores de la conducta del maltrato en tres niveles: el individual, el familiar y el social, con la particularidad de que, siguiendo a Osorio (citado en Gallardo, 1988), tienen que ser

estudiados interrelacionados ya que, en muchas ocasiones, la distinción de un caso determinado puede deberse a una mezcla de los tres.

Para Solomons (citado en Gallardo, 1988), existen tres causas importantes que estimulan el maltrato: por un lado, las tensiones en la familia, por otro lado la expectativa no realista del niño de parte de los padres; por último y el que Solomons considera más importante, el aislamiento emocional y social de los padres.

Margaret Lynch (citada en Kempe y Kempe, 1979), ha señalado cómo la enfermedad de una madre durante el embarazo, un parto prolongado y difícil, la existencia de malformaciones congénitas o lesiones obstétricas y la prematuridad, con su incierto resultado y ruptura de esperanzas, están asociados con una cierta potencialidad para maltratar al niño. Algunos niños, inmediatamente después del nacimiento, son percibidos por uno u otro de sus progenitores, sencillamente tan distintos de lo que ellos habían imaginado, que el comportamiento perfectamente normal, al llorar o al defecar, por ejemplo, es considerado negativamente y no se desarrolla ningún lazo de amor (Kempe y Kempe, 1979).

Se ha insistido en que el menor posee algunos rasgos muy especiales que lo convierten para los padres en una persona que no llena todas las expectativas. Estas pueden ser el color de piel o del cabello, la existencia de algún tipo de malformación, daño neurológico de gravedad variable, ocupar el primer o último lugar en la progenie, no corresponder el sexo esperado, ser demasiado irritable y desobediente, etc., por sólo mencionar algunas de dichas expectativas. Todas juntas o cada una por separado deben analizarse y correlacionarse para establecer límites de riesgo, que en un momento dado constituyen un auxiliar en la prevención del maltrato (Loredo, 1994).

La muerte de un familiar, el divorcio reciente o inminente, la pérdida del empleo o incluso situaciones tan cotidianas como la descompostura de un aparato eléctrico pueden ser el detonador para que se establezca la agresividad (Loredo, 1994).

Es preciso realizar una descripción clara de cada uno de los diferentes subtipos de malos tratos que quedan englobados bajo dicho término genérico, cada uno de los cuales se diferencia de los demás y posee su propia definición.

Se debe tener en cuenta que las necesidades vitales están influidas por las costumbres culturales en la medida en que es imprescindible la socialización de cada sujeto en su ambiente cultural (con sus características propias). Por otra parte, y con carácter general, deben incluirse un mínimo de requisitos de cuidado, atención y trato a la infancia sean cuales sean las condiciones culturales en las que un niño se desarrolla (Arrubarrena y Paul, 1994).

Según Arrubarrena y Paul (1994) cuando el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física y psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato. A la hora de precisar la definición se encuentran: 1) la *frecuencia e intensidad* requeridas para que una conducta llegue a ser maltrato y, 2) la posible necesidad de incluir el concepto de *intencionalidad* para poder calificar a una conducta como maltrato.

En general, se admite que los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las consecuencias sobre el niño, es decir, en los daños producidos, en las necesidades no atendidas, y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales según Dubowitz, Black, Starr y Zuravin (citados en Arrubarrena y Paul, 1994).

Deben tenerse en cuenta tres criterios en la definición del maltrato infantil:

1. *La perspectiva evolutiva.* Un mismo comportamiento parental puede ser dañino para un niño en un determinado momento evolutivo (por ejemplo, dejar sólo a un niño de tres meses) y no serlo tanto o incluso ser adecuado en otros períodos evolutivos (por ejemplo, castigar a un niño de diez años dejándole sólo un cierto tiempo).
2. *Presencia de factores de vulnerabilidad del niño.* Un mismo comportamiento parental puede no ser dañino para un niño sano, mientras que en otro niño (con enfermedades crónicas severas, con un handicap físico, con retraso psíquico, etc.) puede ser considerado como maltrato o negligencia.
3. *Existencia del daño real o de daño potencial.* Si se define el maltrato infantil en relación a sus consecuencias en el niño, se puede suponer que se refiere a los daños o lesiones detectables, pero muchos comportamientos parentales no tienen consecuencias negativas a corto plazo o consecuencias tan severas, únicamente por razones de tipo aleatorio.

En muchos casos el maltrato físico, la conducta descontrolada del padre maltratante puede no tener consecuencias severas porque el golpe no ha impactado en zonas vitales, pero en

sucesivas ocasiones únicamente dependerá del azar el que ese mismo golpe afecte a zonas de relevancia orgánica.

Muchas definiciones incluyen el *daño potencial* como criterio para delimitar lo que es considerado como maltrato. Incluir el criterio de *daño potencial* implica establecer una predicción de que en el futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad (Arrubarena y Paul, 1994).

El maltrato tiene efectos a largo plazo en el bienestar emocional del niño. La autoestima queda dañada de manera irreparable y le resulta difícil volver a confiar en alguien por el miedo a la explotación. Los niños maltratados tienden a aislarse e incluso a comportarse de modo más agresivo. Adicionalmente, les cuesta más trabajo concentrarse y tiene más problemas en la escuela que los niños criados en hogares no abusivos. Cuando llegan a la adolescencia y a la madurez están en mayor riesgo de padecer desórdenes psicológicos, incluyendo depresión y alcoholismo. Algunos tratan de suicidarse y se mezclan en actividades delictivas.

Los niños maltratados tienen dificultades para regular sus emociones y su conducta y tienden a ser menos competentes en la sociedad.

Los niños que han sido maltratados tienen dificultad para socializar en una forma positiva y de apoyo. A la par, están aprendiendo a explotar, degradar y aterrorizar, y a esperar que las relaciones personales sean dolorosas. Se trata de secuelas extensas y a largo plazo (Nieves, 1998).

Estos menores evitan cualquier muestra de afecto y la interacción madre – hijo es de rechazo mutuo en todos los grupos de edad; poseen un mal concepto de ellos mismos que se manifiesta por reducida autoestima, por considerarse impopulares y rechazados por amigos y familiares, lo cual conduce a relaciones superficiales e inseguras y conductas inapropiadas (Loredo, 1994).

#### Maltrato físico

Según Arrubarena y Paul (1994), se definirá como maltrato físico cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo, los indicadores de tipo físico que se han considerado como consecuencia del maltrato son los siguientes:

1. Magulladuras o moretones.
2. Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros.
3. Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos, por ejemplo.
4. Torceduras o dislocaciones.
5. Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
6. Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
7. Cortes o pinchazos.
8. Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

En la mayoría de las ocasiones no aparecen este tipo de lesiones o señales externas y, sin embargo, se trata de casos de maltrato físico. Para identificar la presencia de maltrato físico habrá de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos:

- a) En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son "normales" en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.
- b) No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores.
- c) No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores *utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor*, para que lo anterior sea calificado de maltrato deberían presentarse los siguientes factores:
  - La intensidad de la reacción del padre/madre no corresponde con la seriedad de la acción del niño o con la ausencia de acción del menor. O la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.
  - Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo.
  - Además de lo anterior, el niño presenta una reacción de tensión no justificada.

Hay una serie de características que pueden resultar clarificadores en los casos de maltrato físico:

- Casos en los que las agresiones son de tipo disciplinario y premeditado y tienen la intención de "educar" al niño por métodos que el padre/madre consideran adecuados.
- Casos donde las agresiones se dirigen a un niño no querido ni deseado y son la expresión de rechazo y el desprecio hacia él.
- Casos en los que las agresiones son realizadas con características patentes de sadismo y perversión y que tratan de satisfacer dichos impulsos.
- Casos en los que las agresiones son fruto del descontrol del padre/madre, que puede estar sufriendo una excesiva presión ambiental para su tolerancia. Se suele tratar de descargas emocionales impulsivas que no tienen intención real de producir daño (Arrubarrena y Paul, 1994, p.p.27 -29).

Una de las variables a la que le ha sido asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato físico se centra en la propia experiencia del padre/madre maltratador físico como víctima de maltrato físico en su propia infancia. La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos de abordaje del "síndrome del niño apaleado", Kempe y cols., (citado en Martínez y Paul, 1993).

Las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen de sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que "el hijo se convierte para el padre en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia"; "confrontado (el padre) a una situación que despierta en él un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona".

Pero la cuestión esencial es que en estas investigaciones no se ha dado acceso a todos los padres que han sido maltratados en su infancia y que cuidan adecuadamente a sus hijos (Martínez y Paul, 1993).

Hay evidencias empíricas que confirman que los padres maltratantes físicos poseen una red de apoyo social deficitaria. Desde un punto de vista teórico se afirma que la cuestión esencial en el maltrato físico es la incapacidad para manejar las situaciones estresantes. Esta incapacidad tendría una posible explicación en la inadecuación entre el nivel de estrés experimentado y la cantidad de la red de soporte social informal del sujeto. Gaudin y Pollanceb (citados en Martínez y Paul, 1993) demostraron que en las familias maltratantes de tipo físico existía una mayor pobreza en la red de apoyo de los amigos y de los parientes. Salzinger y cols., (citado en Martínez y Paul, 1993) demostraron que las madres maltratantes se encontraban mucho más aisladas que un grupo de madres no maltratantes. Una de las evidencias empíricas más estudiadas y reconocidas por los profesionales es la existencia de problemas de toxicomanías y alcoholismo entre los padres que maltratan físicamente. Famularo y cols., 1986 (citado en Martínez y Paul, 1993) informan claras diferencias entre un grupo de casos remitidos al Juez por maltrato físico (38% de ellos con evidencias de alcoholismo en algún período de su vida) y un grupo control adecuadamente emparejado (8% de casos de alcoholismo). En el caso de las madres, las diferencias entre los dos grupos son menores (30% y 9% respectivamente) que en el caso de los padres (50% y 6%).

Tal y como afirmaban Kempe y Helfer (citados en Martínez y Paul, 1993), para que se produzca el maltrato físico son necesarias tres precondiciones: una persona con potencial para maltratar, un niño que sea percibido como inapropiado y situaciones de tensión que precipiten la conducta agresiva o maltrato. Para que se produzca maltrato físico debe haber una previa interacción padre-hijo y la conducta del hijo forma parte necesaria de la misma. Las conductas de los hijos muchas veces son altamente estresantes en el curso de la relación normal. Lo que parece ocurrir en el caso del maltrato físico es que estas conductas son percibidas de manera distorsionada como provocativas o como mucho más inaceptables de lo normal. También parecen provocar de manera más frecuente un fuerte sentimiento de frustración y de incapacidad para ser resueltas, lo que parece relacionarse con los déficits en autoestima.

En general, parece ser que las madres maltratantes, bajo situaciones de estrés perciben las conductas de sus hijos de manera más negativa y rechazante y tienden a responder a las mismas de manera menos controlada, Monroe y Schellenbach (citados en Martínez y Paul, 1993) demostraron que las madres que habían maltratado gravemente a sus hijos, percibían

a éstos como inferiores en capacidad intelectual que las madres de niños del grupo control, a pesar de que ambos grupos de niños habían sido emparejados en rendimiento escolar. Pero en éste trabajo es más importante que, a pesar de que las madres del grupo de maltrato presentaron a sus hijos como más agresivos e hiperactivos que los niños del grupo control, en la observación realizada por personas independientes no se apreciaron diferencias en tales conductas entre los dos grupos. Es evidente que esta información de los padres puede estar sesgada por un intelecto de autodefensa y justificación de su conducta de maltrato.

Todos los datos relativos a este tipo de distorsiones perceptivas han servido para la formulación de los modelos cognitivo-conductuales del maltrato físico, Bauer y cols; (citados en Martínez y Paul, 1993). Según estos modelos el maltrato físico se produciría tras una secuencia de cuatro fases: 1) expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción del niño; 2) incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas; 3) interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad; y 4) respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño. Es éste caso se trataría, en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes.

Entre los modelos explicativos del maltrato infantil no se encuentran propuestas sobre factores neuropsicológicos, los cuales son frecuentes en los modelos generales sobre la agresión humana, Berkwits (citado en Martínez y Paul, 1993).

#### Abandono físico

Arrubarrena y Paul (1994), definirán abandono físico a aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Los indicadores que pueden aparecer en el niño son los siguientes:

1. Alimentación: no se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
2. Vestido: vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no está bien protegido del frío.

3. Higiene: constantemente sucio, escasa higiene corporal.
4. Cuidados médicos: problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
5. Supervisión: un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño.
6. Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
7. Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

El criterio para señalar la existencia de abandono físico viene determinado en gran medida por su *cronicidad*. Para poder catalogar un caso de abandono físico debe presentarse alguno de los indicadores de manera reiterada y continua.

La investigación evolutiva nos señala que las consecuencias en los niños son el "producto" de múltiples transacciones entre las características del niño, la adecuación de los cuidadores y los factores ambientales que se producen a lo largo del tiempo, y no de actos únicos o aislados de maltrato, Sameroff y Chandler (citados en Martínez y Paul, 1993).

Esta perspectiva hace que sea importante conceptualizar las consecuencias del maltrato a partir del examen de las características del ambiente general de socialización que proporcionan las familias maltratantes o negligentes a los niños en su desarrollo evolutivo, Azar (citado en Martínez y Paul, 1993).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, por ejemplo, se ha argumentado que los padres maltratantes tienen unas expectativas no realistas de la conducta del niño, un sesgo atribucional negativo hacia el niño y una deficiente habilidad en la resolución de problemas. (Martínez y Paul, 1993).

### Maltrato y abandono emocional

El abuso sexual o físico está siempre acompañado de un componente psicológico. El maltrato ocurre en el contexto de una relación personal que se ha vuelto psicológicamente dañina, que manipula, rechaza o degrada. Emery, (citado en Craig, 1997) afirma que los aspectos psicológicos vinculados al maltrato infantil pueden ser más perjudiciales que el propio maltrato.

La violencia psicológica, implica el abuso de poder sobre un niño vulnerable.

De acuerdo con Hart 1987, (citado en Craig, 1997) este suele tomar seis formas diferentes:

1. Rechazo. El rechazo activo consiste en desestimar las peticiones y necesidades del niño de un modo que implica gran aversión.
2. Negación de respuestas emocionales. Esta negación pasiva de afecto consiste en comportamientos como la frialdad o el no responder a los intentos de comunicación.
3. Degradación. Humillar al niño en público o llamarlo por tonto. Su autoestima baja con los frecuentes ataques a su dignidad o inteligencia
4. Aterrorización. Estar obligado a atestiguar el maltrato de un ser amado o recibir amenazas de violencia son experiencias aterradoras para el niño. El pequeño que sufre golpes constantes o al que se le dice "te voy a romper los huesos si no te comportas" está siendo aterrorizado. Una forma más sutil es cuando sus padres lo abandonan en la calle, desamparado ante los peligros.
5. Aislamiento. Una forma de abuso psicológico puede ser el negar al niño el permiso de jugar con sus amigos o tomar parte en las actividades familiares. Asimismo, ciertos modos de aislamiento, como encerrarlo en un armario
6. Explotación. Tomar ventaja de la inocencia o debilidad del niño. Por ejemplo el abuso sexual (Craig, 1997).

Arrubarrena y Paul (1994), definen al maltrato emocional como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Por otro lado el abandono emocional se define como la falta 'persistente' de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta.

Garbarino (citado en Lored, 1994), ha definido al maltrato emocional como el daño que propositivamente se hace contra las aptitudes y habilidades de un niño, dañando su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deterioro en su personalidad, en su socialización y, en general, en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres y maestros, así como cuidadores que realizan con los niños; por

ejemplo, el rechazo o la crítica y constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, ridiculización de sus acciones, amenazarlos con ser abandonados o dañados si no cumplen con las expectativas de los padres, y también las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño, que terminan confirriéndole un papel adulto o de paternidad que no le corresponde.

El concepto general que se tiene del maltrato psicológico es que se inicia en la lactancia y tiene un efecto espiral negativo en el desarrollo psicológico, emocional y social de estos niños. Las raíces de tales fallas en la educación de estos niños se puede expresar como afecto aplanado, incapacidad para experimentar placer, desorganización, hipervigilancia, cuidado y vínculo inseguro.

Por tanto, los menores se presentan a la edad escolar con las mismas desviaciones ya señaladas y además con baja autoestima, de presión, antisociabilidad con agresión hacia compañeros y adultos por falta de aceptación de los iguales con el mal funcionamiento cognoscitivo y académico. Estos niños se proveen de barreras protectoras con incapacidad para tomar riesgos y ser dueños de sus acciones, contra un mundo impredecible para ellos y altamente peligroso ante los embates de la agresión que origina, a la larga, alteraciones en su crecimiento y desarrollo normales; de persistir éste círculo vicioso, estos niños pueden caer en abuso transgeneracional, fracaso profesional y criminalidad, repitiéndose de esta manera el ciclo agredido – agresor – agredido (Loredo, 1994).

Un intento de organización de las formas más frecuentes en que se presenta el maltrato y abandono emocional ha sido realizado por Garbain (citado en Arrubarrena y Paul, 1994), que propone cuatro tipos de indicadores comportamentales de los padres, con características diferentes en función de la edad del niño.

1. **Rechazo.** En general, implica conductas que comunican o constituyen abandono. Hasta los dos años se expresaría en el rechazo a la formación de una relación primaria y en el rechazo a las iniciativas espontáneas del niño y a sus iniciativas primarias de apego. De los dos a los cuatro años, se expresaría a través de la exclusión activa del niño de las actividades familiares. En la edad escolar, el maltrato emocional es una constante valoración negativa del niño hacia sí mismo.

2. **Aterrorizar.** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro que intenta crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar creando en él unas expectativas exageradas con amenaza de castigo por no alcanzarlas. Hasta los dos años se podría producir, por ejemplo, con la ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y los nuevos estímulos. Hasta los cuatro años, se expresaría con la utilización de gestos y palabras exageradas que tratan de intimidar, amenazar y castigar al niño. Durante la edad escolar, se manifestaría en la exigencia de respuesta a demandas contradictorias, en la crítica constante, en el cambio frecuente de los roles de padres e hijo, etc.
3. **Aislamiento.** Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Hasta los dos años, se expresaría en la negación de la posibilidad de interactuar con los padres u otros adultos. Hasta los cuatro años, se traduciría en una enseñanza activa de la evitación de cualquier contacto social. En la edad escolar, se centraría en cualquier intento activo de que el niño no pueda tener relaciones normales con sus compañeros
4. **Ignorar.** Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre/madre para el niño. Se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo. Tales conductas del niño serán diferentes en función de su estado evolutivo.

En cualquiera de los tipos de conducta expuestos, la presencia de maltrato o abandono emocional sólo se señalará si se dan los siguientes dos requisitos de manera simultánea:

- a) el comportamiento señalado se debe presentar de manera reiterada y continua.
- b) Su presencia es claramente perceptible (Garbain, citado en Arrubarrena y Paul, 1994).

La hipótesis esencial es que se trata de familias en las que las madres se encuentran "objetivamente aisladas y subjetivamente solas" Polansky, (citado en Martínez y Paul, 1993). Se supone que estas madres se encuentran socialmente inmovilizadas y emocionalmente hundidas debido a una sociedad crónica y severa. Lo importante es el análisis de las causas de esta soledad. Puede tratarse de factores caracterológicos como el miedo a la cercanía,

sentimientos de inutilidad que discutan del acercamiento a los otros, infradesarrollo de las habilidades sociales o rasgos de personalidad que provocan rechazo. Puede tratarse de aspectos situacionales como la movilidad geográfica, la apariencia externa rechazante, la maternidad adolescente o sin pareja, la discriminación racial, etc. Polansky (citado en Martínez y Paul, 1993).

Actualmente se reconoce que el Síndrome de Munchausen en el niño es una variedad de maltrato en el que el adulto, mediante la falsificación de datos clínicos simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere de atención médica. La existencia de dichos síntomas obliga al médico a pensar en enfermedades poco comunes, a realizar estudios y procedimientos de diagnóstico complejos, o bien a ensayar tratamientos diversos y prolongados (Loredó, 1994).

Según Loredó, 1994, el Síndrome de Munchausen, es una entidad poco habitual en pediatría, que descubrió por primera vez Meadow, al comunicar el primer caso en 1977. El autor relató el cuadro clínico de una niña de seis años de edad que en apariencia sufría de hematuria recurrente, pero que en realidad en este caso, la madre era quien contaminaba con su sangre la orinā de su hija. Este autor señaló que el síndrome es una forma de abuso en el niño, recordando al Barón Von Munchausen<sup>3</sup>. Sin embargo, Asher fue el primero en mencionar al barón para denominar así al conjunto de síntomas "dramáticos e increíbles" que referían algunos de sus pacientes y que, al simular una enfermedad, eran sometidos a revisiones médicas y procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Jones y colaboradores (citados en Loredó, 1994), han propuesto criterios para sospechar de dicho diagnóstico:

1. Persistencia o recurrencia de una enfermedad cuya causa no puede ser encontrada
2. Discrepancia entre el interrogatorio y los hallazgos de la explotación
3. Desaparición de los signos y síntomas cuando el niño no se encuentra junto a la persona encargada de él (padre, madre, tutor, etc.)
4. Presentación de signos y síntomas poco usuales que no corresponden con una entidad bien definida

---

<sup>3</sup> Llamado así puesto que el hijo "Polle" del Barón de Munchausen falleció en circunstancias menesterosas.

5. Evolución tórpida. Poca o nula respuesta a los tratamientos sin una explicación lógica
6. Padres que se muestran conformes o tranquilos ante la supuesta enfermedad del niño y los procedimientos diagnósticos empleados aunque éstos sean dolorosos, costosos o riesgosos.
7. Hospitalización frecuente del niño y tratamientos médicos intensos y repetidos
8. Cuando uno de los padres permanece constantemente a la cabecera del enfermo y se muestra en exceso solícito en su relación con el personal médico o paramédico
9. Antecedentes de una investigación exhaustiva sobre enfermedades poco comunes

Con respecto al perpetrador es bien conocido que en 98% de los pocos casos descritos, la culpabilidad recae en la madre biológica y en 2% aquélla corresponde a la colusión del padre u otro familiar.

Según Gallardo (1988), muchas veces parece que el maltrato infantil pertenece a los estratos más bajos de la sociedad, pero esto no es así, ya que las clases bajas o muy bajas están más propensas a ser denunciadas, acusadas o condenadas. Los malos tratos también se presentan en hogares de clase media y alta, pero éstos tienen menos publicidad porque se evita la intervención de las autoridades.

Los hijos de clases más favorecidas se encuentran en mejores condiciones que los otros, inmersos en la miseria; sin embargo, en los dos estratos existe maltrato.

Marcovich (citado en Gallardo, 1988), asegura que el síndrome del niño apaleado no es una enfermedad de la pobreza, sino de la humanidad, de una sociedad corrompida que tiene que ser curada como si de un enfermo se tratara.

Kempe (citado en Gallardo, 1988), en una muestra de 400 padres agresores, descubrió que todas las clases sociales, razas, creencias religiosas y niveles de educación e ingresos estaban representados proporcionalmente; lo cual refuerza una vez más la convicción de que la sociedad, en su conjunto, es generadora de maltrato.

En la actualidad se reconoce el problema del maltrato infantil como un problema de salud pero sobre todo debe reconocerse como una enfermedad social cuya descripción ya no queda delimitada a los hallazgos médicos, ni su tratamiento se restringe al separar al niño de

su hogar. El maltrato a los menores es una situación cuya historia abarca el devenir mismo de la humanidad.

Se dice que el maltrato infantil no es sólo un momento histórico, sino que constituye un estilo de relación que ocurre entre los niños y sus padres, siendo ésta la punta del iceberg que sobresale pero que hacia abajo hay múltiples situaciones que la apoyan; por ejemplo la relación que prevalece de la sociedad hacia la niñez y hacia la familia, el ambiente cultural y el geográfico, la situación económica, el flujo de movimientos sociales y algunas condiciones políticas particulares marcan el modo de llevar las interrelaciones personales (Lored, 1994).

La falta de sensibilidad de la colectividad, la indiferencia con que muchas personas observan y conocen los maltratos y la ausencia de reacciones adecuadas en una sociedad incapaz de inculcar a sus ciudadanos unos valores humanos son factores a tener en cuenta. Feigelson (citado en Gallardo, 1988).

## **INSTITUCIONALIZACIÓN**

Según Nieves (1998), el mantener a los niños bajo el régimen de la institucionalización es una forma de maltrato infantil, ya que hay una clara percepción de que algo no anda bien en familia, en el caso de tenerla. Es importante notar que gran cantidad de los trastornos infantiles y adolescentes son producidos por malestar emocional debido a la ausencia de la familia.

De acuerdo con Casado, Díaz y Martínez (1997), existen tres situaciones de *desamparo*, en el que un menor debe ser objeto de diferentes formas de protección, entre ellas la separación familiar e ingreso en un centro:

1. *Situaciones derivadas del imposible ejercicio de los deberes de protección:*
  - Orfandad
  - Prisión de ambos padres.
  - Enfermedad incapacitante de los padres.
  
2. *Situaciones derivadas del incumplimiento de los deberes de protección:*
  - Falta de reconocimiento del niño, ni de paternidad o maternidad por parte de ningún adulto.

- Abandono total del niño y desentendimiento completo de su compañía y cuidado (en sentido literal, no entendido como negligencia).

3. *Situaciones derivadas del inadecuado cumplimiento de los deberes de protección:*

- Maltrato físico o emocional.
- Abandono físico o emocional.
- Abuso sexual.

Una vez detectada la situación de desamparo, la alternativa de separación familiar provisional o definitiva, debe ser siempre una decisión *fundamentada, protectora*, en la que prevalezca el *interés del niño* por encima del interés de los adultos, y tomada tras haber agotado otras vías de intervención *dentro* de la familia (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

El niño huérfano o abandonado representa un problema permanente. Ha existido, y existe todavía la tendencia a resolver la cuestión mediante la creación de orfanatos, correccionales, etc. Dichos internados plantean un problema de grupo muy particular, ya que acogen a los niños normales a los que su situación afectiva, de la cual son víctimas, coloca en una situación anormal.

Tres soluciones se le ofrecen al orfanato: dejar que el niño viva aislado en el seno de la institución, y entonces la carencia afectiva provocará inevitablemente una serie de desórdenes; permitir a los educadores que proporcionen a los huérfanos el afecto de que carecen, pero, como dicha relación tiene un carácter esencialmente transitorio, la situación, neurótica en su esencia, conduce a menudo a serios trastornos; la tercera solución consiste en organizar en el seno del internado subgrupos de carácter espontáneo donde el niño pueda encontrar un apoyo sentimental. Esta solución, que parece la más satisfactoria, logra algunos éxitos durante la edad escolar, pero, más adelante, la transformación necesaria del grupo, que se hace agresivo y rebelde ( y en este caso tanto más cuanto se compone de niños frustrados), origina determinados conflictos entre el subgrupo y el orfanato, que son otros tantos factores de fracasos y desadaptaciones secundarias (Fau, 1980).

En el fondo de numerosos trastornos afectivos infantiles, se halla frecuentemente un mundo familiar en el que cada componente se descuida, exagera o desconoce el rol a desempeñar.

Es debido a esto, que "de sus relaciones con el ambiente y casi exclusivamente con el familiar, en particular durante la infancia, depende el equilibrio y la evolución normal de la afectividad" en los niños. La normal evolución de la vida infantil queda trastornada por la irregularidad o carencia de hogar (Nieves, 1998).

La privación prolongada del cuidado materno como consecuencia del ingreso en instituciones puede generar anomalías en la evolución interna del niño. Sus impactos pueden ir desde las capas más profundas y equilibradas del ser hasta las esferas relativamente externas.

De acuerdo a algunos estudios, el niño abandonado posee un nivel intelectual inferior al promedio, acompañado de cierta hipersensibilidad afectiva que produce dificultad para sostener la atención, falta de espíritu crítico, entre otras, haciéndoles muy inestables (Nieves, 1998).

Respecto a lo anterior Casado, Díaz y Martínez (1997), refieren que estos niños tienen un potencial intelectual normal, lo que sucede es que su rendimiento escolar se ve interferido por problemas emocionales. De hecho Pringle, citado por Cejas, Díaz y Hernández (1994) afirma que la aptitud verbal de los niños institucionalizados era inferior a la de los niños de características semejantes que vivían en sus casas. Los acontecimientos vividos y los vínculos distorsionados o rotos con sus padres suelen crear un auténtico *síndrome abandonónico*, caracterizado por reacciones emocionales impulsivas y oscilación entre el desapego afectivo y las dependencias masivas. Los más pequeños presentan frecuentemente retraso de desarrollo, alteraciones del sueño, enuresis, desmotivación expresada en forma de aburrimiento y conducta pasivo – agresiva. Los mayores presentan baja autoestima y frecuentemente manifiestan sus conflictos en forma de conducta antisocial: ausentismo escolar, fugas, hurtos y consumo de alcohol o drogas. Así mismo, más de un 30% de niños institucionalizados, padecen de enfermedad psicósomáticas (Rubio citado en Cejas, Díaz y Hernández, 1994).

Debido a lo anterior podemos decir que el internamiento en instituciones y el sentimiento de abandono producen un fuerte desnivel en la evolución de ciertos elementos del yo y del funcionamiento del psiquismo que implica peligros para el desarrollo físico, mental, afectivo y de adaptación futura del niño, por ser instituciones masivas, dotadas de escaso personal y aun éste, en ocasiones, no muy calificado (Nieves, 1998).

El éxito de la educación en un internado dependerá, de la intensidad de los lazos que se sepan establecer con el niño. Si dichas relaciones son sólidas y duraderas, el desarrollo del niño se efectuará favorablemente, se convertirá en un ser independiente, moral y socialmente. Si los adultos de la institución se contentan con permanecer distantes e indiferentes o, como ocurre en algunos establecimientos, si no hacen que sea posible ninguna relación afectiva, la educación recibida fracasará en tan importante aspecto. Los niños, como consecuencia de estas circunstancias, acusarán grandes deficiencias en el desarrollo del carácter, su adaptación a la sociedad se estancará en un nivel superficial y su porvenir se hallará expuesto al peligro de toda clase de desviaciones asociadas (Burlingham y Freud, 1967).

Se plantea entonces, de manera radical, la necesidad de sustituir de manera artificial el ambiente familiar procurando reducir al mínimo el riesgo de inadaptación o desequilibrio por parte del niño (Nieves, 1998).

Los niños con falta de padres, hacen todo lo posible para inventarse figuras paternas o maternas y vivir imaginariamente con ellas en su estrecho contacto sentimental. Pero tales productos de su fantasía, por muy necesarios que sean para las necesidades afectivas del niño, pero no pueden ejercer las mismas funciones que los padres, y las personas más idóneas que, lógicamente, son llamadas a desempeñar este papel en la vida de un niño educado en el internado, son los adultos que allí viven (Burlingham y Freud, 1967).

Una de las misiones que tienen los internados que recogen a los niños abandonados es la de que sean amparados por unos padres sustitutos que superen, en todos los frentes, a los biológicos, pero no en todos los casos sucede de ésta manera (Gallardo, 1988).

En el niño privado de vida familiar normal pueden apreciarse dos grandes grupos: 1) aquellos cuyo vínculo familiar se encuentra temporalmente roto o simplemente resquebrajado o amenazado de ruptura y 2) aquellos cuyo nexo familiar no existe, o se encuentra total y definitivamente roto. Y en cualquiera de estos grupos el niño tiende a adoptar dos actitudes: a) desinterés en cuanto a la familia, que se contradice con su ansiedad y b) hostilidad que se traduce en oposición y agresividad (Nieves, 1998).

Podemos recoger una serie de características de los menores institucionalizados, sin que por ello se deduzca que existe una población homogénea. En términos generales existen tres factores que condicionan el perfil psicológico de estos niños:

**1. Factores derivados de su pertenencia a un medio familiar muy específico.**

Las características familiares más frecuentemente encontradas son:

- Bajo nivel cultural y formativo.
- Periodos intermitentes de paro y / o falta de recursos económicos.
- Con frecuencia, actividades de tipo marginal.
- Falta de vivienda, o vivienda inadecuada.
- Algún miembro de la familia con enfermedad física o mental.
- Padres con abuso de alcohol o drogas.
- Padres que ejercen una función educativa distorsionada.
- Negligencia de cuidados físicos y / o psicológicos.
- Relaciones familiares conflictivas.
- Familias conocidas frecuentemente por Servicios Sociales de zona, con las que se han realizado intervenciones sin éxito.

**2. Factores derivados de la institucionalización, más o menos prolongada.**

**3. Factores derivados de la propia personalidad del niño.**

(Casado, Díaz y Martínez, 1997, p. 271).

Estos niños tienen falta de amor, tienen sed de afecto; sin embargo, su inseguridad interior les obliga a desconfiar y a evitar nuevas situaciones de abandono, por lo que no se ligan afectivamente a nadie por miedo a perderla de nuevo, o lo hacen de una manera superficial. Esta inseguridad o insatisfacción afectiva hace que los niños se muestren apáticos, y con regresiones a formas primitivas de conducta como medio de evasión de su carencia afectiva, produciendo también conductas inadecuadas como el hurto, la rebeldía, la mentira, entre otros.

Por la falta de afecto, el niño abandonado se apega con gran facilidad, pero de manera superficial. Muchos de ellos buscan el afecto del educador/a, no solo por satisfacer sus deseos, sino porque les ayuda a superarse (necesidad de seguridad y apoyo). Estos niños siempre intentarán establecer vínculos con la persona que les cuida y buscarán estar cerca

de ellos, por lo cual es necesario que sus relaciones tengan un mínimo de continuidad. (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

En lo que respecta a las necesidades afectivas, en una institución de menores no se dan de forma natural las condiciones adecuadas para atender a los niños, como se dan en general en las familias de nuestra cultura occidental. De ahí que deba estar planificada, pensada y organizada en función de los niños que se atienden.

En los menores de dos años, la estabilidad de los adultos que le cuidan se convierte en una condición imprescindible para que logren los procesos mentales y se constituya una relación afectiva privilegiada y significativa con el adulto. Esta relación significativa se logra a finales del primer año y se manifiesta en la *conducta de apego*. No hay que olvidar que estos niños tienen tras de sí, en muchos casos, rupturas, separaciones repetidas y fragilidad en sus primeros vínculos.

Cuando se habla de falta de estimulación y privaciones en las instituciones no se debe atribuir a la ausencia de figuras parentales, sino a las deficientes condiciones en que se desarrollan los niños, es decir, la pobreza de estímulos, las escasas interacciones con los adultos y la pobreza de relaciones personales (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

Otra característica de los niños sin familia, es la falta de urbanidad elemental: delicadeza, afabilidad, cuidado de las cosas, comportamiento en sociedad, entre otros (Nieves, 1998). El niño que vive en internado puede adquirir métodos rudos y primitivos de adaptación social que le inculca la atmósfera de la sala de los más pequeños (Burlingham y Freud, 1967).

Los niños sin familia, en general maltratan las cosas o bienes materiales sin darse cuenta. Los niños de orfanato muestran una gran indiferencia por sus escasas posesiones y despliegan escasos esfuerzos para mejorar o aumentar sus posesiones, debido a que a ésta población nada les ha costado y la institución se encarga de todo lo necesario, no les importa nada y son apáticos.

Un déficit importante del abandono es el no saber lo que representa un hogar, desconocer las vivencias del hijo de familia, las labores de la casa, las luchas, los días felices y amargos, los problemas sentimentales, los materiales, etc. (Nieves, 1998).

### Maltrato institucional

*Según Martínez y Paul (1993), deben incluirse aquellos actos de comisión o de omisión, y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección del menor y programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional del menor, con amenaza para su correcto desarrollo.*

*Éste es un subtipo de maltrato que presenta unas características muy diferenciadas en relación a las derivadas del intrafamiliar.*

Pueden producirse en formas directas, propiamente en contacto con el niño, y en formas indirectas, realizadas desde "la mesa de un despacho". Otra de sus peculiaridades es la imposibilidad de predecir o probar las consecuencias en el niño, ya que podrían presentarse al cabo de muchos años y sería muy difícil llegar a establecer una relación causa – efecto (Martínez y Paul, 1993).

El origen se encuentra en las personas responsables directas de la atención, protección y educación del niño, y en las responsables de las diferencias políticas aplicables a la infancia desde cualquiera de los ámbitos citados, programas, recursos o sistemas de protección. El maltrato institucional puede darse por varios motivos:

- Profesionales de la institución (en general):
  - Falta de preparación.
  - Supervisión inadecuada.
  - Exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral.
  - Intervención poco ética o profesional.
  
- Programas de la institución (en general):
  - No cumplimiento de niveles mínimos de calidad.
  - Uso de programas en detrimento del bienestar infantil.
  - Existencia de recursos escasos.
  - Infratilización o mal uso de los recursos existentes.

- Sistema de protección infantil:
  - Que no garantice la seguridad para el menor.
  - Que genere situaciones adversas al desarrollo infantil.
  - Categorización.
  - Separación de los niños de su hogar familiar sin esforzarse en intervenir con la familia.
  
- Sistema sanitario:
  - Conceptos organicistas y discriminatorios.
  - Ausencia de selección de personal y de distribución igualitaria del mismo.
  - Salud entendida como contraposición a enfermedad sin puesta en práctica del concepto amplio de salud.
  
- Sistema educativo.
  - Desigualdad de oportunidades.
  - Obstaculización del desarrollo normal.
  - Discriminación en base al sexo, nacionalidad, etnia, religión, etc.
  - Permisividad o autoridad extremas.
  
- Sistema judicial:
  - No respeto de las características del niño.
  - Aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto.
  - No respeto de los derechos del niño.

(Martínez y Paul, 1993, p. 30)

En resumen, en el maltrato institucional los responsables de la acción directa no ofrecen al niño la cobertura idónea de sus necesidades para un correcto desarrollo o no se les proporciona el bienestar adecuado, cuando los padres no lo hacen (Martínez y Paul, 1993).

## **PUBERTAD**

La pubertad es la llegada de la madurez sexual, en esta etapa se da una aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de grasa en el cuerpo y la masa muscular, así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios ocurren en niños y niñas —mayor estatura, fuerza y vigor—pero en la mayoría son específicos de cada sexo.

### **DESARROLLO FÍSICO**

La pubertad comienza cuando, en algún momento determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a secretar hormonas. Este momento está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el medio ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico (Papalia y Wendkos, 1998).

La pubertad se presenta como una respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal fisiológica. La respuesta en una niña es que sus ovarios comienzan a producir una gran cantidad de la hormona femenina estrógeno, y en el muchacho, que sus testículos aumentan la producción de los andrógenos, particularmente de testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas pero las chicas tienen mayores niveles de estrógenos y los muchachos de andrógenos. Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento genital masculino y el vello corporal (Papalia y Wendkos, 1998).

La pubertad en las niñas comienza alrededor de cuatro años antes que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este periodo hacia los 9 ó 10 años de edad, y llegan hacia la madurez sexual hacia los 13 ó 14 años. Sin embargo las niñas normales pueden presentar las señales a los 7 años o después de los 14. A su vez, niños normales pueden comenzar a manifestar sus cambios a los 9 ó a los 16 años, y llegan a la

madurez alrededor de los 11 ó 18 años (Chumlea, citado por Papalia y Wendkods, 1998) La madurez temprana o tardía tienen consecuencias sociales o psicológicas (Papalia y Wendkos, 1998).

Otros autores señalan edades diferentes, Tanner (citado en Papalia, 1990) señala que la pubescencia, es el periodo durante el cual el individuo entra a la pubertad, se caracteriza por el crecimiento repentino del adolescente, un marcado incremento en la estatura que se produce en las niñas entre los ocho y medio y los trece años y en los niños entre los diez y los 16 años de edad.

#### Secuencia habitual de los cambios físicos en la adolescencia

Características femeninas	Edad de aparición
Crecimiento de los senos	8-13
Crecimiento del vello púbico	8-14
Crecimiento de cuerpo	9.4-14.5 (promedio máximo 12)
Menarquia	10-16.5 (promedio 12.8)
Vello axilar	casi dos años después de la aparición del vello púbico
Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que pueden llevar a la aparición del acné	casi al mismo tiempo de la aparición del vello axilar
Características masculinas	Edad de aparición
Crecimiento de los testículos y del saco escrotal	10-13.5
Crecimiento del vello púbico	10-15
Crecimiento del cuerpo	10.5- 16 (promedio máximo 14)
Crecimiento del pene, la próstata y las Glándulas seminales	11-14.5 (promedio 12.5)
Cambio de la voz	casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen	casi un año después del inicio del crecimiento del pene
Vello facial y axilar	casi dos años después de la aparición del vello púbico.

Fuente: Papalia y Wendkos, 1998, pp. 533

Los cambios siguen una secuencia que es mucho más consistente que su aparición real, aunque este orden varía en cierta forma de una persona a otra. Veamos estos cambios físicos que señalan la llegada de la madurez sexual.

#### Características sexuales primarias

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres son los ovarios, el útero y la vagina; en los hombres los testículos, la próstata y las vesículas seminales. Durante la pubertad estos órganos crecen y maduran.

El principal signo de madurez en las niñas es la menstruación. En los chicos, la primera señal es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el principal signo de la madurez sexual es la presencia de semen en la orina. Al igual que la menstruación, el momento de aparición de semen es altamente variable y resulta difícil determinar cuando se presenta. Un estudio longitudinal encontró que solamente 2% de los muchachos de 11 a 12 años tienen esperma en la orina, en comparación con el 25% de los muchachos de 15 años (Richardson y Short, citados en Papalia y Wendkos, 1998).

A menudo, en la pubertad, los muchachos se despiertan con una mancha húmeda o seca y dura en la cama: una emisión nocturna o eyaculación involuntaria de semen que por lo regular se conoce como sueño húmedo.

#### Características sexuales secundarias

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluyen el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los varones. Otros implican cambios en la voz, la textura de la piel y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, típicos del hombre o de la mujer adultos (Papalia y Wendkos, 1998).

El primer signo de la pubertad en las niñas suele ser el crecimiento de los senos. Los pezones crecen y se proyectan hacia fuera; la areola (el área pigmentada que rodea los pezones) se ensancha y los senos adquieren primero una forma cónica y después, redondeada. En general, los senos se desarrollan por completo antes de la primera menstruación.

El crecimiento del vello en diferentes zonas del cuerpo también es señal de madurez. El vello púbico que en principio es liso y suave, después se vuelve oscuro y rizado, aparece con diferentes patrones en hombres y mujeres (Papalia y Wendkos, 1998).

La piel de hombres y mujeres se vuelve más gruesa y aceitosa. El aumento en la actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) lleva al surgimiento de espinillas y puntos negros que son un martirio en la vida de muchos jóvenes. El acné es más común en los muchachos que en las niñas y parece estar relacionado con las crecientes cantidades de testosterona.

Las voces de los chicos y chicas se hacen más profundas, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial entre los muchachos, en respuesta a la producción de hormonas masculinas (Papalia y Wendkos, 1998).

Como ya se había señalado en párrafos anteriores, la madurez sexual en las mujeres está señalada por la primera menstruación: la menarquía y en los hombres por la primera emisión seminal. En general los cambios de la pubertad están precedidos por aumento de grasa corporal, tanto en los hombres como en las mujeres se deposita grasa en la región pectoral, si bien en éstas es permanente y en aquellos pasajera. A esto sigue, al final de la infancia o comienzos de la adolescencia, un gran aumento de estatura. Huesos y músculos aumentan de tamaño, disparados por las mismas hormonas. En el curso de este estirón, los niños suelen perder casi toda la grasa adicional que habían adquirido al principio. Por su parte, las niñas tienden a conservarla y a distribuirla en diferentes partes. Durante el comienzo de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo crecen a diversos ritmos, la cabeza ha dejado de crecer, enseguida, manos y pies, alcanzan la talla adulta y luego hay un aumento en el tamaño de brazos y piernas. Al crecimiento de las extremidades sigue el del ancho del cuerpo, que culmina con el desarrollo completo de las manos y de los hombros. Otro cambio es el aumento de tamaño y actividad de las glándulas sebáceas de la piel, también se desarrolla en la piel una nueva clase de glándulas sudoríparas, que incrementan el olor corporal (Craig, 1997).

Una de las tareas del preadolescentes es, precisamente, la asimilación y aceptación de los cambios físicos. El adolescente se encuentra entonces, en la necesidad de elaborar una nueva imagen corporal, en tanto le resulta necesario integrara los intermpestivos cambios

físicos que se están operando en él (Rodríguez – Tomé citado en Gómez Peresmitré, García y Acevedo 2000).

A continuación se muestra una tabla con los cambios en peso y estatura tanto de hombres como mujeres y en comparación con otras razas de los 9 a los 12 años

**Crecimiento físico entre los 9 y 12 años de edad (percentil 50)\***

Edad	Estatura en cm				Peso en libras			
	Hombres blancos	Hombres de otras razas	Mujeres blancas	Mujeres de otras razas	Hombres blancos	Hombres de otras razas	Mujeres blancas	Mujeres de otras razas
9	134	134	134	134	66	66	63	65
10	139	139	144	144	73	72	70	78
11	144	147	147	149	81	80	87	90
12	149	152	152	155	91	93	95	99B

\* 50% de los niños de cada categoría están por encima de estos niveles de estatura o peso y 50% debajo de ellos.

Fuente: adaptado de Rauh, Shumsky y Witt, 1967. Pp. 515-530 (Papalia y Wendkos, 1998).

A continuación se describirá de condensado y diferenciado los cambios en el hombre y la mujer.

Maduración sexual masculina

Detrás del estirón, el segundo cambio biológico más importante es el desarrollo del sistema reproductor. En los hombres, el primer indicio de la pubertad es el crecimiento acelerado de testículos y escroto. Alrededor de un año después de que ha comenzado, el pene crece de manera similar, entre ambos sucesos comienza a aparecer el vello púbico, pero no cumple su despliegue completo sino hasta la culminación del desarrollo genital.

La primera emisión seminal puede ocurrir tan pronto como a los 11 años y tan tarde como a los 16 años. La primera eyaculación suele ocurrir en la etapa de crecimiento rápido, durante la masturbación o en un "sueño húmedo". El cambio de voz acontece tarde en la secuencia de los cambios de la pubertad, y en muchos los hace tan paulatinamente que no alcanza a ser un hito del desarrollo.

En los niños, los cambios físicos característicos que comienzan en esta época son: crecimiento de testículos y escroto, crecimiento del vello púbico, crecimiento del vello axilar y facial, crecimiento corporal, crecimiento del pene, cambio de voz, primera eyaculación seminal y mayor actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas (Papalia y Wendkos, 1998)

### Maduración sexual femenina

En las niñas, los brotes de pecho suelen ser, aunque no siempre, la primera señal de que la pubertad ha comenzado. Hay un desarrollo simultáneo del útero y la vagina, con alargamiento de los labios y del clitoris.

La menarquía, que es con toda la probabilidad el más dramático y simbólico suceso del nuevo estatus de la niña, de hecho ocurre tarde en la secuencia, después del punto más alto del estirón. La menarquía aparece tan pronto como a los nueve años y medio o incluso hasta los 16 y medio. En general, la menarquía sucede cuando la niña casi ha alcanzado su estatura de persona adulta y ha logrado acumular una mínima cantidad de grasa corporal.

En casi la mitad de las púberes y las adolescentes, la menstruación está acompañada de cólicos, y también puede ser un problema la tensión premenstrual y sus síntomas asociados: irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos, entre otros. Tanto los cólicos como la tensión premenstrual pueden interrumpir las actividades diarias.

En las niñas, los cambios físicos característicos que comienzan en esta época son: desarrollo del pecho, crecimiento del vello púbico, crecimiento del vello axilar, crecimiento corporal, menarquía, mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

La menarquía es más que un acontecimiento físico; es un símbolo concreto del cambio de niña a mujer (Rible y Brooks-Gunn, citados en Papalia y Wendkos, 1998). Las niñas que han comenzado a menstruar parecen más conscientes de su femineidad que quienes con su misma edad no han llegado a la menarquía. Se sienten más interesadas en las relaciones con los muchachos y en arreglar su cuerpo; cuando adquieren la figura femenina, muestran más abiertamente sus senos. Adicionalmente, parecen más maduras en ciertas características de la personalidad. Los cambios tanto masculinos como femeninos están regulados por procesos biológicos. (Grief y Ulman, citados en Papalia y Wendkos, 1998).

## Hormonas

Todos estos cambios físicos están controlados por hormonas, sustancias bioquímicas secretadas por las glándulas endocrinas. Las hormonas "masculinas" y las "femeninas" se hallan en miembros de ambos sexos, pero los hombres tiene más de las llamadas andrógenos, de las cuales la más importante es la testosterona, y las mujeres tiene más estrógenos y progesterona.

Cada hormona influye en ciertos blancos o receptores. Por ejemplo, la secreción de testosterona hace que crezca el pene, se ensanchen los hombros y crezca vello en el área genital y la cara. De igual manera, los estrógenos provocan el crecimiento del útero, del pecho y el ensanchamiento de las caderas.

Las glándulas endocrinas secretan un delicado y complejo balance de hormonas, cuyo mantenimiento es labor de dos áreas del cerebro: el hipotálamo y la glándula pituitaria o hipófisis. El hipotálamo inicia los procesos de crecimiento y reproducción; la hipófisis, produce diversas variedades de hormonas, incluyendo la del crecimiento, que controla el desarrollo general del cuerpo y algunas hormonas tróficas secundarias, que estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, entre las que se cuentan las sexuales –los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres-. Estas últimas tienen dos cometidos: producir espermatozoides y óvulos y secretar andrógenos o estrógenos (Craig, 1997).

## Diferencias sexuales en la pubertad

Los sexos se desarrollan a distintos ritmos. En promedio las niñas dan el estirón y pasan por otros cambios de la pubescencia unos dos años antes que los niños. Pero hay grandes variaciones en las tasas de desarrollo entre los miembros del mismo sexo. Una vez que la maduración sexual ha comenzado, progresa en un orden constante.

Ante los grandes cambios que los púberes experimentan, la pubertad está caracterizada por ser un período de transición. Se da en una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil para pasar a la adolescencia y así poder proyectarse en el futuro de su adultez (Craig, 1997).

## **DESARROLLO COGNOSCITIVO**

Para estudiar el enfoque cognoscitivo durante estos años, se consideran tres enfoques: el piagetano, el cual presenta avances en el pensamiento y juicios morales de los niños durante la etapa de las operaciones concretas; el de Vigotsky, quien hace énfasis en la importancia de la interacción social y la teoría del Procesamiento de Información, la cual destaca el desarrollo de la atención y de la memoria (Papalia y Wendkos, 1998).

### El enfoque piagetano

La etapa de las operaciones concretas (entre los 7 y los 11 años).

Para cuando los niños tienen 9 años, se encuentran en la etapa de desarrollo de las operaciones concretas. Son menos egocéntricos y aplican principios lógicos para situaciones concretas (reales), utilizan operaciones mentales internas (pensamiento) para solucionar problemas que se encuentran aquí y ahora. Esto significa que realizan tareas en un nivel más alto: manejan mejor los números, comprenden los conceptos de tiempo y espacio, distinguen la realidad de la fantasía y clasifican objetos o los agrupan en categorías similares; también organizan series o distribuyen objetos (como figuras de diferente tamaño) según una dimensión particular (como longitud, de lo más corta a lo más largo), y comprenden el principio de la conservación (Papalia y Wendkos, 1998).

En esta etapa los niños se limitan a situaciones reales y presentes; no pueden pensar en términos hipotéticos como lo que podría ser antes de lo que es. La capacidad para pensar en forma abstracta no se presenta sino hasta la adolescencia.

Capacidades con que cuentan niños y niñas en la etapa pueral:

- **Conservación.** Es la capacidad para reconocer que la cantidad de algo se conserva igual aunque su forma cambie, siempre y cuando no se le haya agregado o quitado nada. Piaget y otros investigadores han probado el nivel de comprensión del concepto de conservación en niños, con respecto a atributos como número, sustancia, longitud, área, peso y volumen.

- Otros conceptos importantes que desarrollan los púberes son la *seriación*, la capacidad para organizar objetos de acuerdo con una dimensión, y la *clasificación*, la capacidad para organizar objetos en categorías.
- **Seriación.** Los niños organizan objetos de acuerdo con una o más dimensiones relevantes como peso (del más liviano al más pesado) o color (del más claro al más oscuro)
- Otra capacidad es la inferencia transitiva, que es la capacidad para reconocer una relación entre dos objetos al conocer la relación entre cada uno de ellos y un tercero.
- **Clasificación.** La capacidad para organizar objetos en categorías según atributos particulares. Pueden clasificar objetos de acuerdo con dos dimensiones: como color y forma. Una capacidad de clasificación es la inclusión de clase, es decir, la capacidad para comprender la relación entre el todo y sus partes.
- Los púberes han logrado avances en el pensamiento lógico, representados en una mayor capacidad para manipular símbolos, apreciar conceptos como reversibilidad, y entender la *seriación* y la idea de la parte y el todo (Papalia y Wendkos, 1998. pp. 441-444 ).

### Desarrollo moral

El desarrollo moral es el resultado de la personalidad, las actitudes emocionales y las influencias culturales. Las teorías psicoanalítica y del aprendizaje social consideran estos factores para explicar dicho desarrollo. Sin embargo uno de los conceptos más influyentes en el desarrollo moral actual es que el juicio moral se desarrolla a medida que se da el crecimiento cognoscitivo.

Según los estudios y teorías de Jean Piaget (1932) y Kohlberg (1964, 1968) (citado en Papalia y Wendkos, 1999), la manera en que los niños piensan acerca de los aspectos morales depende tanto de su nivel de desarrollo intelectual como de su carácter y educación.

Un gran número de investigaciones confirman las teorías que relacionan el desarrollo moral con el desarrollo cognoscitivo. Kohlberg (1976, citado en Papalia, 1990) observa que los niños tienen más probabilidades de progresar en el razonamiento moral cuando sus padres estimulan los diálogos sobre problemas morales en familia y cuando interactúan bastante con otros niños.

Según Piaget, el desarrollo moral se presenta en dos etapas. La primera, la moralidad de la restricción, se caracteriza por la rigidez moral. La segunda, la moralidad de cooperación, se caracteriza por la flexibilidad moral (Papalia y Wendkos, 1998).

### El enfoque de Vygotsky

El impacto de la interacción social.

Lev Vygotsky sostuvo que la interacción social –el intercambio que se da entre las personas, especialmente dentro del hogar- es un factor clave en el desarrollo cognoscitivo.

#### *Interacción social*

De acuerdo con Vygotsky (1978), todas las funciones mayores de planeación y organización en el desarrollo cognoscitivo aparecen dos veces; primero como resultado de la interacción con otras personas, usualmente adultos, y luego, después de que el niño ha interiorizado lo que los adultos le han enseñado.

Investigadores que recibieron la influencia de Vygotsky, aplican la metáfora de los andamios, las plataformas temporales en donde los trabajadores de la construcción se ubican, para explicar esta forma de enseñanza (Wood, Wood, Bruner y Ross, citados en Papalia y Wendkos, 1998). El andamiaje es el apoyo temporal que padre, maestros y otras personas brindan al niños para realizar una tarea. Existe una relación inversa entre la capacidad del niño y la cantidad de apoyo que necesita. A mayor dificultad tenga el niño para realizar una tarea, mayor orientación deberá brindarle el adulto que lo acompaña. A medida que el niño va adquiriendo mas habilidad, la ayuda del adulto es menor.

### Procesamiento de Información ( P.I )

Los púberes pueden planear su trabajo, diseñar y utilizar estrategias para organizar y contar, capacidades que le ayudan a aprender, recordar y solucionar problemas. Cada vez son más hábiles para asumir la responsabilidad de asumir de realizar su propio trabajo escolar (Papalia y Wendkos,1998).

El enfoque del PI explora por separado los componentes de los procesos mentales de los púberes, en lugar de abordar todos los cambios del pensamiento como lo hace el enfoque piagetano.

**Memoria.** A medida que avanza el desarrollo cognoscitivo, también lo hace la memoria. La capacidad para recordar mejora en gran medida entre los 7 y 11 años, cuando aumenta la capacidad de memoria de los niños y aun cuando aprenden a utilizar diversas estrategias de memoria o planes deliberados para ayudarse a recordar. Una capacidad que los púberes desarrollan es la metamemoria, el entendimiento de como funciona los procesos de la memoria (Papalia y Wendkos, 1998).

La capacidad de memoria corto plazo aumenta con rapidez, los púberes se vuelven, más hábiles al utilizar estrategias nemotécnicas como recitación, organización, elaboración.

## **DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD**

El crecimiento social y el de la personalidad acompañan el progreso cognoscitivo de los niños en esta etapa.

### Desarrollo del autoconcepto

El autoconcepto se desarrolla de manera continua desde la infancia. Con el crecimiento cognoscitivo que se alcanza y continua desarrollándose en la pubertad, los niños pueden desarrollar conceptos más realistas de si mismos, y de lo que necesitan para sobrevivir y tener éxito en su cultura.

De acuerdo con Papalia y Wendkos, (1998, pp. 487) "el autoconcepto es la imagen que la persona tiene de si misma. Tal imagen se basa en el conocimiento de lo que ha sido y de lo que ha hecho, y su función es guiarla en las decisiones de lo que va a ser y a hacer en el futuro". Los autoconceptos que se construyen en esta etapa son fuertes y perdurables.

### Autoestima

La edad que comprende la pubertad es un periodo importante en la vida para el desarrollo de la autoestima, en el sentido de la propia valoración y autoevaluación. Los niños comparan

sus yo reales con sus yo ideales, y se juzgan de acuerdo con los estándares y las expectativas sociales que ha tomado en su autoconcepto (Papalia y Wendkos, 1998). Las opiniones que tienen los púberes de sí mismos ejercen un gran impacto en el desarrollo de su personalidad y en especial en su estado de ánimo. Los niños cuya autoestima es alta tienden a ser alegres; quienes tienen una autoestima baja probablemente se muestran deprimidos (Harter, 1990, citado en Papalia y Wendkos, 1998) Un estado de depresión puede reducir el nivel de energía, lo cual puede afectar el desempeño escolar del niño y otras áreas de su vida, llevándolo en una espiral descendente en el autoestima.

De acuerdo con Erik Erikson, una determinante importante para la autoestima es la visión que tiene el niño de su competencia. La crisis que enfrentan los púberes es la de industriosidad frente a inferioridad. El tema por resolver es la capacidad de un niño para realizar trabajo productivo.

Los esfuerzos para dominar una destreza pueden ayudar a los niños a formarse un autoconcepto positivo. La "virtud" que se desarrolla con la resolución satisfactoria de esta crisis es la competencia, una visión del yo como capaz de dominar destrezas y completar tareas (Erikson, citado en Papalia y Wendkos, 1998) cuando los niños comparan sus propias habilidades con las de sus compañeros, se forman una imagen de quienes son. Si no se sienten bien en la comparación, pueden retraerse al ambiente familiar (Papalia y Wendkos, 1998).

Otra perspectiva de cómo los niños se forman una opinión favorable de ellos mismos o un sentido de autovaloración global, surge de la investigación realizada por Susan Harter (citado en Papalia y Wendkos, 1998). Ella sugiere que la autoestima proviene de dos fuentes: que tan competentes se consideran los niños en los aspectos importantes de su vida y cuanto respaldo social reciben de otras personas.

### *Crecimiento emocional*

En la pubertad los niños entienden mejor sus emociones junto con las de otras personas. Este progreso emocional va paralelo a su cambio cognoscitivo: desde verse a sí mismos en una en una sola dimensión ha llegar a una representación del yo con múltiples dimensiones

Investigaciones que han buscado los efectos de ambas influencias han encontrado que los niños por lo general se desarrollan mejor en la escuela, y tienen menos problemas emocionales y de comportamiento cuando pasan su niñez en casa, con sus dos padres, y mantienen una buena relación entre sí (Emery, Hetherington, citados en Papalia y Wendkos, 1998).

#### Funciones e influencia del grupo de compañeros.

En una sociedad con alta movilidad y dividida por edades, el grupo de compañeros tiene una gran influencia para bien o para mal.

Como resultado de las actividades de los compañeros, los niños desarrollan destrezas para la sociabilidad e intimidad, amplían las relaciones y adquieren un sentido de pertenencia. Se sienten motivados para triunfar y conseguir un sentido de identidad. Además aprenden (Zarbatany, Hartmann y Rankin, citados en Papalia y Wendkos, 1998).

Es con otros niños al igual que con los padres, que los jóvenes desarrollan el autoconcepto y construyen su autoestima. Se forman opiniones de sí mismos al verse como otros los ven. Tienen una base de comparación, una medida realista de sus propias habilidades y destrezas. Solamente dentro de un grupo grande de compañeros, los niños pueden alcanzar un sentido de cuan brillantes, atléticos y atractivos son. Por consiguiente, también su grupo de compañeros ayuda a los niños a elegir sus valores para vivir. Al someter a prueba sus opiniones, sentimientos y actitudes frente a los de sus compañeros, cambian los valores que han aceptado de sus padres sin cuestionamientos y deciden con cuales quedarse y cuales descartar. El grupo de compañeros también ofrece seguridad emocional. En ocasiones, otro niño puede brindar la comodidad que un adulto puede dar (Perlmutter, Behrend y Muller, citados en Papalia y Wendkos, 1998). Por último, el grupo ayuda a los niños a aprender como alternar en sociedad: como ajustar sus deseos y necesidades a las de otras personas, cuando deben ceder y cuando permanecer firmes.

El grupo sirve de contrapeso a la influencia de los padres, abre nuevas perspectivas, ayuda a los niños a formarse un autoconcepto y a desarrollar destrezas sociales. Los ayuda a aprender y los hace libres para emitir juicios independientes. Por el contrario, así como el grupo de amigos puede tener efectos positivos, el grupo puede transmitir valores indeseables y los niños pueden no contar con la fuerza necesaria para resistirse a ellos.

Durante la niñez intermedia, los niños son más susceptibles a la presión para aceptar lo que se les exija (Papalia y Wendkos, 1998).

El autoconcepto es el sentido del yo. Se basa en el conocimiento que tiene que una persona de lo que ha sido hecho, y guía su comportamiento futuro. El autoconcepto se desarrolla en gran parte en la pubertad y parte de la niñez (de los 7 a los 11 años) Los niños desarrollan sistemas de representación que les permite integrar rasgos diferentes del yo para formar generalizaciones de un orden mayor (Papalia y Wendkos, 1998).

La cuarta crisis de Erikson que se presenta durante la niñez intermedia, es la de industriiosidad frente a la inferioridad. La virtud de este periodo es la competencia, una visión del yo como capaz de dominar y completar tareas.

#### Imagen corporal

La preocupación por la imagen corporal – el aspecto físico que una persona cree que tiene-comienza a ser importante en la niñez media especialmente en las niñas y puede conducir a desórdenes en la alimentación que se vuelven más comunes en la adolescencia. Al parecer la sociedad iguala delgadez con belleza (Feldman, Feldman y Goodman, citados en Papalia y Wendkos, 1998) Cuando las niñas prepúberes comienzan a crecer y aumenta la grasa de su cuerpo, algunas influidas por las modelos ultradelgadas de los medios de comunicación, ven este desarrollo normal como indeseable.

De acuerdo con un estudio, cerca del 40% de las niñas de entre los 9 y 10 años buscan perder peso. Por otro lado, las madres ejercen una fuerte influencia sobre los esfuerzos por el control de peso de sus hijas. Las niñas cuyas madres les han dicho que son demasiado gordas o demasiado delgadas tienden más a tratar de perder o ganar peso (Shreiber, citado en Papalia y Wendkos, 1998). Collins y Rothemberg (citados por Behar, Botero, Corsi y Muñoz, 1994) señalan que tanto las transformaciones biológicas puberales como las demandas psicosociales las inducen a mantener un constante e intenso afán por su silueta, peso y funciones corporales.

Durante la niñez media los niños se vuelven conscientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpo, y obtienen una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones y

habilidades corporales. Pero al inicio de la pubertad, la clase de cuerpo recibe un escrutinio mucho más detallado. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos, las niñas quieren ser lindas, delgadas pero con formas, y con una piel y un cabello hermosos (Tobin-Richards, Boxer, Kavrell y Petersen, citados en Papalia y Wendkos, 1998) los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales. En nuestra sociedad, algunos jóvenes se someten a dietas intensivas mientras otros se embarcan en programas rigurosos de acondicionamiento y entrenamiento físico. Estatura, peso y complexión son las principales inquietudes en esta etapa (Papalia y Wendkos, 1998).

Las chicas tienden a ser menos felices con su aspecto que los muchachos de la misma edad, sin duda por el gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres. Muchos chicos preocupados por su peso, en especial las niñas, reaccionan embarcándose en una batalla de toda la vida para adelgazar en aras de salud y belleza. Algunos luchan contra una obesidad real, pero en años recientes, dos problemas de alimentación, la anorexia y la bulimia, se han vuelto cada vez más comunes. Ambos reflejan los estándares sociales para la belleza femenina, que exaltan la delgadez por encima de todo (Papalia y Wendkos, 1998).

Esto es debido a que el medio ambiente sociocultural occidental resalta intensamente la búsqueda de la delgadez como ideal estético, lo que impacta particularmente a la niña adolescente que experimenta inconformidad en relación a cualquier indicio de aumento de tejido adiposo corporal. Se ha constatado que los adolescentes de sexo femenino desean en mayor medida y frecuencia que los varones, la ocurrencia de transformaciones en su apariencia personal, por lo que se dice que son más comúnmente vulnerables a poseer una autoestima deficiente a la distorsión de la imagen corporal y, por lo tanto a la depresión (Behar, Botero, Corsi y Muñoz, 1994).

El tiempo de maduración biológica y los factores socioculturales (Stormer y Thompson citados en Gómez Peresmitré, García y Acevedo, 2000) constituyen algunas de las aproximaciones teóricas para explicar el surgimiento de actitudes negativas hacia el propio cuerpo (insatisfacción corporal), en el momento de importantes cambios físicos y biológicos.

En cuanto al tiempo de maduración, se ha observado que en su mayoría tienen una actitud bastante positiva hacia su propio ritmo, sin embargo los que maduran tarde tienen mucho más problemas de adaptación que de los que lo hacen pronto, quienes consiguen toda clase de ventajas sociales y atléticas entre sus compañeros. Si la madurez precoz es una ventaja para los muchachos, resulta un beneficio a medias para las chicas pues la muchacha que madura tarde lo hace más o menos al tiempo que sus compañeros hombres, por lo que comparte sus intereses y reuniones y es más popular que la de madurez adelantada.

Con la llegada de la pubertad y adolescencia, los cambios biológicos de la maduración física traen un nuevo interés por los miembros del sexo opuesto y la necesidad de integrar la sexualidad con otros aspectos de la personalidad (Toro, 1996).

### Diferencias sociales

Los niños de grupos sociales diferentes crecen de distinta manera. Los niños de hogares más pudientes tienden a ser más grandes y maduros que de los hogares pobres. Esta distinción surge de las diferencias de nutrición. Los niños con sobrepeso maduran más rápido que los demás, y las niñas pesadas experimentan la menarquía más temprano que las niñas delgadas.

Alrededor del mundo, millones de niños no reciben los nutrientes necesarios para un desarrollo saludable. Cerca el 40 al 60% de la población infantil mundial sufre de desnutrición leve a moderada, y entre 3 y 7% se encuentra en un severo estado de desnutrición. Los factores nutricionales y el ambiente interactúan: los niños desnutridos viven en condiciones de pobreza y sufren de privaciones en el ambiente. Así, pueden verse los devastadores efectos de la desventaja en las condiciones sociales, primero en el bienestar físico de los niños y después, debido a que la desnutrición interfiere con el desarrollo, en el avance de sus capacidades cognoscitiva y social (Lozoff, citado en Papalia y Wendkos, 1998).

### *Diferencias de género*

Aunque existen pocas diferencias en las destrezas para niños y niñas, éstas se acentúan en la pubertad. Los niños pueden correr más rápido, saltar más alto, lanzar más fuerte y demostrar mayor resistencia que las niñas (Cratty, citado en Papalia y Wendkos, 1998). Algunas de las diferencias de género se deben a la creciente fuerza de los chicos, pero

muchas tienen un origen cultural. Lanzar, atrapar y golpear una pelota son destrezas que se deben aprender, y mientras a los niños se les enseñan de manera rutinaria, a las niñas casi no. Como la necesidad de la actividad física en las niñas ha captado más la atención en estos tiempos, la diferencia entre los sexos puede reducirse con el tiempo. La evaluación de las habilidades de las niñas y niños está cambiando y ahora parece que una buena parte de las diferencias entre chicos y chicas se ha originado en diferentes expectativas, niveles de dirección distintos y diversos índices de participación. Cuando los muchachos y las jóvenes púberes toman parte en actividades similares, sus habilidades también son muy similares. Sin embargo, después de la pubertad las niñas no deben de practicar deportes de alto impacto con los muchachos porque sus estructuras óseas son más livianas y pequeñas haciéndolas propensas a lesiones. Estudios recientes indican que las habilidades motrices son similares para niños y niñas (Hall y Lee, citado en Papalia y Wendkos, 1998).

### Adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Igual que otros periodos de transición en la vida, implica cambios significativos en una o más áreas del desarrollo.

La adolescencia es un periodo crítico, un tiempo de creciente divergencia entre la mayoría de los jóvenes que están en la búsqueda de una vida adulta productiva y satisfactoria, y una minoría con dificultades para manejar problemas importantes.

Por lo general, se considera que la adolescencia comienza en la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. La pubertad es parte de un largo y complicado proceso que traen consigo cambios biológicos que señalan el final de la niñez, producen un rápido crecimiento y estatura en peso, cambios en la forma y proporciones del cuerpo, y el logro de la madurez sexual (Papalia y Wendkos, 1998).

## MÉTODO

### PLAN DE INVESTIGACIÓN

#### Problema general de investigación

Determinar si la institucionalización en preadolescentes se relaciona con factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria.

#### Problemas específicos

Existe relación entre institucionalización y:

- 1) Seguimiento de dieta restrictiva.
- 2) Insatisfacción con la imagen corporal
- 3) Preocupación por el peso corporal
- 4) ¿Se encontrarán diferencias por sexo entre niños institucionalizados y las variables señaladas en los problemas de investigación 1, 2 y 3?

#### Definición de variables

Variables Dependientes.

1. Seguimiento de dieta restrictiva
2. Insatisfacción/satisfacción corporal
3. Preocupación por el peso corporal

Variables Independientes.

1. Institucionalización / hogar
2. Sexo: hombre / mujer

#### *Definición conceptual de las variables*

- ♦ La *dieta restrictiva* es la limitación y/o supresión de los alimentos ricos en hidratos de carbono acostumbrados, mediante la reducción o supresión de las grasas.

- *Satisfacción/insatisfacción* es el grado de aceptación o de rechazo hacia el propio cuerpo
- La *preocupación* es el grado en el que una persona tiende a presentar más pensamientos sobre su imagen corporal con respecto a las demás personas de su edad.
- Se entiende por niños institucionalizados a aquellos niños que viven en casa hogar o internados. Los lazos familiares pueden estar temporalmente rotos o ser inexistentes
- Se entiende por hogar, aquella serie de niños que vive en su casa con al menos un padre.

#### *Control de variables.*

##### *Variables de exclusión*

- No presentar problemas físicos notorios

#### Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de campo, exploratoria y de tipo transversal con dos muestras independientes.

Dado que el estado de conocimiento en el tema de investigación es incipiente, éste fue de tipo exploratorio, lo cual permitió "determinar tendencias e identificar relaciones potenciales entre variables..." (Dannkhe, citado por Hernández Sampieri, 1999, p.59) Por el mismo motivo no se plantearon hipótesis de trabajo.

#### *Muestra*

La muestra fue no probabilística, estuvo formada por una  $N= 139$ , misma que se subdividió en  $n_1= 35$ , correspondiente a niñas de casa hogar,  $n_2= 30$  niños de casa hogar,  $n_3= 34$  niñas que viven en familia con al menos uno de los padres, y  $n_4=40$  niños que viven en familia con al menos uno de los padres. Los sujetos fueron hombres y mujeres con edades de entre 9 y 12 años que estudian en escuelas públicas.

#### *Instrumentos y aparatos*

- Se aplicó un cuestionario de alimentación y salud versión preadolescentes (Gómez Pérez-Mitre, 1995, 1997). Se utilizó en sus dos versiones para hombres XY y mujeres XX. Este instrumento explora las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica sección A con 13 reactivos que preguntan que estudios se están cursando, personas con quien vive, lugar que ocupa entre los hermanos, ingreso mensual familiar, etc.
- 2) Autoatribución sección D con 33 reactivos que preguntan qué tanto se describe el sujeto como ansioso(a), inteligente, fuerte, eficiente, agradable, etc. Esta escala contiene adjetivos calificados, positivos y negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos se les asigna un puntaje que va 1=No me describe nada hasta 5= Me describe exactamente, y para los adjetivos positivos la calificación es a la inversa, es decir, 1=Me describe exactamente hasta 5=NO me describe nada.  
Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema, es decir un puntaje alto señala una autoatribución negativa y un puntaje bajo en la autoatribución positiva.
- 3) Peso Corporal sección E con 7 reactivos que preguntan respecto al peso corporal si se mantuvo en el peso, si hubo cambios en bajar o subir de peso o si se subió y bajo de peso, además en la misma sección cuenta con 47 reactivos que describen al sujeto que preguntan: "cuido que mi dieta sea nutritiva, siento que la comida me tranquiliza", "procuró comer verduras", etc. Esta escala contiene adjetivos calificativos, positivos y negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos se les asigna un puntaje que va de 1=Nunca hasta 5=Siempre.
- 4) Conducta Alimentaria sección F con 24 reactivos que preguntan: me cuesta trabajo hacer amigos (as), me llevo bien con los demás, me considero una persona agradable etc. Esta escala contiene adjetivos calificativos positivos y negativos; se califican de la siguiente manera: a los adjetivos positivos se les asigna un puntaje que va de 1=Muy de acuerdo hasta 5=muy en desacuerdo.

Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una conducta alimentaria más negativa y un puntaje bajo en una conducta alimentaria positiva.

- Por otra parte se aplicará una escala que mide autoestima en adolescentes que preguntan me gusta como soy, me siento bien cuando estoy con mi familia, me siento fracasado (a) etc. Esta escala contiene adjetivos calificativos, positivos y negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos negativos se les asigna un puntaje que va desde 1=Siempre hasta 5=nunca, y para los adjetivos positivos la calificación es inversa, es decir, 1= nunca hasta 5=siempre. Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema, es decir un puntaje alto señala un autoestima negativa y un puntaje bajo en un autoestima más positiva.

#### Aparatos

Se utilizó para medir un estadímetro de madera de 2 metros de altura. Asimismo se pesó con una báscula electrónica de la marca Excell.

#### Procedimiento

Se solicitó permiso por escrito a las autoridades para aplicar los cuestionarios antes mencionados al Centro de Desarrollo Educativo Christel House (al que acuden niños institucionalizados) y a las escuelas primarias públicas que estuvieron ubicadas en la periferia del Centro de Desarrollo Educativo. Las casa hogar que asisten a este Centro de Desarrollo son las siguientes:

- DIF-Varones
- DIF-Niñas
- Casa hogar San Vicente
- Casa hogar Margarita

Se aplicó el instrumento colectivamente bajo las siguientes instrucciones:

**"El propósito de esta investigación tiene la finalidad de conocer tus hábitos, formas de ser y de pensar, relacionados con tu alimentación y salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: de que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible. Recuerda: no hay respuestas buenas ni malas. Adelante".**

Posteriormente se obtuvo una submuestra del 20% de la muestra original con el propósito de obtener las medidas antropométricas (talla y peso).

Al finalizar la aplicación se les dio las gracias por su participación tanto a los niños, como a los maestros, cuidadores y autoridades de las Instituciones por su colaboración.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para procesar la información

Se utilizaron dos tipos de estadística, 1) Descriptiva: medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para ver la distribución de variables y detectar la prevalencia de factores de riesgo. Asimismo, se emplearon tablas para una mejor comprensión y presentación de los datos. Para tratar el resto de los datos se utilizará 2) Estadística inferencial con dos muestras independientes. Se empleó el análisis de varianza factorial (ANOVA).

## RESULTADOS

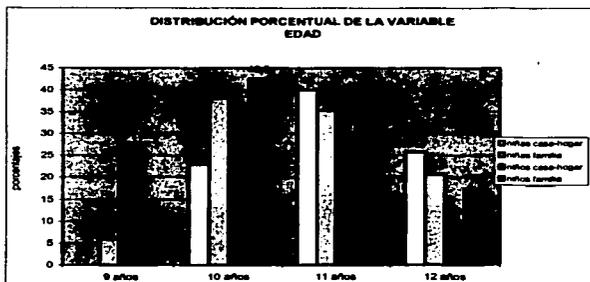
Como se mencionó en el capítulo dedicado a la metodología, el objetivo de la presente investigación fue determinar si la institucionalización en preadolescentes se relaciona con factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. Con tal propósito se procedió al análisis de los datos a través del programa estadístico SPSS versión 8.0.

Los resultados se presentan en seguida:

### 8.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total de la presente investigación estuvo formada por una  $N= 139$ , misma que se subdividió en  $n1= 35$ , correspondiente a niñas de casa hogar,  $n2= 30$  niños de casa hogar,  $n3= 34$  niñas que viven en familia con al menos uno de los padres, y  $n4=40$  niños que viven en familia con al menos uno de los padres.

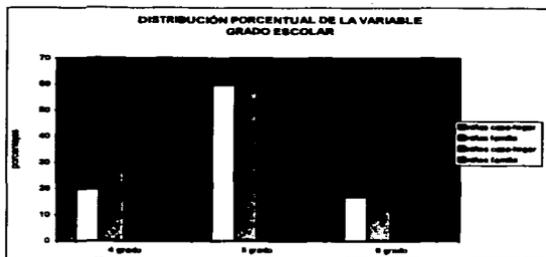
FIGURA 1



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

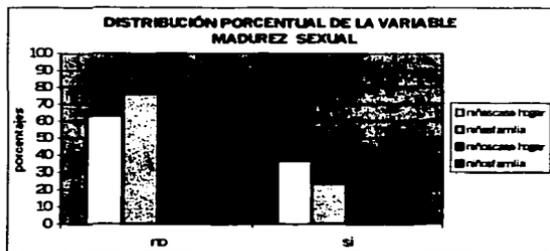
Como se observa, la edad de la mayoría de niños se distribuye entre los 10 y 11 años de edad. La media de edad para las niñas de casa hogar fue de 10.80 ( $S = 0.96$ ); para las niñas que viven en familia fue de 10.26 ( $S = 0.94$ ), para los niños que viven en casa hogar fue de 10.70 ( $S = 0.87$ ) y para los niños que viven en familia fue de 10.60 ( $S = 0.87$ )

**FIGURA 2**



Como se puede observar en la figura 2, la mayoría de las niñas, independientemente del lugar de donde vivan, cursan el 5° grado escolar. En tanto que la mayoría de los niños tanto de casa hogar como de familia cursan el 4° y 5° grados escoltares.

**FIGURA 3**

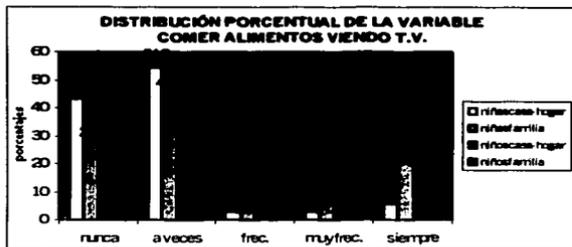


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuando se preguntó a las niñas si habían presentado la menarca o la primera eyaculación (niños), se encontró que la mayoría de los cuatro grupos no han madurado sexualmente; sin embargo, más niños y niñas de casa hogar reportaron haber madurado sexualmente en comparación con las chicas y chicos del otro grupo (ver figura3)

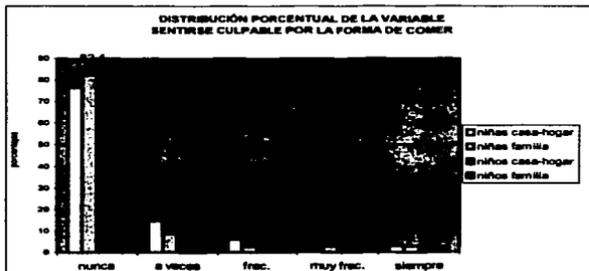
## 8.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

FIGURA 4



Como se observa en la figura 4, la mayoría de los sujetos de los cuatro grupos sólo "a veces" come sus alimentos viendo T.V., siendo las niñas de casa hogar las que más lo hacen y las niñas que viven con sus padres las que menos lo hacen.

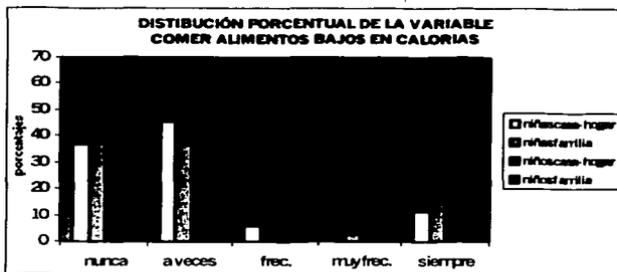
FIGURA 5



**TRUCOS CON  
FALLA DE ORIGEN**

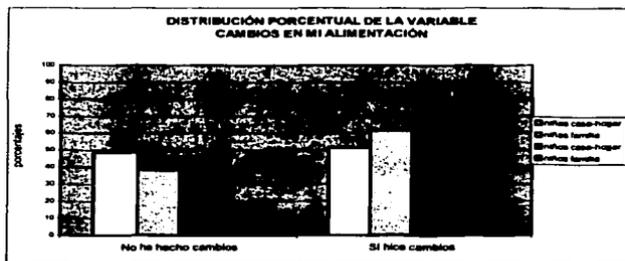
Como se puede observar, la mayoría de los sujetos de los cuatro grupos responde que "nunca" se les hace sentir culpables por su forma de comer, siendo a las niñas que viven con sus padres a las que menos se les hace sentir culpables.

FIGURA 6



Como se observa en la figura 6, la mayoría de los sujetos de los cuatro grupos sólo "a veces" tratan de comer alimentos bajos en calorías, siendo los niños de casa hogar los que más tratan de hacerlo y los niños que viven con sus padres los que menos tratan de hacerlo.

FIGURA 7



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

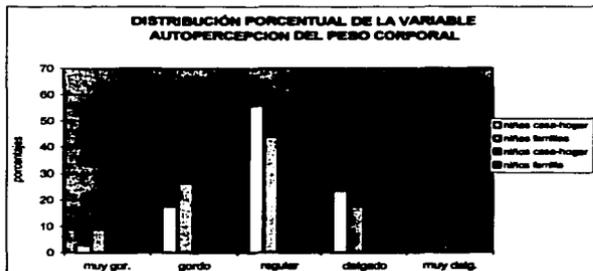
Cuando se preguntó a los preadolescentes si habían realizado cambios en la alimentación, la mayoría de los sujetos de los 4 grupos contestó afirmativamente, aunque se encontró que fueron los niños que viven en familia los que en mayor proporción realizaron algún cambio (ver Figura 7)

**FIGURA 8**



La mayoría de las niñas independientemente del lugar donde viven así como los niños que viven en casa hogar reportan que los cambios realizados fueron para bajar de peso. En tanto que la mayoría de los niños que viven en familia reportan que los cambios realizados fueron para subir de peso (ver Figura 8)

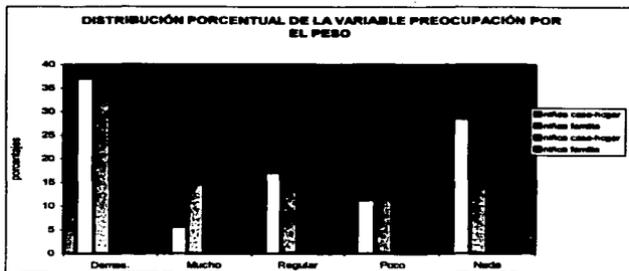
**FIGURA 9**



**NIÑOS CON FALLA DE ORIGEN**

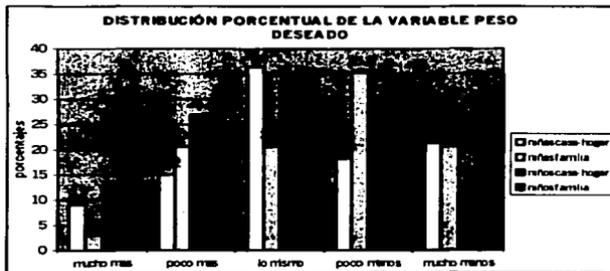
Como se observa en la Figura 9, la mayoría de los sujetos de los cuatro grupos se consideran con peso normal, en el caso de los niños de casa hogar se consideran en igual proporción "delgados".

FIGURA 10



Como podemos observar en la Figura 10, a la mayoría de las niñas, independientemente del lugar donde viven, les preocupa demasiado subir de peso. Los niños que viven en casa hogar reportaron que les preocupa demasiado subir de peso y en igual proporción reportaron que les preocupa poco bajar de peso. Respecto a los niños que viven en familia, la mayoría reporta que no les preocupa.

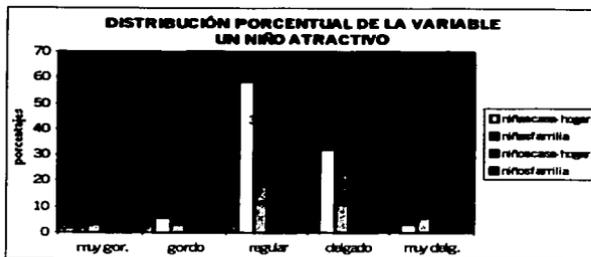
FIGURA 11



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

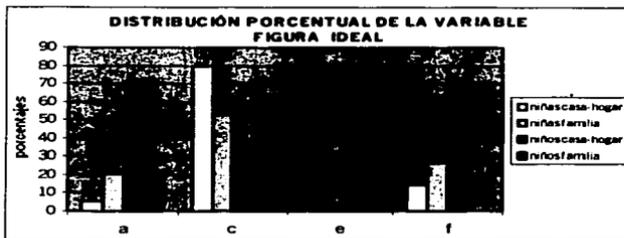
Como se observa en la Figura 11, la mayoría preferiría pesar menos o mucho menos de lo que pesan, siendo los niños y niñas que viven con sus padres los que prefieren pesar menos.

**FIGURA 12**



Se puede observar en la Figura 12, que los sujetos de los cuatro grupos consideran en su mayoría que un niño atractivo debe tener un peso normal o "delgado" siendo la mayoría de las niñas que viven con sus padres y los niños de casa hogar los que opinan que un niño atractivo es "delgado". Es interesante hacer notar que los porcentajes que consideran a un "gordo" o "muy gordo" como una persona atractiva fueron mínimos.

**FIGURA 13**



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Como se observa en la Figura 13, la mayoría de los sujetos de los cuatro grupos eligieron la figura "c" (delgada) como la figura ideal, y en el caso de los niños de casa hogar, consideran a la figura "e" como ideal en igual proporción a la anterior (para figuras a, b, c y e ver anexo 1). Cabe mencionar que dentro de los niños de ambos grupos, un alto porcentaje (aunque no la mayoría) eligió una figura robusta ("e") como ideal mientras que esta respuesta no fue escogida por ninguna de las niñas. (

**TABLA 1**

**Resultados ANOVA**  
**Seguimiento de dieta restrictiva por sexo y lugar donde vive el niño**

Fuente de variación	de	Suma de cuadrados	Grados de libertad	de	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales		11.187	2		5.594	11.570	.000
SEXO		8.081	1		8.081	16.714	.000
VIVE_EN		3.107	1		3.107	6.426	.013
Interacción	de	4.207	1		4.207	8.702	.004
doble entrada							
SEXO x VIVE_EN		4.207	1		4.207	8.702	.004
Explicada		15.394	3		5.131	10.614	.000
Residual		55.598	115		.483		
Total		70.992	118		.602		

**TABLA 2**

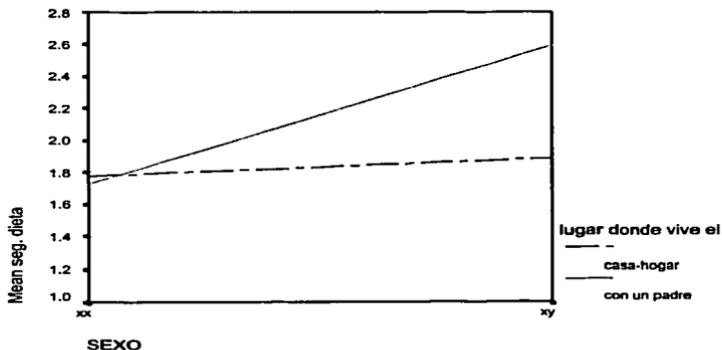
**Tabla de medias y desviaciones estándar**  
**Seguimiento de dieta restrictiva por sexo y lugar en donde vive el niño**

Sexo	Lugar en donde vive el niño	Media	Desviación estándar	N
Mujer	casa – hogar	1.7778	.6405	27
	con un padre	1.7273	.6742	33
	total	1.7500	.6542	60
Hombre	casa – hogar	1.8889	.8006	27
	con un padre	2.5937	.6652	32
	total	2.2712	.8058	59
Total	casa – hogar	1.8333	.7203	54
	con un padre	2.1538	.7951	65
	total	2.0084	.7756	119

Los resultados presentados en la tabla 1 y 2 indican que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente seguimiento de dieta en los efectos principales sexo y lugar donde vive el niño, así como en la interacción de ambas variables ( $F(1, 115) = 8.702, p = .004$ )

Las medias (incluidas en la tabla 1 y graficadas en la figura 14) indican que las chicas de ambos grupos así como los niños de casa hogar reportaron seguir dieta para bajar de peso, mientras que los niños que viven en familia reportaron seguir dieta pero para subir de peso.

FIGURA 14  
Interacción estadísticamente significativa entre las variables  
seguimiento de dieta, sexo y lugar en donde vive el niño



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 3**  
**Resultados ANOVA**  
**Satisfacción / Insatisfacción por sexo y lugar en donde vive el niño**

Fuente de variación	de	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales		.536	2	.268	.284	.753
SEXO		.459	1	.459	.486	.487
VIVE_EN		.077	1	.077	.082	.776
Interacción de		8.622	1	8.622	9.143	.003
doble entrada		8.622	1	8.622	9.143	.003
SEXO x VIVE_EN		9.158	3	3.053	3.237	.024
Explicada		124.482	132	.943		
Residual		133.640	135	.990		
Total						

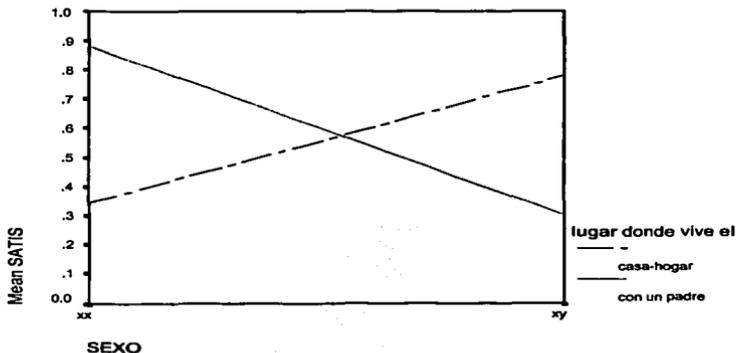
**TABLA 4**  
**Tabla de medias y desviaciones estándar**  
**Satisfacción por sexo y lugar en donde vive el niño**

Sexo	Lugar donde vive el niño	Media	Desviación estándar	N
Mujer	casa – hogar	.3429	.9056	35
	con un padre	.8824	1.1746	34
	total	.6087	1.0740	69
Hombre	casa – hogar	.7778	.9337	27
	con un padre	.3000	.8533	40
	total	.4925	.9108	67
Total	casa – hogar	.5323	.9359	62
	con un padre	.5676	1.0479	74
	total	.5515	.9949	136

Los resultados presentados en las tablas 3 y 4 indican que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente satisfacción / insatisfacción en la interacción de ambas variables independientes (sexo y lugar donde vive el niño) ( $F(1, 132) = 9.143, p = .003$ )

Las medias (incluidas en la tabla 2 y graficadas en la figura 15) indican que los chicos y chicas de ambos grupos se encuentran insatisfechos, pero es necesario destacar que las niñas que viven con familia y los niños que viven en casa hogar son los que se encuentran más insatisfechos.

FIGURA 15  
Interacción estadísticamente significativa entre las variables  
satisfacción, sexo y lugar en donde vive el niño



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue detectar si la institucionalización constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación e imagen corporal.

Se decidió trabajar con niños institucionalizados porque estos niños corren un doble riesgo; por un lado, la ausencia total o temporal de la familia y por otro el riesgo inherente a su grupo de edad para el desarrollo de trastornos alimentarios.

De acuerdo con Nieves (1998), el que los niños se encuentren separados de su familia total o temporalmente es consecuencia de un evidente maltrato infantil, que tiene efectos a largo plazo en el bienestar emocional del niño, la autoestima queda dañada de manera irreversible, tienden a aislarse y a comportarse más agresivos, tienen dificultad para concentrarse y presentan más problemas en la escuela que los niños criados en hogares no abusivos. Al llegar a la adolescencia y a la madurez corren mayor riesgo de padecer desórdenes psicológicos. Adicionalmente, tienen dificultad para regular sus emociones y su conducta y tienden a ser menos competentes en la sociedad.

Por otra parte, también se decidió trabajar con preadolescentes debido a que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en personas cada vez más jóvenes ya que de acuerdo con Sherman y Thompson (1999) los niños y niñas de hoy han crecido durante una producción televisiva muy fuerte que resalta la importancia de la esbeltez y por lo tanto del seguimiento de dieta para conseguir tal fin. Por otro lado, de acuerdo con Caparrós y Sanfellú (1997), es en esta etapa en que los preadolescentes empiezan a buscar su identidad corporal, de género y de pertenencia que surge como producto de sucesivas identificaciones.

De acuerdo con los resultados obtenidos encontramos que los cuatro grupos (niñas y niños de casa hogar y niñas y niños que viven con su familia) se encuentran insatisfechos con la figura que tenían en ese momento (figura actual) (niñas de casa hogar 39.4% y familia 55.9%; niños de casa hogar 33.3% y en familia 55%). La mayoría de las niñas de ambos grupos (casa hogar 57.7% y familia 76.2%) así como los niños institucionalizados (50%) realizaron cambios en su alimentación para bajar de peso, en tanto que los niños que viven en familia efectuaron cambios para subir de peso (59.5%). Por otro lado, todos los niños y

niñas reportan que "a veces" se preocupan por consumir alimentos bajos en calorías (niñas casa hogar 45.7%, familia 44.1%; niños casa hogar 62.1% y familia 40%), lo cual no deja de llamar la atención tomando en cuenta que se trabajó con niños y niñas de 9 a 12 años de edad; lo anterior se apoya con un ejemplo dado por Sherman y Thompson (1999), quien señala la importancia que se da a este aspecto. En los anuncios actuales; tenemos todo con etiquetas de "dieta" o "light". Un anuncio que parece resumir este fin es el que menciona el número de calorías en pastillas de menta para el aliento: uno contra diez, de ahí se deduce que ese insignificante número de calorías es muy importante y debe tomarse en cuenta al comprar estas pastillas.

Crespo, Figueroa y Guelar (1998), señalan un absurdo en personas de peso normal: el que viven sometidos al empuje de un torrente doble, por un lado el anhelo de adelgazar y por otro el miedo a engordar

Es importante destacar que la mayoría de los niños que quieren bajar de peso y consumen alimentos bajos en calorías consideran que tienen un peso normal (niñas 55.9% casa hogar; 44.1% familia y niños 36.7% casa hogar, 57.5% familia)

Las niñas de ambos grupos y los niños de casa hogar son los que presentan mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en tanto que los niños que viven en familia corren menor riesgo. Se cree que lo anterior se debe a la interacción de múltiples factores, entre ellos se encuentran los medios de comunicación, la familia y factores individuales como autoestima, entre otros.

Sherman y Thompson (1999), señalan que los hombres no cuentan con una apariencia específica a la cual deben ajustarse. Probablemente la mayoría de las personas no pueden siquiera nombrar un modelo masculino, ya que a los hombres se les permite verse en muchas formas diferentes y aun así se les considera atractivos. Se supone que los niños que viven en familia corren menor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria puesto que la familia es un factor protector aunado al hecho de que no existe una fuerte presión social que los obligue a bajar de peso. En el presente estudio encontramos que el 55% de los niños están insatisfechos con la figura que tenían en ese momento. Esta insatisfacción se debe a que quisieran pesar más ya que el 59.5% reporta que los cambios realizados en su alimentación han sido para subir de peso, aunado a ello la mayoría (30%) reporta que nos les preocupa para nada subir de peso.

Otro de los hallazgos encontrados que confirma todo lo anterior es que el 37.5% de los niños que viven en familia eligieron una silueta robusta como figura ideal (respuesta que no se dio en ninguna de las niñas).

La sociedad ha valorado a lo largo del tiempo la figura musculosa y robusta en el varón asociándola con características deseables (y necesarias en muchos casos) como: fuerza, virilidad, protección y cuidado hacia la familia, entre otras. Esto se confirma en los estudios realizados por Raich (2000) en donde afirma que los hombres suelen desear pesar más no porque desean estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular y saben que ésta pesa, el modelo estético masculino es mucho más saludable que el femenino y en su definición entra el poseer una buena musculatura. Otro estudio que corrobora lo anterior es el realizado por Bruchon - Schweitzer (1992) en donde se encontró que las siluetas masculinas consideradas como las más atractivas por ambos sexos son musculosas.

Como sabemos la familia es el contexto del desarrollo social, los padres son modelo de comportamiento adecuado e inadecuado, esto se apoya con lo dicho por Papalia (1992), quien menciona que de los padres se aprenden conceptos, reglas sociales, valores, expectativas, modelos y contradicciones de la sociedad aunque en forma filtrada y modificada.

Por lo tanto, si el padre es un modelo a seguir y tiene como prototipo una figura robusta, muy probablemente (independientemente de los medios de comunicación y de los cambios actuales) esta figura será asimilada, conservada y deseada por los niños ya que es por transmisión intergeneracional que la asumen como el modelo a seguir.

Sin embargo, en los niños institucionalizados encontramos que se muestran insatisfechos con su peso puesto que realizaron un seguimiento de dieta restrictiva (50%), presentando una tendencia distinta a la de los niños que viven en familia y a la vez similar a los grupos de niñas. Creemos que esto es debido por un lado a la ausencia de una figura paterna real ya que de acuerdo con Casado, Díaz y Martínez (1997), los niños institucionalizados presentan baja autoestima y según Sherman y Thompson (1999) este es un rasgo muy importante que contribuye a mantener más que cualquier otro a los trastornos de la conducta alimentaria; por otro lado creemos que la tendencia presentada por estos niños es debido a los medios de comunicación.

Una razón que podría dar cuenta de lo anterior es que debido a las condiciones de internamiento en las que se encuentran existe un escaso dominio del medio en el que se desenvuelven y por lo tanto una de las maneras de ejercer control es la de controlar su propio peso.

Cabe señalar que en la actualidad el prototipo masculino a seguir está cambiando, es cada vez más similar al estándar de belleza casi anoréxico que se presenta en las mujeres, aunque el mensaje de nuestra cultura acerca de la esbeltez está dirigido principalmente a ellas, cada vez se orienta más hacia los varones. Como resultado, hay muchos varones que ahora se someten a dieta. El valorar los cuerpos extremadamente delgados es un estándar cada vez más compartido por hombres y mujeres. Al igual que muchas mujeres, algunos hombres en realidad están compitiendo con otros en un esfuerzo por estar más delgados; si continúan estas tendencias en el futuro veremos más varones con trastornos de la alimentación.

Pensamos que dicha tendencia se debe a los medios de comunicación ya que como menciona Delval citado en Jiménez y Rodríguez (1997), la televisión es un medio muy poderoso para transmitir reglas, valores y estereotipos junto con una determinada imagen de la realidad generalmente cargada desde el punto de vista ideológico. Es decir, presenta una realidad seleccionada en la que los personajes actúan siguiendo ciertas reglas que se ofrecen como deseables o imitables.

En los niños que viven con sus padres, la familia es un factor protector mientras que los niños institucionalizados carecen de este por lo que los medios de comunicación ocupan un papel principal en la transmisión de valores y estereotipos, esto es apoyado por Jiménez y Rodríguez (1997), quienes señalan que la socialización del individuo inicia en la familia, la cual le proporciona herramientas para conducirse eficazmente en situaciones sociales - condición de la que carecen los niños institucionalizados -. Debido a esto, poco a poco los medios de comunicación masiva se han convertido en el medio principal a través del cual los niños ven al mundo y forman sus opiniones.

Varias de las características de niños institucionalizados como de varones anoréxicos son similares en el aspecto emocional, por lo que creemos que la ausencia de la figura paterna

en los niños que viven en institución se convierte en factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Es interesante notar que de acuerdo a las investigaciones de Gómez (1996), la principal característica de la anorexia en el varón es que el padre, tiende a mantenerse alejado del hijo desde la infancia, evitando tocarlo o besarlo. Esta distancia hace que el niño lo interprete como un rechazo y dude de sí mismo; muestran una historia de desamor y desencuentro afectivo.

Nieves (1998) menciona que los niños institucionalizados carecen de fuertes lazos afectivos, por lo cual se ligan afectivamente de manera superficial, el sentimiento de abandono acusa en ellos una falta de amor por lo que lo necesitan de sobremanera y tienen sed de afecto.

En ambos grupos de niñas encontramos que están insatisfechas con la figura que tenían en ese momento ya que la mayoría realizó seguimiento de dieta restrictiva (57.7% casa hogar y 76.2% que viven en familia), adicionalmente afirman que les preocupa demasiado (37.1% casa hogar y 32.3% que viven en familia) subir de peso y la mayoría eligió una figura delgada como la figura ideal. Uno de los hallazgos de mayor interés y que confirman los resultados previos afirma que las adolescentes se encuentran insatisfechas respecto a su peso, consideran que su cuerpo actual es demasiado pesado comparado con su cuerpo ideal, (Bruchon - Schweitzer 1992). Otro estudio realizado por Raich (2000) demuestra que una gran parte de las mujeres que están en un rango de peso saludable y normal experimentan insatisfacción con el.

Opinamos que los resultados anteriores se deben a la influencia de los medios de comunicación ya que como señalan Pearson, Turner y Todd – Mancillas (1993), desde la literatura infantil se marcan diferencias, se refieren a los niños en función de las actividades que llevan a cabo, mientras que a las niñas se les describe basándose en su aspecto o en la imagen que presentan ante los demás, es decir, los niños hacen mientras que las niñas son. Además de acuerdo con Alario y García (1997), los estereotipos de género se imponen desde los medios de comunicación, imágenes de arte, libros de texto, museos, revistas, TV y cine, dejando pocos espacios para que las y los adolescentes puedan eludirlos y escapar de ellos.

Consideramos que la insatisfacción con el peso corporal es debido al concepto que belleza que trasmiten los medios, lo cual se apoya en Sherman y Thompson (1999), quienes afirman que los que juegan un papel fundamental en el concepto de belleza —sobre todo en mujeres— son los medios de comunicación tanto visuales como impresos, se les bombardea con mensajes que dicen que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada. Adicionalmente influyen en la imagen que tiene los niños de sí mismos, aumenta el sentimiento de soledad y su capacidad para hacerle frente (Jiménez y Rodríguez, 1997)

Por otro lado, algo que nos llamó la atención, es que existe un aspecto similar en las niñas institucionalizadas y en las que desarrollan trastornos alimentarios. Pensamos que este es el rechazo emocional, el cual es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

De acuerdo con Stierlin y Weber (1990), las niñas que se convierten en jóvenes anoréxicas presentan una historia de rechazo encubierta por sobreprotección por parte de la madre, en donde el tipo de vínculo que existe casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia, en la cual la madre trata de dominar sus sentimientos y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amable y protectora. En las niñas institucionalizadas existe un evidente rechazo y abandono emocional de parte de los padres.

Si tomamos en cuenta que las niñas que viven en familia están presentando una tendencia a desarrollar trastornos alimentarios, inferimos que al igual que las niñas que se convierten en anoréxicas, las que viven en familia también sienten rechazo y tienen sentimientos de abandono emocional.

Pensamos que esto aunado a los medios de comunicación, es una posible explicación del porqué las niñas de ambos grupos presentan tendencias similares.

Como podemos observar, los medios de comunicación tienen una fuerte influencia en los adolescentes, determinando sus estándares de belleza y valores. Cabe señalar, que con esto no se pretende responsabilizar totalmente a los medios de comunicación como factor único en el origen de la problemática, ya que de acuerdo con Gómez Pérsmitré (2001), éstos son el resultado de la interacción de diversos factores, como condiciones sociales externas, variables individuales, comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia, clase social y variables psicosociales subjetivas.

Respecto a la influencia de los medios de comunicación Bustos (1995) propone poner en práctica programas de capacitación en recepción crítica de los medios de comunicación desde una perspectiva de género, específicamente de la televisión. Una primera etapa, sería dar información y sensibilizar a los diferentes grupos, acerca de la división de géneros que existe en la sociedad y cómo esto no sólo va en detrimento de hombre y mujeres, sino de la sociedad en su conjunto. Por otra parte los medios de comunicación representan un espacio en potencia que debe ser aprovechado para introducir cambios, de tal manera que sirva para sensibilizar a las diferentes audiencias, transmitiendo imágenes y contenidos orientados a transformar las relaciones entre géneros.

Por otro lado, la familia juega un papel importantísimo en la transmisión de las pautas de los medios comunicación al orientar a los niños y niñas de modo que les permitan hacer un juicio crítico de los mensajes que les envían los medios y así puedan ser más selectivos (Greenfield, 1984 y Jiménez y Rodríguez, 1997).

Desde una perspectiva de género, el formar audiencias críticas/activas acerca de la televisión, con respecto a los roles estereotipados de género que son transmitidos en los medios de comunicación, permitiría que fueran las propias mujeres y hombres como actores sociales, quienes demandaran activamente una reorientación y una reprogramación de la T.V., acorde con sus inquietudes, necesidades, concepciones y motivaciones. Esto es, actores sociales que pudieran participar en la toma de decisiones respecto a la producción y programación de la televisión. Se propone una educación para los medios de comunicación en donde se formen personas críticas y activas frente a los diversos procesos de comunicación en que está inmersa (Bustos, 1995).

El programa de Educación para la Recepción Activa de T.V., trabaja con el supuesto teórico de que los diferentes grupos sociales y culturales constituyen activamente el significado de los mensajes que reciben, de acuerdo con sus propias percepciones y valoración de la realidad (Bustos, 1995).

El papel de la comida no es solamente el nutricional, tiene una serie de implicaciones, sociales, afectivas y culturales por lo cual, al tener la comida una función social es que los medios de comunicación pueden y deberían ayudar a concientizar así como disminuir los efectos negativos y la consecuente enfermedad que en parte ellos generan (Speier, 1986)

La importancia de esta investigación fue relacionar temas que no han sido vinculados (bulimia, anorexia y maltrato infantil) y de los cuales no hay investigaciones previas. Gómez (1996), opina que la anorexia, la bulimia y Mendoza (1992) que el maltrato infantil son un problema manifiesto de salud pero de origen es un problema social.

## **PROPUESTAS**

Dejamos a futuras investigaciones la inclusión de la variable autoestima.

Indagar si los trastornos alimentarios están presentes en la población infantil mexicana.

Profundizar en el estudio de las experiencias familiares durante las comidas en la niñez.

Con base a la revisión teórica y a los resultados obtenidos, se sugiere estudiar una muestra probabilística para que los resultados obtenidos puedan ser generalizados a la población preadolescente institucionalizada.

Sería importante que en futuras investigaciones se incluyera como parte del marco teórico el enfoque de género, con la finalidad de estudiar qué tanto peso tienen los estereotipos de género en familias y en niños con relación a la satisfacción de la imagen corporal.

Proponemos que para futuras investigaciones se estudie la influencia de los medios de comunicación en los trastornos de la conducta alimentaria en esta población.

## REFERENCIAS

- Alario, T. Y García, C. (1997). **Persona, género y educación**. España: Amarú
- Alvarado, H. y Moreno, E. (2002). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV. Washington: APA.
- Arrubarrena, M., y Paul, J. (1994). **Maltrato a los niños en familia**. España: Pirámide.
- Behar, R. Y McColl, P. (1992). El síndrome anoréctico en el hombre: otra psicopatología contemporánea. *Revista chilena neuro – psiquiatría*, 30, 295 –299.
- Behar, R., Botero, J., Corsi, P. Y Muñoz, P. (1994). Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V región. *Revista chilena neuro – psiquiatría*, 32, 159 –165.
- Breckenridge, M. (1985). **Crecimiento y Desarrollo del Niño**. México: Interamericana.
- Bruchon – Schweitzer, (1992). **Psicología del cuerpo**. España: Herder.
- Burlingham, D., y Freud, A. (1967). **Niños sin familia**. España: Luis Miracle.
- Bustos, R., (1995). *Educación para formar audiencias críticas / activas respecto a estereotipos de género proyectados en televisión*. Expert Group Meeting on the Portrayal of Women and Men in the Media. Harvard University Cambridge, Massachusetts, USA. 16 – 20 October.

- Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). **La anorexia, la locura del cuerpo**. España: Biblioteca Nueva.
- Casado, F., Díaz, H., y Martínez, G. (1997). **Niños maltratados**. España: Díaz de Santos.
- Cejas, M., Díaz, M. y Hernández, G. (1994). Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño. *Psiquis*, 15 (9) pp. 22 –27
- Craig, S. (1997). **Desarrollo Psicológico**. México: Prentice Hall.
- Cravioto, J. y Arreta, R. (1982). **Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje**. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). **Trastornos de comer**. México: Biblioteca de Psicología.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). **Anorexia y Bulimia**. México: Gedisa.
- Derrick, B. y Jelliffe, M. (1974). **Nutrición infantil en países en desarrollo**. México: Limusa.
- Eslava, S. y Ruiz, C. (1998). Autoconcepto y concepto de familia en menores institucionalizados y de familia integrada. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Fau, R. (1980). **Grupos de niños y de adolescentes**. España: Planeta.
- Flores, M. (1998). Anorexia Nerviosa y el condicionamiento aversivo a los sabores. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gallardo, C. (1988). **Malos tratos a los niños**. España: Narcea.

- Gómez Peresmitré, G., Unikel, S., y Saucedo, M.(2001). La Psicología social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación, En Gómez Pérez Mitre y Callejo, B., N. (comp.). **La psicología social en México**. México: Fondo de Cultura Económico.
- Gómez Peresmitré, García, P. Acevedo, P. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes mexicanas. *Memorias del congreso : La psicología social en México, 8* , 660 – 667
- Gómez Peresmitré, Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S., y Unikel, S. (2000). Trastornos de la Alimentación: Factores de Riesgo Asociados con Imagen Corporal y con Conducta Alimentaria en Muestras de Género Masculino. *Revista Psicología Contemporánea, 7* (1), 4 –15.
- Gómez, P. (1996). **Anorexia Nerviosa**. España: Pirámide.
- Hernández – Guzmán, L.. y Sánchez – Sosa, J. (1991). Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología, 8* (1 – 2), 83 – 90.
- Hibert, G. y Hibert-Kuntzler, O. (1980). **El apetito de su hijo**. España: Planeta.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L., (1999). **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill
- Jiménez, R., Rodríguez, V. (1997) Algunas consideraciones acerca de la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la identidad, autoconcepto y autoestima del adolescente, Tesis de Licenciatura inédita, Facultad de Psicología, UNAM.
- Kempe, S., y Kempe, H. (1979). **Niños maltratados**. España: Morata.

- Leclercq, J. (1979). **La familia. Según el derecho natural.** España: Biblioteca Herder.
- Loredo, A. (1994). **Maltrato al menor.** México: McGraw – Hill.
- Mancilla, d., Mercado, G., Manríquez, R., Alvarez, R., López, A., y Roman, F. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista mexicana de psicología*, 16, (1), 37 – 46.
- Martínez, R., y Paul, O. (1993). **Maltrato y abandono en la infancia.** España: Martínez Roca.
- McLaven D. (1993). **La nutrición y sus trastornos.** México: Manual Moderno.
- Mendoza, R., (1992). La problemática infantil. Un conflicto sociopolítico. <http://www.azc.uam.mx/gestion/num7/art8.htm>
- Nava, M. (2002). Conducta alimentaria de riesgo y peso corporal en preadolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Nieves, P. (1998). **El niño institucionalizado.** México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud, (1992). **Trastornos Mentales y del Comportamiento.** CIE-10. España: OMS
- Papalia, D. (1990). **Psicología del desarrollo.** México: McGraw-Hill
- Papalia, D. (1992). **Desarrollo Humano.** México: McGraw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, O. (1998). **Psicología del desarrollo.** México: McGraw-Hill
- Papalia, D., Wendkos, O. (1999). **Psicología.** México: McGraw-Hill

- Pearson, C., Turner H., Todd – Mancillas (1993). **Comunicación y género**. España: Paidós.
- Peralta, E. y de la Parra, O. (1984). Estudio comparativo en el desarrollo intelectual y emocional entre un grupo de niños institucionalizados y un grupo de niños pertenecientes a una familia integrada. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Pick de Weiss, S y Vargas-Trujillo, E. (1994). **Yo, adolescente**. México: Grupo Editorial Planeta.
- Raich, R. (2000). **Imagen corporal**. España: Pirámide
- Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1989). **Las indomables**. Argentina: Nueva Visión.
- Roberta T. y Ron A.(1999). **Bulimia**. México: Trillas.
- Selvini, P., Cirillo, S. y Sorrentino, A. (1999). **Muchachas anoréxicas y bulímicas**. España: Paidós.
- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). **Bulimia**. México: Trillas.
- Simon, M. (1993). **Psicología de la salud**. España: Pirámide.
- Smeets, M., Smit, F., Panhuysen, M. e Ingleby, D. (1998). Body perception index: benefits, pitfalls. Ideas. *Journal of psychosomatic research*, 44, (3 – 4), 457 – 464.
- Soifer, R. (1979). **¿Para qué la familia?**. Argentina: Kapelusz.
- Speier, A. (1986). **Silvina. Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa**. Argentina: Nueva Visión.

- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). **¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?**. España: Gedisa.
- Toro, J. (1996). **El cuerpo como delito**. España: Ariel Ciencia.
- Toro, J. Y Vilardell, E. (1989). **Anorexia nerviosa**. España: Martínez Roca.
- Zubirán, A. (1984). **Imagen y obra escogida**. México: UNAM.
- Zukerfeld, R. (1992). **Acto Bulímico. Cuerpo y tercera tópica**. Argentina: Paidós.

# **ANEXO I**

FORMA XY

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y con la salud en general.

El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

1.- Tipo de Escuela a la que asistes Privada..... ( )  
Pública..... ( )

2.- Grado que cursas \_\_\_\_\_

3.- Edad que tienes (años cumplidos): \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto crees que mides? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto crees que pesas? \_\_\_\_\_

6. ¿En qué trabaja tu papá?

- Obrero ( )  
Empleado en una compañía ( )  
Empleado en el gobierno ( )  
Comerciante ( )  
Profesionista ( )  
Maestro ( )  
Otra cosa \_\_\_\_\_ ( )

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ( )  
Empleada doméstica ( )  
Empleada en el gobierno ( )  
Comerciante ( )  
Profesionista ( )  
Maestra ( )  
Otra cosa \_\_\_\_\_ ( )

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

- Eres hijo único ( )  
Eres el más chico ( )  
Ocupas un lugar intermedio ( )  
Eres el mayor ( )

9. ¿Has tenido emisiones nocturnas ?

- NO..... ( ) Pasa a la pregunta 11  
SI..... ( ) Pasa a la siguiente pregunta

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

ESTA PARTE NO LA  
CONTESTES

E. r. \_\_\_\_\_

P. r. \_\_\_\_\_

1.- Señala cuales de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses

- Como hasta que me duele el estómago ( )  
 He perdido el apetito ( )  
 Pierdo el control y como demasiado ( )  
 Me he sentido preocupado porque como muy poco ( )  
 Me he sentido preocupado porque como mucho ( )  
 Otro. Especifica \_\_\_\_\_ ( )  
 Ninguno ( )

2.- Marca con una X las comidas que haces al día en casa.

- Desayuno... ( )  
 Almuerzo.... ( )  
 Comida..... ( )  
 Cena..... ( )  
 Merienda... ( )

3.- Marca con una cruz (X) en la columna que corresponda, los alimentos que consumes durante el día.

	Hoy me desayuné DESAYUNO	Ayer comí COMIDA	Ayer cené CENA
Antojitos			
Tacos, sopes, etc.)			
Arroz			
Atole			
(masa, avena, maizena, etc.)			
Bolillo o bimbo			
Café			
Carne			
Cereales			
Chocolates			
Dulces			
Frijoles			
Frituras			
(papas, churritos, etc.)			
Fruita			
Galletas			
Habas			
Huevo			
Jamón			
Jugos de frutas			
Leche			
Lentejas			
Licuada de frutas			
Pan de dulce			
Papas			
Pastelitos			
Pescado			
Pollo			
Queso			
Refrescos			
Salchichas			
Sopa de pasta			
Tortillas			
Verduras			
Yogurt			

4. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:

- Mamá ( )  
Papá ( )  
Yo mismo ( )  
Tía(o) ( )  
Abuela(o) ( )  
Hermana (o) ( )  
Otro. ¿Quién? \_\_\_\_\_ ( )

5. Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

6. Como tan rápido que siento que la comida se me "atráganta".

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

7. Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

8. Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

9. Mis padres o tutores me presionan para comer

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

10. Mis padres o tutores me hacen sentir culpable por mi forma de comer

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

11. Acostumbro comer entre comidas ( entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda )

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

12. Como a escondidas de mis padres

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

13. Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

14. Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

15. Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

16. Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me serví.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

17. Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

18. Como rápido y mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

19. Según yo, como:

Demasiado.....	( )
mucho.....	( )
ni mucho , ni poco ( regular )..	( )
poco.....	( )
muy poco.....	( )

20. Según mis padres o tutores como:

Demasiado.....	( )
mucho.....	( )
ni mucho , ni poco ( regular )..	( )
poco.....	( )
muy poco.....	( )

21. A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

- les interesa demasiado..... ( )
- les interesa mucho..... ( )
- les interesa regular..... ( )
- les interesa poco..... ( )
- no les interesa..... ( )

22. A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ( )
- les interesa mucho..... ( )
- les interesa regular..... ( )
- les interesa poco..... ( )
- no les interesa..... ( )

23. Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ( )
- me preocupa mucho..... ( )
- me preocupa de manera regular..... ( )
- me preocupa poco..... ( )
- no me preocupa..... ( )

24. En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ( )
- Sí hice cambios en mi alimentación ( )

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ( )
- para mejorar mi salud..... ( )
- por orden del médico..... ( )
- para subir de peso..... ( )

por otra razón, explica para qué \_\_\_\_\_

25. En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ( )
- Abuelita(o)..... ( )
- Tía(o)..... ( )
- Hermana(o)..... ( )
- Amiga(o)..... ( )
- Doctor(a)..... ( )
- Nadie, lo decidí yo mismo ( )

26. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mamá		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papá		
Yo mismo		

27. En mi casa practican deporte:

Mamá..... ( )

Hermana(o)..... ( )

Tía(o)..... ( )

Abuelita(o)..... ( )

Papá..... ( )

Nadie..... ( )

Otra persona, quién \_\_\_\_\_ ( )

28. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

diario..... ( )

2 veces por semana..... ( )

3 veces por semana..... ( )

1 vez a la semana..... ( )

ocasionalmente..... ( )

No practico deportes..... ( )

29. Llegar a estar gordo:

me preocupa mucho..... ( )

me preocupa..... ( )

me preocupa de manera regular..... ( )

me preocupa poco..... ( )

no me preocupa..... ( )

1.. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A



B



C



D



E

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

F

(Si no hay una figura  
que te guste, dibújala)

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A  
( )



B  
( )



C  
( )



D  
( )



E  
( )



F  
( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

G  
( )  
(Si no hay una figura  
que te guste, dibújala)

1. marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. Creo que estoy:

- Muy gordo..... ( )  
 Gordo..... ( )  
 Ni gordo ni delgado ( )  
 Delgado..... ( )  
 Muy delgado..... ( )

3. Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gordo..... ( )  
 Gordo..... ( )  
 Ni gordo ni delgado ( )  
 Delgado..... ( )  
 Muy delgado..... ( )

4. Según yo, un niño atractivo es:

- Muy gordo..... ( )  
 Gordo..... ( )  
 Ni gordo ni delgado ( )  
 Delgado..... ( )  
 Muy delgado..... ( )

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gordo..... ( )  
 Gordo..... ( )  
 Ni gordo ni delgado ( )  
 Delgado..... ( )  
 Muy delgado..... ( )

6. Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente..... ( )  
 un poco más de lo que peso actualmente..... ( )  
 lo mismo que peso actualmente..... ( )  
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ( )  
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ( )

1. Mi mamá me habla con voz afectuosa y amigable
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
2. Mi mamá me ayuda cuando lo necesito
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
3. Mi mamá me deja que haga las cosas que me gusta hacer
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
4. Mi mamá es cariñosa
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
5. Mi mamá entiende mis problemas
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
6. Mi mamá me deja tomar mis propias decisiones
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
7. Mi mamá trata de controlar todo lo que hago
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
8. Mi mamá me sonríe
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
9. Mi mamá me consiente como si fuera un bebé
- |              |                |                       |                           |                |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca<br>( ) | A veces<br>( ) | Frecuentemente<br>( ) | Muy Frecuentemente<br>( ) | Siempre<br>( ) |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|

10. Mi mamá trata de hacerme bien

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

11. Mi mamá platica mucho conmigo

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

12. Mi mamá me hace sentir mal

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

13. Mi mamá es autoritaria

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

14. Mi mamá me deja salir siempre que quiero

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

15. Mi mamá se preocupa mucho por mí

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

16. Mi mamá me premia

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

17. Mi mamá me deja en libertad de vestirme como yo quiera

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

18. Mi mamá no me hace caso

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

19. Mi mamá me critica mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

20. Mi mamá se enoja fácilmente

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

21. Mi mamá me compara negativamente con otros niños de mi edad

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

22. Mi mamá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

1 Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 1 (nada) hasta el 5 (mucho), cuánto crees que tienes de cada uno.

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Carnoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Engañón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos pares de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Mis manos son:

Por ejemplo:				
A	B	C	D	E
Grandes	X			Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos un par de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son	grandes	contestarás la letra	A
Si piensas que son	pequeñas	marcarás la letra	E
Si opinas que son	algo grandes	elegirás la letra	B
Si crees que tus manos son	algo pequeñas	elegirás la letra	D
Si tus manos no son	ni grandes ni pequeñas	responderás en la letra	C.

1. Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

2. Mi cara es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

3. Mi espalda es

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

4. Mi tórax es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5. Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Rígidas	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

6. Mi trasero es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

7. Mi estómago es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

8. Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Rígidos	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

MI CUERPO SE PARECE MÁS A:



( A )



( B )



( C )



( D )



( E )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

*Mi cuerpo se parece más a:*



( A )



( B )



( C )



( D )



( E )



( F )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

G  
( )  
(Si no hay una figura  
que se te parezca, dibújala)

1. ¿ Cómo te llevas con..?

Tu papá	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tu mamá	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus amigos	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus maestros (as)	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus compañeros (as)	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>

2. Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)

- Ninguno ( )
- Uno o Dos ( )
- Tres o Cuatro
- Cinco o Seis ( )
- Más de Seis ( )

3. ¿ Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?

- No ( )
- Si ( )

1. Mi papá me habla con voz afectuosa y amigable

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

2. Mi papá me ayuda cuando lo necesito

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

3. Mi papá me deja que haga las cosas que me gusta hacer

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

4. Mi papá es cariñoso

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

5. Mi papá entiende mis problemas

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

6. Mi papá me deja tomar mis propias decisiones

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

7. Mi papá trata de controlar todo lo que hago

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

8. Mi papá me sonríe

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

9. Mi papá me consiente como si fuera un bebé

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

10. Mi papá trata de hacerme sentir bien

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

11. Mi papá platica mucho conmigo

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

12. Mi papá me hace sentir mal

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

13. Mi papá es autoritario

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

14. Mi papá me deja salir siempre que quiero

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

15. Mi papá se preocupa mucho por mí

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

16. Mi papá me premia

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

17. Mi papá me deja en libertad de vestirme como yo quiera

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

18. Mi papá no me hace caso

Nunca ( )	A veces ( )	Frecuentemente ( )	Muy Frecuentemente ( )	Siempre ( )
--------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------

19. Mi papá me critica mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

20. Mi papá se enoja fácilmente

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

21. Mi papá me compara negativamente con otros niños de mi edad

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

22. Mi papá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )