



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS,
AUTOIMAGEN Y RELACION CON LA MADRE EN NIÑOS/AS
PRE-ESCOLARES DE 5 Y 6 AÑOS DE EDAD.

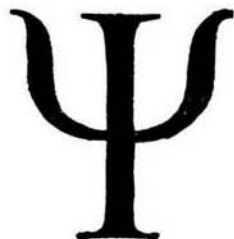
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

QUE PRESENTA:

MIRIAM IVETTE BADILLO TAMAYO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
REVISORA: MTRA. OLGA BUSTOS



MEXICO, D.F.



2004



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

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de ella y formarme como profesionista y persona.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por toda su enseñanza y apoyo para este proyecto.

A la Mtra. Olga Bustos, a la Mtra. María de la Luz Javiedes, a la Mtra. Lilia Joya y al Mtro. Jorge Pérez; por sus valiosas observaciones a este proyecto.

A la Lic. Silvia Platas, a la Lic. Gisela Pineda, a la Lic. Rosalía Rodríguez y al Lic. Rodrigo León; por su incuantificable ayuda, apoyo, enseñanza y amistad. Mil gracias.

A mi amiga Liliana por formar parte de este proyecto.

DEDICATORIAS

A mis padres María del Carmen y Armando, porque sabiendo que no existirá una forma de agradecer toda una vida de sacrificios y esfuerzos, quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue su apoyo. Gracias

A Irving, Badi, Fabi y Nelly por todo su apoyo, disponibilidad, dedicación y amor que me brindaron para poder seguir el camino y llegar a esta meta, mil gracias.

A mi tía Martha y a primo Rodolfo y a toda mi familia sin excepción alguna, pero muy en especial a mi abue Mina (+), que a través de su lucha diaria en la vida me enseñó que la fortaleza se lleva en el corazón y que a pesar de haber momentos difíciles se sigue hasta el final del camino.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1. DESARROLLO DEL NIÑO	
1.1 Desarrollo Físico del preescolar.....	5
1.1.1 Peso y Talla.....	6
1.2 Desarrollo Motor.....	7
1.2.1 Locomoción.....	10
1.3 Desarrollo Cognoscitivo del niño preescolar.....	10
1.3.1 Estadios del desarrollo.....	12
1.3.2 Lenguaje.....	14
1.4 Desarrollo Social.....	15
1.4.1 El Juego.....	17
1.4.2 Objetos Transicionales.....	19
1.4.3 Socialización.....	21
1.5 Teorías sobre el desarrollo.....	21
1.5.1 Psicodinamica.....	22
1.5.2 Aprendizaje.....	22
1.5.3 Cognoscitiva.....	23
1.5.4 Culturales.....	24
1.5.4 Biológicas.....	24
CAPITULO 2. FAMILIA Y RELACION MATERNA	
2.1 Conceptos.....	25
2.1.1 Familia.....	25
2.1.2 Relación Materna.....	26
2.2 Influencia de la familia en la niñez.....	27
2.3 Tipos de familias y estilos de crianza.....	29

2.4 Socialización.....	31
2.4.1 Socialización Alimentaria.....	32
2.5 Influencia materna en el desarrollo psicológico.....	33
2.5.1 Apego.....	34
2.5.2 Ansiedad a la separación.....	35
2.5.3 Patología en la madre.....	36
2.6 Principales autores que explican la Relación Materna.....	38

CAPITULO 3. IMAGEN CORPORAL

3.1 Conceptos.....	44
3.1.1 Imagen corporal.....	44
3.1.2 Autoestima.....	45
3.2 Esquema corporal en el niño.....	46
3.3 Autoestima y autoconcepto en el niño.....	47
3.3.1 Autoconcepto.....	48
3.4 La Imagen Corporal desde diferentes enfoques.....	49
3.4.1 Percepción de la Imagen Corporal.....	50
3.5 Factores de Riesgo.....	51
3.5.1 Satisfacción / Insatisfacción.....	53
3.5.2 Distorsión de la Imagen Corporal.....	55
3.5.3 Peso Corporal.....	56
3.5.4 Actitud hacia la obesidad.....	57
3.6 Investigaciones Realizadas en México.....	58

CAPITULO 4. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL NIÑO

4.1 Anorexia Nervosa.....	61
4.1.1 Concepto.....	61
4.2 Antecedentes Históricos.....	62
4.3 Criterios Diagnósticos.....	63
4.3.1 Subtipos.....	64
4.4 Anorexia en el niño.....	65

4.5 Bulimia Nervosa.....	67
4.5.1 Antecedentes Históricos.....	67
4.6 Criterios Diagnósticos.....	68
4.6.1 Subtipos.....	69
4.7 Incidencia y Causas atribuidas a los Trastornos Alimentarios.....	70
4.7.1 Anorexia.....	70
4.7.2 Bulimia.....	71
4.8 Diferentes Autores que Explican los Trastornos Alimentarios.....	72
4.9 Factores de Riesgo en la Conducta Alimentaria.....	75
CAPITULO 5. MÉTODOLOGIA.	
5.1 Objetivo.....	76
5.2 Tipo de Investigación y Diseño.....	76
5.3 Muestra.....	76
5.4 Definición Conceptual de las Variables.....	77
5.4.1 Variable Dependiente.....	77
5.4.2 Variable Independiente.....	77
5.7 Definición Operacional de las Variables.....	77
5.7.1 Variable Dependiente.....	77
5.7.2 Variable Independiente.....	78
5.8 Instrumentos.....	78
5.9 Procedimiento.....	79
CAPITULO 6. RESULTADOS.....	80
CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	95
REFERENCIAS	101
ANEXOS.....	109

RESUMEN

La presente investigación, forma parte de una investigación mayor*, y tiene como propósito determinar si existe relación entre la satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal y la actitud hacia la obesidad en las madres; así como la influencia que esta relación ejerce en los hijos. Se trabajó con una muestra aleatoria accidental $N=100$ que fue dividida en $n_1=50$ niños/as y $n_2= 50$ madres procedentes del jardín de niños del Distrito Federal. Se utilizó un instrumento para madres cuya aplicación fue de manera colectiva mientras que para los niños/as se empleó un instrumento de alimentación y salud el cual se aplicó de forma individual. El estudio es de carácter exploratorio; para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

*Proyecto PAPIT No. IN301501. Titulado: Desarrollo de Estrategias para la intervención en la Prevención de Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad como en muchas otras existen factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios y estos se ven muy marcados dentro de la publicidad que se maneja en la televisión, en donde se exhiben mujeres con figuras muy delgadas, las cuales son consideradas atractivas y exitosas mostrando aceptación por la misma sociedad. Sin embargo, es contrastante observar la mujer que en décadas pasadas era considerada bella, pues su figura era regordeta siendo está sinónimo de fertilidad y salud.

La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos. Así mismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Agregando la influencia que tienen el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, difiriendo según la edad, el género, y otras variables.

De aquí el interés por investigar no los trastornos de la alimentación propiamente dichos, sino los factores de riesgo que puedan conducir a ellos, y en especial aquellos que tiendan a presentarse a temprana edad, siendo está una población vulnerable; además cabe destacar que el problema de salud que presentan las y los jóvenes respecto a los trastornos alimentarios derivan de una dieta restrictiva en una etapa importante del desarrollo humano (pubertad).

En los últimos años se han realizado investigaciones en torno a los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, en México hay relativamente poca investigación en lo que respecta a la prevención de problemas de trastornos alimentarios en niños preescolares, ya que lo que se ha hecho, está dedicado a estudiar poblaciones de alto riesgo como son aquellas en las que el cuerpo sea el instrumento de trabajo (bailarinas, deportistas, modelos, etc), es por eso que considero importante realizar investigación en edades más tempranas, ya que está población es la más vulnerable a los estímulos del medio ambiente y de esta forma poder implementar prevención en estos problemas.

Alrededor de la alimentación se estructura el eje de interacción más precoz entre madre e hijo, eje que constituirá el núcleo de referencia de diversos estadios posteriores del desarrollo. La alimentación del bebe no se reduce exclusivamente a la extinción del hambre fisiológica, sino que representa el prototipo de las interacciones humanas (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

En la presente investigación se revisó en el primer capítulo el desarrollo del niño(a) desde sus diferentes enfoques: como son el físico, cognoscitivo y social; ya que considero de suma importancia tener las bases necesarias sobre el conocimiento del mismo, para poder así entender su crecimiento e interacción con el medio ambiente que le rodea. Por lo que en el siguiente capítulo (2), se muestra la influencia e importancia de la primera instancia socializadora: la familia, y la relación del niño con la madre; ya que siendo estos el primer contacto al momento de su nacimiento profesan o influyen en el desarrollo de su vida entera.

En el capítulo tres se estudia la imagen Corporal en el niño preescolar, así como los factores de riesgo que se pueden presentar de acuerdo a ciertas situaciones o actitudes que se tengan durante la vida. Posteriormente en el capítulo cuarto se muestran algunos de los trastornos alimentarios que se pueden presentar en el niño, así como sus antecedentes y criterios diagnósticos.

En la parte de investigación de campo que se llevó a cabo en las niñas y niños preescolares de este estudio, se presenta en el capítulo cinco la metodología para posteriormente poder obtener los resultados en el capítulo seis y por último poder llegar a las discutir las conclusiones a las que se llegaron.

CAPITULO 1.

DESARROLLO DEL NIÑO

El desarrollo psíquico, se inicia al nacer y concluye en la edad adulta, es comparable al crecimiento orgánico: consistiendo esencialmente en una marcha hacia el equilibrio. El desarrollo es, por lo tanto, en cierto modo una progresiva equilibración, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior (Piaget, 1964).

Los cambios psíquicos y físicos que tienen lugar a lo largo de la vida de una persona, ocurren en su estructura, pensamiento o comportamiento, debido a factores biológicos y ambientales, siendo éstos casi siempre progresivos y acumulativos; por lo que dan origen a un aumento del tamaño corporal, a una mayor complejidad de la actividad y a una integración creciente de la organización y función (García, 1997).

En la etapa de la infancia, el niño explora un mundo que empieza a descubrir paso a paso por medio de las acciones que él mismo crea, realiza, siente y percibe, por lo que, las mismas situaciones que él va ir experimentando, le servirán para ir aprendiendo a adaptarse al medio social; sin embargo, algunas capacidades infantiles son menos aparentes, hecho que lleva a los adultos a subestimar la habilidad del niño para percibir y responder a una gran variedad de sucesos de su vida diaria.

La niñez temprana o primera infancia es un periodo importante para el desarrollo de los papeles sociales, de personalidad y sexuales. Se considera que inicia aproximadamente a los dos años hasta que entra a la escuela. La infancia tardía o simplemente niñez es la etapa escolar (García, 1997).

Así mismo Gesell (1956) define como primera infancia el periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años. Los años subsiguientes, hasta el sexto año, se ha convenido en denominarlos años preescolares. Este periodo concluye con la irrupción molar a los 6 años. Después de la segunda dentición el niño ya está listo, por lo común, para la escuela primaria. Por otro lado, Lefrancois (2001) define a la niñez media, aproximadamente de los seis a los 12 años.

DESARROLLO FISICO DEL PREESCOLAR

El desarrollo físico durante la infancia y la niñez parece tan ordenado y legítimo como el desarrollo del óvulo fecundado hasta convertirse en el bebé. El entorno de riqueza o pobreza también influyen en el alcance que éste llegue a tener y en la velocidad con la que se produzca. El desarrollo físico es resultado de interacciones dinámicas y causalidad recíproca entre los genes y la experiencia (Hoffman, Scott y Hall, 1993).

Lefrancois (2001) clasifica las siguientes características que el niño de cinco años comienza a realizar:

- Adquirir un buen control del cuerpo
- Arrojar y atrapar una pelota, trepa, salta y brinca con buena coordinación
- Coordina sus movimientos con la música
- Se pone los pantalones gruesos y las botas y se ata los zapatos
- Anda a saltos
- Salta la cuerda, camina en línea recta
- Anda en bicicleta de dos ruedas
- Patina en ruedas
- Dobla papel
- Reproduce el alfabeto y los números
- Dibuja (p.189).

De acuerdo con Craig (1997) algunas características del desarrollo físico del niño de 5 a 6 años de edad son:

- Aumento estable en peso y estatura
- Aumento estable de la fuerza en niños y niñas
- Creciente conciencia de la ubicación y acciones de las partes del cuerpo
- Mayor utilización de las partes corporales
- Mejoras en las habilidades motoras gruesas
- Actividad por separado de las habilidades motoras (p.336).

De acuerdo con Bayley, 1956; Cattell, 1940; Gesell, 1925 y Griffiths, 1954, (citado en Hoffman et al, 1993) la secuencia, así como la aparición de varias habilidades, es muy previsible. Por lo que se crean normas para poder tener un panorama del desarrollo del infante, las cuales no son definitivas, por ejemplo, el tiempo normal para la aparición de los primeros pasos es muy amplio, ya que puede oscilar desde una edad temprana como es los 8 meses, hasta una edad tardía, como 20 meses. Según Hoffman, Scott y Hall (1993) un niño que posee una complexión grande y fuerte es fácil que crezca rápidamente, pero uno pequeño y con músculos delgados suele desarrollarse con más lentitud, sin embargo, las normas

no ofrecen un criterio adecuado para medir el crecimiento individual, ya que describen las edades aproximadas en las que reflejan la media de las tendencias del crecimiento.

De acuerdo con Piaget (1964) la forma final de equilibrio que alcanza el crecimiento orgánico es más estática que aquella hacia la cual tiende el desarrollo mental, siendo también más inestable; de tal manera que, en cuanto ha concluido la evolución ascendente, comienza automáticamente una evolución regresiva que conduce a la vejez. De acuerdo con Gesell (1956), el niño de seis años está ahora sufriendo cambios en su crecimiento, comparables en su medida y en la erupción de los molares; surgen nuevas propensiones, nuevos impulsos, nuevos sentimientos, nuevas acciones.

PESO Y TALLA

Durante los tres primeros años las niñas/os crecen más rápidamente de lo que lo harán en cualquier otra época de la vida. A partir de los tres años el crecimiento físico se hace más lento, aunque es más rápido de lo que será desde los seis hasta los doce años (Papalia y Wendkos, 1988).

Aun se producirán cambios, pero desde los seis años hasta la adolescencia, el desarrollo sigue un curso más tranquilo, ya que durante la adolescencia vuelve a hacerse más turbulento y avanza a pasos gigantescos y desiguales como en la primera infancia. Algunas niñas/os están más aventajados que otros (Harris et al, 1969).

De acuerdo a Lefrancois (2001) las niñas suelen ser algo más bajas y delgadas que los niños; desde el nacimiento hasta el final del periodo preescolar, los índices de crecimiento de unas y otros son casi idénticos. Esta proporción cambia en la niñez media. La niña promedio es dos centímetros más baja a los seis años, para los 11 ha alcanzado y sobrepasado al niño promedio, y a los 12 es todavía ligeramente más alta. En cuanto al peso, las niñas son casi un kilogramo más ligeras a los seis años y no alcanzan a los niños hasta los 11; esto es debido a que las niñas retienen un porcentaje mayor de grasa corporal que los niños, mientras que en éstos es más rápido el crecimiento muscular.

Las normas difieren entre las niñas y los niños y esa diferencia comienza antes del nacimiento, de acuerdo con Hoffman et al. (1993) en los primeros meses los niños crecen más rápido que las niñas, pero desde los 7 meses hasta los 4 años, las niñas sobrepasan a los niños. A partir de esa edad crecen al unísono hasta la pubertad.

Por otro lado, cabe señalar que durante la infancia (entre los dos y los seis años) el niño aumenta de seis a ocho centímetros y unos dos kilogramos por año. Al comparar un niño de dos años con uno de seis los preescolares no sólo aumentan

en promedio otros 30 centímetros y 9 kilogramos, sino que también hay notables diferencias en los ritmos de cambio de las diversas partes del cuerpo, que hacen que la apariencia del niño de seis años sea muy distinta y más adulta que la del niño de dos. Durante el segundo año comienzan a desaparecer las gruesas capas de grasa que confieren al niño de un año su aspecto de bebé y siguen disminuyendo paulatinamente (Lefrancois, 2001).

La apariencia rechoncha de los infantes se explica por el hecho de que su cintura es tan grande como la cadera o el pecho. Los niños de seis años empiezan a tener una cintura más estrecha que los hombros y la cadera, lo que se hace mucho más evidente al comienzo de la adolescencia. De los dos a los seis años la cabeza cambia de aproximadamente un quinto a un octavo del tamaño total del cuerpo, por los cambios en la distribución de la grasa y el espacio con que ahora cuenta el niño para los órganos internos, el niño de seis años es bastante parecido a los adultos (Lefrancois, 2001).

También se encuentra que el niño pasa varias fases de gordura, siendo la primera de ellas al comienzo del cuarto año de edad (Craig, 1997).

DESARROLLO MOTOR

Aparentemente, un recién nacido sólo duerme, llora, come y defeca, nos despierta una gran ternura y parece un ser con pocas habilidades. Sin embargo, antes de los ocho días puede reconocer el olor y la voz de la madre. A los dos o tres meses tiene percepción de profundidad comprobada con un cálculo de distancia impreciso, pero aproximado. A los seis meses, su percepción es muy semejante a la de los adultos (Gracia, 1997).

Clark y Phillips (1985; citado en Hoffman et al, 1993) mencionan que el crecimiento se da de una manera notable en el niño y ayuda para que tenga destrezas motoras, que van notándose por medio de sus habilidades como por ejemplo: el saltar, correr y lanzar.

El desarrollo motor empieza con conductas reflejas; el niño aprende rápidamente a moverse hacia lo que desea y en sentido contrario a lo que no le gusta. Su desarrollo motor es cefalocaudal, proximodistal y de movimientos gruesos a finos. Esto quiere decir que empieza el control en la cabeza y más tarde se desarrollan sus piernas así como que va del centro de las extremidades controlando movimientos primero gruesos y después finos (García, 1997):

- En el primer cuarto del primer año, el niño adquiere control sobre los doce pequeños músculos que rigen el movimiento de los ojos.

- En el segundo cuarto (16-28 semanas), adquiere control sobre los músculos que sostienen la cabeza y dan movimiento a los brazos, además tiende la mano en busca de objetos.
- En el tercer cuarto (28-40 semanas), adquiere el control sobre manos y tronco y es capaz de sentarse así como de tomar y pasar los objetos de una mano a la otra.
- En el último cuarto (40-52 semanas), extiende su dominio a las piernas y los pies, y a su dedo índice y pulgar; hurguea y arranca objetos, así como poder pararse erguido.
- A los dos años, camina y corre; articula palabras y frases; posee control sobre sus esfínteres anal y urinario, además de adquirir un sentido rudimentario de identidad y de posesión personal.
- A los tres años, se expresa con oraciones, usando las palabras como instrumento del pensamiento; demuestra una positiva propensión a comprender el medio que lo rodea y a ajustarse a los requerimientos culturales. Ya no puede decirse de él que "no es más que un bebé".
- A los cuatro años, formula infinidad de preguntas, percibe analogías y manifiesta una activa tendencia a conceptualizar y generalizar. En la rutina hogareña es casi totalmente independiente.
- A los cinco, ya ha alcanzado la madurez de su control motor. Salta y brinca, habla sin articulación infantil. Puede narrar, incluso, un largo cuento. Prefiere el juego con compañeros, y siente un orgullo social por sus prendas personales y éxitos. Es un pequeño ciudadano, conforme y seguro de sí mismo, en su mundo limitado (p. 172, 173).

El crecimiento psicológico alcanzado en los cinco primeros años de vida es prodigioso. Tanto por sus alcances como por su velocidad, las transformaciones operadas durante los años preescolares exceden a las de cualquier otro lustro (Gesell, 1956).

Papalia (1992) menciona, lo que el niño hace desde su nacimiento hasta los primeros años de vida, de alguna forma, le sirve para tener bases no solo de aspectos físicos sino también para los procesos cognoscitivos, sociales y emocionales.

El orden del nacimiento puede afectar al nivel del desarrollo motor incluso depende de los siguientes factores como: la nutrición, el entrenamiento, el estimular al niño para que realice esas actividades y las oportunidades para moverse libremente (Delval, 1994).

En el plazo de un año, el bebé que apenas podía darse la vuelta aprende a sentarse, gatear y manipular objetos e incluso empieza a caminar. Estas habilidades dependen en bastante medida de la maduración, pero tampoco puede descuidarse la influencia del medio (Hoffman, 1993).

La fuerza y el control muscular de los niños aumentan considerablemente entre los seis y los 12 años. Al comienzo de este periodo su control de los músculos largos es bastante mejor que el de los músculos pequeños (Lefrancois, 2001).

Las habilidades motoras se vuelven cada vez más distintivas y específicas, el bebé que da grandes golpes con toda la mano a un objeto que le atrae se convierte en un niño que coge delicadamente un objeto con la punta de sus dedos. El establecer la estabilidad del cuerpo, es esencial para dominar todas las otras habilidades motoras como son el estar de pie, caminar, manipular objetos o investigar el mundo adecuadamente (Hoffman et al, 1993).

Según Delval (1994) el desarrollo motor tiene la siguiente secuencia desde los primeros 15 meses:

0 meses	Postura fetal
1 mes	Menton levantado
2 meses	Pecho levantado
3 meses	Coger objetos
4 meses	Sentarse con ayuda
5 meses	Sentarse en el regazo y sostener objetos
6 meses	Estar sentado en silla alta y coger objetos que cuelgan
7 meses	Sentarse solo
8 meses	Estar de pie con ayuda
9 meses	Estar de pie sujetándose
10 meses	Gatear
11 meses	Andar con ayuda
12 meses	Ponerse de pie agarrándose
13 meses	Trepar por las escaleras
14 meses	Estar de pie solo
15 meses	Andar solo.

Fuente: Delval (1994; p. 170)

Estas capacidades dependen en bastante medida de la maduración pero tampoco puede descuidarse la influencia del medio.

El niño de cinco años posee equilibrio y control, está bien orientado respecto a sí mismo, se para con los pies juntos, los ojos y la cabeza se mueven casi simultáneamente al dirigir la mirada hacia algún objeto. La actividad motriz gruesa está bien desarrollada. Aunque quizá camine con los pies inclinados, puede hacerlo en línea recta, descender una escalera alterando los pies y saltar sobre un solo pie, alternadamente (Delval, 1994).

Los seis años representan una edad muy activa, el niño está en actividad casi constante ya sea de pie o sentado. Parece hallarse equilibrando conscientemente su propio cuerpo en el espacio, encara sus actividades con mayor abandono y al mismo tiempo, con mayor deliberación y quizá tropiece y caiga en sus esfuerzos por dominar una actividad. Le encanta la actividad y le desagradan las interrupciones. Así mismo trae consigo cambios fundamentales, somáticos y psicológicos; es una edad de transición. El niño de seis demuestra que no es sólo un niño de cinco, mejor y más grande, es diferente, porque es un niño que cambia; estos cambios se manifiestan en nuevos y a veces sorprendentes rasgos psicológicos; rasgos que comienzan a hacer su aparición a los cinco años y medio (Gesell, 1956).

LOCOMOCION

Aprender a caminar es el logro más significativo del infante, con consecuencias sociales y cognitivas sumamente importantes. Los infantes que caminan pueden aproximarse a la persona de su apego por lo que la autolocomoción facilita el proceso de familiarizarse con el mundo. Así al comenzar la niñez continúa el progreso de su desarrollo motor: su locomoción se vuelve más segura conforme pierden la postura característica de pies separados del infante de 18 a 2 años y medio. Ya no necesitan una postura tan abierta para conservar el equilibrio ni tienen que andar siempre con los brazos extendidos como si caminaran sobre una barra (Lefrancois, 2001).

La locomoción o habilidad de mover sus cuerpos a través del entorno es otra de las bases de las habilidades motoras, gatear caminar y correr dependen de la coordinación satisfactoria de las articulaciones y músculos en patrones de acción. Una tercera base de las habilidades motoras es la manipulación de los miembros, la habilidad de alcanzar algo, agarrarlo e investigarlo con los dedos (Hoffman, 1993).

DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO PREESCOLAR

El desarrollo mental es una construcción continua, comparable al levantamiento de un gran edificio que, a cada elemento que se le añade, se hace más sólido. Para Piaget (1964) las funciones superiores de la Inteligencia tienden hacia un "equilibrio móvil" de modo que no es similar a el crecimiento físico, ya que mientras más móvil más estable y el final del crecimiento no marca en modo alguno el comienzo de la decadencia.

Existe una relación muy estrecha entre las escalas de desarrollo motor y otros aspectos del desarrollo. Aprender a gatear en la infancia y por fin a caminar, es importante para el surgimiento de las nociones de profundidad; la adquisición de

diversas destrezas motrices en el periodo preescolar, parece estar muy relacionado con la creciente inteligencia del niño (Lefrancois, 2001).

Piaget (1941) concibe el desarrollo intelectual como un proceso continuo de organización y reorganización de estructuras, de modo que cada nueva organización integra en sí misma a la anterior. La inteligencia, es una creación continua de formas, que se prolongan unas a otras, pero esa continuidad hay que buscarla en el aspecto funcional y no en el aspecto estructural o de los contenidos del conocimiento. Vigotsky (citados en Delval, 1994) dice que las estructuras de la inteligencia están moldeadas por el medio social, es decir, por cuáles son los factores que determinan el desarrollo psicológico más que por como se produce éste.

Bruner (1984, citado en Delval, 1994) establece un paralelismo entre el desarrollo del niño, que es posible por el apoyo que le suministran sus padres, los adultos y compañeros más expertos y una vida colectiva más rica y compleja, ayudando a alcanzar niveles de pensamiento más altos. Así mismo Vigotsky menciona que el individuo y la sociedad se están determinando mutuamente, ya que las relaciones sociales son lo que los individuos pueden ser y éstos se desarrollan dentro de las estructuras sociales. Vigotsky dice que las estructuras de la inteligencia están moldeadas por el medio social, es decir, por cuáles son los factores que determinan el desarrollo psicológico más que por como se produce éste.

A los cinco años, el niño ya tiene consolidada la propia identidad, se han establecido ya las bases del carácter y la personalidad. La vida del infante se hallaba dominada en gran medida por la fantasía, o inclusive muchos de los juegos del niño de cuatro años eran de representación. A los cinco aún esta descubriendo y tratando de conocer a ciencia cierta las diferencias entre la realidad y la fantasía; en general, su comprensión del mundo exterior se amplía. Su mayor sentido de la realidad le permite tolerar más fácilmente cierta cuota de frustración; ha aprendido que, en el mundo exterior, no puede hacer que las cosas se le presenten tan pronto él las desea. Puede entender mejor cómo una cosa determina la aparición de otra, y tiene una gran capacidad para recordar personas y lugares, y para comprender que muchas cosas son permanentes y no desaparecen (Harris et al, 1969).

Piaget (citado en Papalia et al, 1988) supone la existencia de una capacidad, continuamente en crecimiento, para la adquisición de conocimientos, capacidad que se desarrolla en una secuencia ordenada.

Piaget (1964) menciona que para mantener un equilibrio es preciso oponer desde el principio las estructuras variables, las que definen las formas o estados sucesivos de equilibrio, y un determinado funcionamiento constante que el que asegura el paso de cualquier estado al nivel siguiente.

A lo largo del periodo preescolar, los niños aprenden con rapidez y conviene considerar este primer año escolar como una etapa de transición y tener presente

que, cualquiera que sea su historia previa, todos los niños necesitarán que se les prepare para hacer frente a los rigores del aprendizaje en la escuela y a la disciplina más severa (Harris et al, 1969).

En el pensamiento ocurre lo que con toda la conducta en general: en lugar de adaptarse inmediatamente a las realidades nuevas que descubre y que construye poco a poco, el sujeto tiene que comenzar con una incorporación laboriosa de los datos a su yo y a su actividad, y esta asimilación egocéntrica caracteriza los inicios del pensamiento del niño, así como los de su socialización. De los dos a los siete años, se dan todas las transformaciones entre dos formas de pensamiento. La primera forma es por incorporación o asimilación, cuyo egocentrismo excluye por consiguiente toda objetividad. La segunda es la del pensamiento que se adapta a lo demás y a la realidad, preparando así el pensamiento lógico, por lo que la segunda etapa va imponiéndose poco a poco a la primera (Piaget, 1964).

ESTADIOS DEL DESARROLLO

De acuerdo a Piaget (1964) el niño pequeño razona sólo acerca de los estados o configuraciones estáticas y desprecia las transformaciones como tales: para alcanzarlas, hay que razonar mediante "operaciones" reversibles y estas no se construyen sino poco a poco, por una regulación progresiva de las compensaciones que intervienen.

La inteligencia del infante es de carácter sensoriomotor: comprende sensaciones y percepciones inmediatas. La inteligencia del preescolar es más conceptual, más simbólica, es preoperacional. Piaget (citado en Lefrancois, 2001) divide el periodo preoperacional de los dos a más o menos los siete años en dos subperiodos: el primero, que va de los dos a los cuatro años, se denomina preconceptual; el segundo, de los cuatro a los siete, intuitivo:

Preoperacional	2 a 7 años	Pensamiento egocéntrico
Preconceptual	2 a 4 años	Razón dominada por la percepción
Intuitiva	4 a 7 años	Pensamiento animista Soluciones más intuitivas que lógicas Incomprensión de la conservación

Fuente: Lefrancois (2001; p.192)

Los niños en edad preescolar se encuentran ubicados en lo que Piaget (citado en Papalia et al, 1988) llamó periodo preoperatorio, y que abarca de los dos a los siete años de edad. Los infantes realizan un salto cualitativo hacia delante gracias a su nueva habilidad para usar símbolos como las palabras para representar personas, lugares y objetos. Durante este período pueden pensar en objetos que

no tienen delante, imitar acciones que no ven, aprender números y usar el lenguaje —el sistema de símbolos— de un modo ya sofisticado. Empiezan a entender que un objeto continúa siendo el mismo, aunque su forma cambie y pueden comprender la relación entre dos sucesos. Sin embargo hay limitaciones importantes en el pensamiento, ya que los niños generalmente no logran tener en cuenta todos los aspectos de una situación y se centra en un único aspecto, ignorando otros de igual importancia. Además son todavía egocéntricos, es decir, tienen dificultades para considerar el punto de vista de otra persona.

En esta etapa también tiene un importante avance en el desarrollo del lenguaje, ya que pasan de decir una que otra frase simple y aislada a decir frases verdaderamente complejas (Craig, 1997). Hacia el final del segundo año, y especialmente con la llegada del lenguaje, los infantes pueden representar mentalmente sus acciones y prever las consecuencias antes de actuar (Lefrancois, 2001).

El niño comienza a esta edad a exagerar mucho lo que relata, aún propias experiencias o a describir como vividos por él mismo sucesos que solo conocía de oídas. De ningún modo se les debe considerar, ni llamar mentiras, mucho menos imponer fuertes castigos por ellas, porque el niño no lo hace en forma premeditada ni intencional, sino que esto es parte de su desarrollo y lo que él representa, lo toma como recuerdo de algo que ha vivido de verdad (Craig, 1997).

En el período de las Operaciones Concretas que abarca de los 7 a los 11 años de edad, en donde los niños realizan de nuevo un salto cualitativo al abandonar su egocentrismo y empezar a entender y usar nuevos conceptos. Pueden clasificar las cosas en categorías, trabajar con números, tener en cuenta todos los aspectos de una situación y entender la reversibilidad; son más capaces de ponerse en el lugar de otro, lo cual reviste suma importancia para su capacidad para entender a otras personas y realizar juicios morales. El concepto de conservación, muestra la diferencia entre el período preoperatorio y el de operaciones concretas, ya que aquí el niño cuenta con la habilidad para reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales, aunque la materia sea organizada de otra manera sin añadir ni quitar nada (Papalia et al, 1988).

ETAPA	EDAD	PENSAMIENTO
PREOPERACIONAL	2 A 5-7 AÑOS	Rígido y estático Irreversible Enfocado en el aquí y ahora Centrado en una dimensión Egocéntrico Centrado en la evidencia perceptual Intuitivo
OPERACIONAL	5-7 A 12 AÑOS	FLEXIBLE Reversible, no limita al aquí y ahora Multidimensional

CONCRETO		Menos egocéntrico Se destaca por el uso de inferencias lógicas Notable por la búsqueda de relaciones causales
----------	--	---

Fuente: Papalia y Wendkos, (1988; p.170)

Los niños adquieren los conceptos de conservación al comienzo de este periodo, y dado que estos conceptos son manifestaciones de pensamiento operacional, se le denomina precisamente así. Una operación es un pensamiento que se caracteriza por reglas lógicas. Es concreto, porque el pensamiento de los niños se ocupa de objetos reales o de aquellos que pueden imaginar fácilmente. Así mismo los niños en esta etapa están ligados al mundo real; aún no tienen la libertad que confiere la lógica más avanzada de la etapa de las operaciones formales: una libertad para contemplar lo hipotético o para comparar lo ideal con lo real (Lefrancois, 2001).

LENGUAJE

De acuerdo con Flores (UNIFE, 1996) el desarrollo del lenguaje no es innato (aunque su disposición a desarrollarlo si lo sea) y depende en gran medida de la interacción que existe entre el niño y su entorno.

Con la aparición del lenguaje, las conductas resultan tan profundamente modificadas, tanto en su aspecto afectivo como en su aspecto intelectual. El resultado más claro de la aparición del lenguaje es que permite un intercambio y una comunicación continua entre los individuos (Piaget, 1964).

En general, la mayoría de los niños comienzan a hablar entre el año y medio y los dos años, a medida que el período sensoriomotor del desarrollo se acerca a su final. El niño aprende a comunicarse y a expresarse mucho antes de entender los signos simbólicos socializados. Este periodo de pre-lenguaje comienza en el nacimiento con el llanto, siendo esta una de las respuestas reflejas del recién nacido; este llanto pronto se modifica para expresar necesidades diferentes (Pulaski, 1978).

De acuerdo a Piaget e Inhelder (1969) el lenguaje comienza, tras una fase de balbuceo espontáneo (común a los niños de todas las culturas, de los seis a los diez-once meses) y una fase de diferenciación de fonemas por imitación (desde los once a los doce meses). Desde el fin del segundo año se señalan frases de dos palabras; luego, pequeñas frases completas sin conjugaciones ni declaraciones y después una adquisición progresiva de estructuras gramaticales

El lenguaje es necesariamente interindividual y está constituido por un sistema de signos (significantes "arbitrarios" o convencionales). Pero al lado del lenguaje, el niño pequeño, que está menos socializado que después de los 7-8 años y sobre

todo que el propio adulto, necesita de otro sistema de significantes, más individuales y más "motivados": los símbolos; cuyas formas se presentan en el niño pequeño. Se encuentran en el juego simbólico o juego de imaginación. Ahora bien, el juego simbólico aparece aproximadamente al mismo tiempo que el lenguaje, pero independientemente de éste y desempeñando un papel considerable en el pensamiento de los niños, como una fuente de representaciones individuales (Piaget, 1964).

La inteligencia senso-motora procede por acciones sucesivas y progresivamente, el pensamiento consigue, gracias sobre todo al lenguaje, representaciones de conjunto simultáneas, por lo que, el lenguaje permite al pensamiento referirse a extensiones espacio-temporales mucho más amplias y liberarse de lo inmediato, Piaget e Inhelder (1969) asegura que el lenguaje está al servicio del pensamiento. El resultado más claro de la aparición del lenguaje es que permite un intercambio y una comunicación continua entre los individuos. Con la palabra, en cambio, se comparte la vida interior como tal y, además, se construye conscientemente en la misma medida en que comienza a poder comunicarse (Piaget, 1964).

Ni la imitación, ni el juego, ni el dibujo, ni la imagen, ni el lenguaje, ni siquiera la memoria no se desarrollan ni se organizan sin la ayuda constante de la estructuración propia de la inteligencia (Piaget e Inhelder, 1969).

Un lenguaje compartido es lo que rescata al niño del egocentrismo y la magia; y hace predecible su mundo (Pulaski, 1978).

DESARROLLO SOCIAL

Dentro del reino animal, el hombre es uno de los organismos socializados por lo que gran parte de su desarrollo puede atribuirse a interacciones con los estímulos físicos y orgánicos, que comprenden su medio y su sociedad. Anastasi (1958) menciona que hoy día muchos psicólogos aceptan que tanto los factores hereditarios como los ambientales afectan la conducta como un todo. El organismo reacciona como producto de sus genes y de su medio pasado, mientras el ambiente presente proporciona la estimulación inmediata para la conducta actual.

Vigotsky menciona que el individuo y la sociedad se están determinando mutuamente, las relaciones sociales son lo que los individuos pueden ser y éstos se desarrollan dentro de las estructuras sociales. Bruner (citado en Delval, 1994) establece un paralelismo entre el desarrollo del niño que es posible por el apoyo que le suministran sus padres, los adultos y compañeros más expertos y una vida colectiva más rica y compleja ayudando a alcanzar niveles de pensamiento más altos.

Durante el desarrollo de los primeros períodos de crecimiento, los niños dependen sobre todo de la familia, estableciendo sus relaciones sociales casi siempre con los miembros de su familia o con personas con las cuales mantiene trato diario; solo de un modo esporádico elige a otros niños como compañeros de juego, esta situación cambia y vemos que conforme va creciendo el niño se interesa más por relaciones con personas extrañas. También es en esta etapa cuando se da la tipificación sexual, así mismo se da la separación de los padres, sin que esto les cause angustia, en esta etapa tienen también ciertos temores infantiles siendo los padres en ocasiones quienes fomentan estos temores por la sobreprotección que les brindan o en ocasiones son por imitación de los temores de sus padres (Craig, 1997).

Para algunos autores el conocimiento social es producto de la influencia de la sociedad. El sujeto, a lo largo del desarrollo, va socializándose, es decir, interiorizando las actitudes, valores y conductas que se consideran apropiadas en una sociedad. Dentro del aprendizaje social, describe la adquisición de conductas y conocimientos sociales a través de un proceso de observación, imitación y modelado, en donde las conductas consideradas valiosas son reforzadas o el sujeto descubre las consecuencias positivas de sus acciones. Vigotsky (citado en Delval, 1994) sostenía que el desarrollo individual y los procesos sociales están íntimamente ligados y se desarrollan conjuntamente. Toda función psicológica aparece dos veces, primero a nivel social, entre personas y luego a nivel individual, en el interior del propio niño, por lo que todas las funciones se originan como relaciones entre seres humanos.

Una vez que surge la sonrisa social a las seis semanas, este comportamiento es el reforzador más poderoso de la conducta de cuidado, lo que estimula su repetición. A pesar de que los niños muestran algunas respuestas preferenciales hacia ciertos individuos sobre otros, en general hacia los primeros seis meses de vida son criaturas altamente sociables, que disfrutan de las sonrisas y mimos de cualquier persona (Berryman, 1994).

A medida que los niños crecen, sus relaciones significativas se amplían más allá del importante apego hacia los padres. En los dos primeros años de vida, el desarrollo rudimentario de la personalidad aparece por primera vez desarrollándose a raíz del proceso de socialización, en la que el niño asimila las actitudes, valores y costumbres de la sociedad. Los padres contribuyen a este proceso interactivo a través de sus roles de proporcionar amor y cuidados, de la figura de identificación, y de ser agentes activos de socialización. Pero todos los bebés y niños pequeños no son igualmente sociables, ven a las otras personas según varios grados de expectativas positivas, confianza y calor. Sus experiencias juegan un papel importante en el modo en que se acercan a los demás (Hoffman et al, 1993).

El desarrollo motor se relaciona no sólo con el desenvolvimiento intelectual del niño sino también con el social. Por ejemplo, un juego infantil en particular con sus

pares, con frecuencia es influido por las destrezas motrices, ya que se requieren diversas aptitudes para los diferentes juegos. No es probable que las niñas mayores inviten a brincar la cuerda a la niña que aún no puede saltar con ambos pies; en cambio, el niño precoz en el desarrollo físico y motor será el primer invitado a participar en los juegos (Lefrancois, 2001).

EL JUEGO

El desarrollo físico y motor tienen una influencia notable en el desarrollo social del niño: los juegos son un medio importante de socialización (Lefrancois, 2001).

El juego está profundamente arraigado en el periodo sensoriomotor; en sus primeras etapas, el juego resulta difícil de distinguir de la conducta adaptativa ordinaria. Puesto que toda actividad consiste en repetir una y otra vez los esquemas recién organizados hasta lograr su dominio (Pulaski, 1978).

De acuerdo con Garvey (1985) el juego en el niño, se produce con mayor frecuencia en un periodo en el que se va ampliando dramáticamente el conocimiento acerca de sí mismo, del mundo físico y social, así como los sistemas de comunicación. En el juego, el niño descarga la energía física, se prepara para los deberes de la vida, obtienen placer al lograr una meta difícil y consiguen alivio a las frustraciones de la vida. Se muestran agresivos en una forma aceptable para la sociedad y van desarrollando su capacidad de entenderse con las demás personas de un grupo. Dan rienda suelta a su imaginación, aprenden características particulares de sus culturas y desarrollan las destrezas necesarias para la vida. Además, en los juegos los niños aprenden el comportamiento adecuado para el sexo (roles).

El juego hace uso de un desarrollo que se ha producido en el niño mismo. El espíritu de equipo es estimulado por el valor que le conceden los adultos, pero no es posible imponerlo a un niño que no tiene aún una idea madura de sí mismo como persona. Si al niño se le hace participar en los juegos de equipo antes de que esté preparado, no podrá extraer de ellos este tipo de satisfacción. Esto genera resentimientos recíprocos y el resultado es habitualmente una situación desgraciada (Osborne, 1982).

Piaget (citado en Pulaski, 1978) señala que cuando un bebé está aprendiendo una nueva conducta, a menudo muestra una expresión muy seria e intensa y se concentra en su meta con gran interés, una vez que controla dicha conducta puede repetirla muchas veces con (gozo creciente). Esta actividad descansada y feliz por la diversión que le produce, constituye para Piaget la característica diferencial del juego, en contraste con el "trabajo" infantil de acomodación a la realidad objetiva.

Antes de los tres años los niños casi nunca juegan juntos, al menos en el sentido de cooperar mutuamente. Pueden jugar uno al lado del otro y notar ocasionalmente la presencia del compañero. En el jardín de infantes el juego sigue siendo en gran medida de carácter individual, aunque en esta etapa son más los momentos en que dos o más niños, jugando uno al lado del otro, comprueban que es útil compartir durante un breve período el contenido de sus actividades. Más tarde, pueden reunirse durante lapsos más prolongados, para construir algo juntos o tomar parte en un juego de representación, aunque los intercambios entre los grupos pueden ser muy fugaces. Solo bajo el control de un adulto, pueden los niños de cuatro años desarrollar algún tipo de juego colectivo organizado, en los que las reglas son muy simples (Osborne, 1982).

A los cinco años, los juegos se hacen mucho más importantes y jugar con otro niño se convierte en algo mucho más común, hasta que a la edad de seis años, los juegos grupales se producen en este campo. El juego alcanza una especie de pico entre los diez y los doce años y luego tiende a disminuir en la adolescencia. Durante el sexto año podemos observar una tendencia en el juego espontáneo de los niños. El aspecto más notable es un incremento del juego con otros niños y de aquellos juegos que incluyen algún tipo de reglas (Osborne, 1982).

Jean Piaget (1964) ha dividido al juego en tres tipos:

El juego sensomotor, ocupa el período de la infancia comprendido hasta el segundo año de vida, cuando el niño está adquiriendo afanosamente el control sobre sus movimientos y aprende a coordinar sus gestos y sus percepciones con los efectos de los mismos.

El juego simbólico o representativo constituye el segundo tipo y predomina tras la edad de dos años, hasta aproximadamente la de seis, en este período el niño adquiere la capacidad para codificar sus experiencias en símbolos. El tercer tipo está representado por los juegos sujetos a reglas y se inicia con los años escolares. El niño ha comenzado a comprender ciertos conceptos sociales de cooperación y competición; así como de trabajar y pensar más objetivamente (Osborne, 1982).

Durante el segundo año Piaget (citado en Pulaski, 1978) describe el surgimiento del verdadero juego de "simular" o juego simbólico en el que un objeto se transforma en símbolo de algo que tal vez lo evoca de manera muy remota. Entre los 2 y los cuatro años el juego simbólico se encuentra en su apogeo; en estos juegos, el niño produce sus propias acciones sólo por diversión y a veces para lucirse frente a otras personas. Pronto aprenderá a reproducir el aspecto o acciones de las demás personas o a hacer que sus juguetes reproduzcan las suyas.

En los juegos con reglas cuanto más pequeño sea el niño, más flexibles serán las reglas y más tenderán a cambiar a medida que avanza el juego. A los niños de 5 años les gusta adoptar los juegos de un grupo de niños mayores, pero probablemente cambiarán tanto las reglas que sus hermanos los acusarán de hacer trampa. Para los niños que hasta hace poco tiempo atrás apenas admitían a otros en sus juegos, es un importante logro poder participar en algunos juegos competitivos sencillos, que se desarrollan en pequeños grupos de tres o cuatro. Sin embargo, para poder participar en los juegos y respetar las reglas, el niño debe ser capaz de aceptar –al menos momentáneamente– que los deseos del grupo, considerado como un todo, sean los que tengan la última palabra respecto de lo que él hace. Durante los años de la infancia, el niño se ha ido discriminando como un individuo separado de los demás, ha ido descubriendo su propia identidad. Ahora, cuando ya ha alcanzado ese logro puede arriesgarse a sumergirse en el grupo sin temor a perder su identidad (Osborne, 1982).

En la actualidad el jugar el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de la realidad interna. Muestra su capacidad de fantasear y la despliega adueñándose de un fragmento privilegiado de la realidad externa. El juego cumple una función esencial en el manejo de la agresión y la destructividad, cuando estas son procesadas y pueden ser expresadas de manera simbólica: el objeto puede ser dañado o destruido y luego reparado, ensuciado y vuelto a limpiar, matando y revivido. Ayuda a integrar los sentimientos ambivalentes, en vez de mantener la disociación en objetos buenos y malos (Abadi, 1996).

Hay un tipo especial de juego que implica realizar mediante la simulación algo que está prohibido en la realidad. Piaget (citado en Pulaski, 1978) lo llama Juego compensatorio, ya que se representa a través de roles; por lo que considera que a los niños les ayuda a comprender experiencias extrañas o temibles.

Al paso del tiempo los actos de los niños y sus percepciones se van haciendo cada vez menos auto-referidos. Aprende a actuar junto con los demás y en intercambio con ellos, aparte de su familia. Va pasando gradualmente de ser un solitario, en el juego y las tareas, a una cooperación y un trabajo en equipo (Garvey, 1985).

Cuanto más juegue el niño con elementos que sugieran muchos usos, más estimulado se sentirá para pensar alternativas. Paso a paso su pensamiento rígido y concreto se vuelve flexible y creativo. La originalidad y flexibilidad de pensamiento que engendran, enriquecerá el desarrollo de intereses intelectuales para el resto de su vida (Pulaski, 1978).

OBJETOS TRANSICIONALES

Los bebés entran en interacción social con sus iguales hacia finales del primer año, las experiencias tempranas con compañeros parecen acelerar el desarrollo

de la sociabilidad. La habilidad para desarrollar y mantener amistades está relacionada con la competencia social, y las diferencias individuales en esta última tienden a extenderse a lo largo de los primeros años. Durante el primer año los bebés son cada vez más capaces de hacer frente a los pequeños problemas y de darse cuenta de que los cuidadores pueden calmar su desasosiego. Muchos niños pequeños utilizan objetos transicionales para calmar sus penas. A medida que se desvanece su necesidad de establecer contacto físico, los pequeños empiezan a desarrollar la autonomía (Hoffman et al, 1993).

Winnicott (citado en Abadi, 1996) crea el término "objeto transicional" para definir el uso de ciertos objetos en el área intermedia entre lo subjetivo y lo objetivo. Su significado se ubica dinámicamente entre las satisfacciones autoeróticas y las relaciones objetuales, el niño ha encontrado o elegido, entre los objetos que lo rodean, algún objeto blando (un osito, una mantita), cosas que permiten al niño esperar sin desesperar el regreso de la madre, que adquieren importancia vital cuando se va a dormir o cuando se aleja de la casa, que lo protege si está triste, se siente mal o extraña. El vínculo con estos objetos suele prolongarse durante la primera infancia, generando una importante dependencia; los padres reconocen y aceptan el valor del objeto, y lo trasladan junto con el bebé, o se lo ofrecen para calmarlo cuando llora o está inquieto. No se lava ni se reemplaza por otro similar, ya que el desgaste, el olor característico, las roturas o deformaciones son parte de la identidad del objeto y del reconocimiento que el bebé hace de él.

Hacia el final del primer año, el niño ha adquirido por lo general un objeto de transición al que se ha unido mucho y hacia el que vuelve cuando desea consolarse. Este fenómeno puede ocurrir cuando el pequeño está en cama o después de cualquier tensión, como cuando hay una separación. A menudo cuando el niño se aferra a su objeto transicional y se lo pone cerca de la nariz, mejilla o boca, también se introduce el dedo en la nariz o la boca, representando un paso a medio camino entre la adhesión así mismo (dedo pulgar) y la adhesión con el mundo exterior (la madre) (Lewis, 1973).

Si en algún momento aparece una privación importante o alguna situación traumática, podrá intentar recuperar la relación con el objeto recientemente abandonado. Sin embargo, su recuerdo no se reprime, sino que el objeto pierde significación. La aparición del objeto transicional se relaciona con los ritmos y tiempos del vínculo madre-bebé y tiene un sentido propio; si el tiempo de alejamiento de la madre ha sido intolerable para el bebé, sucede que la brecha resulta demasiado amplia para que pueda cubrirla con sus propios recursos (Abadi, 1996).

Cuando se emplea el simbolismo el lactante está distinguiendo con claridad entre la fantasía y los hechos, entre los objetos internos y los objetos externos, entre la creatividad primaria y la percepción. Pero el término de objeto transicional da espacio al proceso de hacerse hábil para aceptar las diferencias y las semejanzas (Lewis, 1973).

La transicionalidad no es un fenómeno evolutivo o propio de una etapa, sino un modo de funcionamiento psíquico que luego es trasladado a otras experiencias. Estos objetos ayudan a desarrollar la capacidad de espera, a tolerar la frustración y a re-unirse, en la fantasía, con la madre que no está. El objeto que la re-presenta mantiene el vínculo con la madre ausente (Abadi,1996). Papalia y Wendkos (1998) mencionan que los objetos de transición ayudan al pequeño a pasar la etapa de transición de ser un bebé dependiente a un niño independiente.

Lewis (1973) menciona que ningún ser humano esta libre del esfuerzo de relacionar las realidades internas y externas, y que el alivio de este esfuerzo se logra con una zona intermedia de experiencia que no crea problemas (arte, religión, etc).

SOCIALIZACION

En la familia nacen las personas y es en ella donde se tienen la primera escuela, las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en la primera e insustituible escuela de socialización, especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas de hábitos del comer (Papalia, 1990).

Schaffer (1989) plantea que durante su desarrollo, el niño lleva a cabo un proceso de socialización por medio de interacciones, mediante la existencia de díadas. Se establece entonces, un proceso de diferenciación en el tipo de interacciones del pequeño con cada una de las personas que lo rodean; cada una de las cuales contribuirá de un modo especial a su normal desarrollo físico y psicológico.

En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana, representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaría puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo 2001).

TEORIAS SOBRE EL DESARROLLO

Las diferentes teorías contienen supuestos implícitos o explícitos acerca de como se produce el desarrollo, su naturaleza y sus causas, que factores lo favorecen o lo dificultan, cuál es la importancia relativa de los factores biológicos y ambientales y cuales son los aspectos del desarrollo que tiene más importancia estudiar y con que métodos (Delval, 1994).

A continuación se mencionan las Teorías Psicológicas más significativas que tienen que ver con el desarrollo siendo posiblemente las que más influencia histórica han tenido.

TEORIAS PSICODINAMICAS:

Las teorías psicodinámicas explican el desarrollo a raíz de las condiciones entre el individuo y las exigencias de la sociedad.

La **TEORIA PSICOANALITICA** trata de elaborar un modelo del funcionamiento psicológico consciente, pero sostiene que los principales determinantes de la conducta son inconscientes y se interesa principalmente por estudiar la motivación que origina la actividad, que es atribuida a una energía interna del organismo que puede canalizarse de distintas maneras. El niño pasa por una serie de estudios relacionados con la forma en que se establece la satisfacción de sus necesidades (Delval, 1994).

De acuerdo con la **TEORÍA PSICOSEXUAL DE FREUD**, el desarrollo atraviesa cinco etapas, cada una caracterizada por un conflicto concreto. Si una etapa anterior no ha sido superada satisfactoriamente, el individuo tiene una fijación. La libido es la base de la motivación. Dentro de cada persona, el inconsciente (el ello), están atemperadas por el yo (que guía la conducta realista), y el super yo (conciencia moral) (Hoffman et al, 1993).

En la **TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON**, las fases del desarrollo son ocho, cada una de ellas se caracteriza por un conflicto entre las necesidades internas y las demandas sociales. El fracaso en la resolución de los conflictos en una de ellas, puede desembocar en un desorden psicológico (Hoffman et al, 1993).

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE:

La **POSICIÓN CONDUCTISTA** centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta, en lo que el organismo hace. Se preocupa sobre todo por estudiar cómo a partir de las conductas con que nace el sujeto, que serían reflejos incondicionados, se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento. En ello consiste el aprendizaje, que es el proceso por el que se forman conductas nuevas. Los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales y a partir de conductas muy simples, se constituyen conductas cada vez más complejas por asociación entre ellas. Esos mecanismos son también en niños y adultos; y lo que se entiende por desarrollo puede reducirse a un proceso de incremento cuantitativo de conductas que cada vez se hacen más complejas. Por lo tanto, no puede decirse que hay estadios en el desarrollo (Delval, 1994).

Las teorías del aprendizaje consideran que el entorno es la principal fuerza en el desarrollo. Las **TEORÍAS DEL CONDICIONAMIENTO** explican el desarrollo según dos formas de aprendizaje: condicionamiento clásico y condicionamiento operante. En el condicionamiento clásico, los reflejos incondicionales se asocian a los estímulos neutros; durante el proceso durante el proceso se transforman en reflejos condicionados. En el condicionamiento operante, la asociación se produce entre algún acontecimiento y la conducta del individuo. Las acciones son reforzadas por sus consecuencias; las acciones que no son reforzadas llegan a la extinción. El castigo debilita la tendencia a repetir un comportamiento (Hoffman et al, 1993).

La **TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL** amplía las teorías conductistas al concederle a la imitación un papel fundamental en el desarrollo de la conducta. En la teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura (citado en Hoffman et al, 1993) la conducta, las fuerza internas y las influencias ambientales están en interacción influenciando el comportamiento, y la cognición juega un papel clave en determinar la conducta.

TEORIAS COGNOSCITIVAS:

La **PSICOLOGÍA COGNOSCITIVAS** surge como una reacción contra el conductismo, trata de estudiar los procesos internos que tienen lugar en el sujeto. Este es considerado como un procesador o elaborador de información y construye representaciones internas del mundo y de su propia conducta, en lo que coincide con la posición de Piaget. Muchos de los procesos que describe son asociativos, con lo cual se aproxima al conductismo (Delval, 1994).

La **TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO DE JEAN PIAGET** también se divide en etapas en las que la mente sufre una serie de determinadas reorganizaciones evolutivas. Este desarrollo conduce al niño a lo largo de cuatro fases cognitivas: sensoriomotora, preoperacional, operacional concreta y operacional formal. Piaget (citado en Hoffman et al, 1993) dio a su enfoque el nombre de epistemología genética, creía que el niño era constructivista cuyo conocimiento proviene de la acción. La comprensión depende de los esquemas al principio de los modelos de acción, luego de las operaciones mentales) con las que el niño asimila y acomoda nuevo conocimiento. El desarrollo sigue el principio de equilibrio, buscando siempre la estabilidad entre los esquemas internos y el mundo exterior.

La **TEORIA DE PIAGET** ha tratado de explicar específicamente el proceso de desarrollo, referido principalmente a la formación de conocimientos. Piaget (citado en Delval, 1994) considera que desde el principio las conductas son complejas, pero también considera que las formas complejas se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo. El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de distintas estructuras.

TEORIAS CULTURALES:

En las **TEORÍAS CULTURALES – CONTEXTUALES**, el desarrollo está muy influenciado por el contexto en que tiene lugar. Según la teoría socio-histórica de Vygotsky, el conocimiento es social, lo crea la sociedad y lo transmite al individuo, que asimila los procesos y prácticas que le ofrecen los demás. Los cambios históricos y sociales influyen en gran manera en el desarrollo (Hoffman et al, 1993).

La **POSICIÓN DE VIGOTSKI** se interesa principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, manteniendo que el desarrollo del individuo es indisoluble de la sociedad en la que vive, la cual le transmite formas de conducta y de organización del conocimiento que el sujeto tiene que interiorizar (Delval, 1994).

TEORIAS BIOLÓGICAS:

Las **TEORÍAS BIOLÓGICAS** se inclinan hacia el aspecto de la naturaleza–ambiente, aunque reconocen las interacciones necesarias que han de tener lugar entre la persona y el entorno. Todas las teorías biológicas están fuertemente influenciadas por las ideas de Charles Darwin, las cuales condujeron a muchos psicólogos del desarrollo a contemplar la conducta desde una perspectiva evolucionista (Hoffman et al, 1993).

Los psicólogos que proponen las **TEORÍAS DE LA MADURACIÓN** consideran que el desarrollo está dirigido desde dentro, desplegándose según un horario biológico. Gesell (citado en Hoffman et al, 1993) creía que las habilidades aparecían cuando los niños alcanzaban el estado de madurez apropiado. Creía que el desarrollo pasaba por una serie de etapas, con períodos lineales y de comportamiento coordinado, encajados entre períodos de transición de comportamiento inestable. No importa cuántas oportunidades se le den al niño para aprender una habilidad, hasta que los músculos, nervios, cerebro y huesos no estén preparados, todo intento de enseñarle será inútil.

La **PSICOLOGÍA DE LA GESTALT** defiende que para conocer el sujeto se sirve de estructuras que tienen una base física, y que se imponen por sus cualidades internas. Las estructuras son totalidades complejas y para los gestaltistas las unidades simples no son el punto de partida sino el producto de la descomposición de unidades complejas (Delval, 1994).

CAPITULO 2

FAMILIA Y RELACION MATERNA

La supervivencia del niño depende de los cuidados que otros le prodiguen. En nuestra sociedad incumben a la familia, bajo la responsabilidad de los padres (Symonds, 1965).

La familia es la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras instituciones, que conforme a la creciente complejidad cultural, estas las ha hecho necesarias (Horton y Hunt, 1988).

La sociedad depende de la integración de los núcleos familiares, pero creo que es importante recordar que esos núcleos dependen, a su vez de la integración que tienen lugar en el crecimiento de cada uno de sus miembros. En una sociedad sana en la que puede florecer la democracia, es necesario que cierta proporción de los individuos hayan alcanzado una integración satisfactoria en el desarrollo de su propia personalidad. Cada niño, mediante el crecimiento emocional sano y el desarrollo de su personalidad en forma satisfactoria, promueve la familia y la atmósfera familiar (Winnicott, 1995).

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 fusiones de reproducción entre dos de ellos (Flugel, 1972).

CONCEPTO

FAMILIA

Berk (1999) define a la familia humana es su forma más común como un compromiso para toda la vida entre un hombre y una mujer que alimentan, dan cobijo y cuidan a los hijos hasta que alcanzan la madurez.

Sin embargo, no es fácil definir el término familia; ya que diversos autores pueden dar una descripción diferente de la institución familiar; Horton y Hunt, (1988) consideran que la familia es un sistema de normas y procedimientos; pudiendo ser así mismo un grupo de personas con ancestros comunes; un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio; una pareja casada, con o sin hijos; una pareja no casada con hijos, una persona con hijos. Una definición sociológica de la familia puede ser la siguiente: una agrupación por parentesco que se encarga de la crianza de los niños y de satisfacer algunas necesidades humanas.

Se puede concebir la familia como una especie de sistema de cambio, en el cual existe un continuo flujo de valores intercambiables e intercambiados. En donde las actividades emocionales de cada miembro, así como sus acciones revelan no solo las necesidades del individuo sino también la manera como tal persona trata de obtener las cosas o emociones que el está dispuesto a dar a cambio, o de las cuales carecerá sino obtiene la gratificación buscada, la manera como está dispuesto a responder a las necesidades de los otros, etc. (Cobos, 1972; citado en Alvarado y Moreno, 2000).

Díaz de León, Malacara y Jiménez (1992) describen a la familia como un microsistema social, en él se involucran la comunicación, división de roles y transacción, que tienen impacto sobre las costumbres alimentarias del niño y del adolescente.

La familia es un sistema humano intermedio que constituye un puente entre el microsistema (el individuo) y el microsistema (la sociedad). La familia surge como un grupo primario, con la adscripción natural indispensable para la subsistencia física del nuevo ser humano que nace en su seno y para la satisfacción inicial de sus necesidades más específicamente humanas y el subsecuente desarrollo de sus potencialidades (Flugel, 1972).

RELACION MATERNA

No es fácil definir el término de relación materna; sin embargo diferentes autores dan un término general de acuerdo a su experiencia y su conocimiento, a continuación se menciona algunas definiciones:

La relación materna se define como la seguridad del lazo entre la madre e hijos, las respuestas de aquella y sus efectos en el niño (Porot, 1977).

Schaffer (1979) define a la relación madre-hijo de la siguiente manera "significa que aquello que la otra persona es y hace asume una enorme importancia, la madre se identifica con su hijo, le considera como parte de sí misma y experimenta como propios, tanto sus alegrías como sus sufrimientos; se alegra de lo que su hijo consigue, porque es como si lo hubiese logrado ella, siente vergüenza y enojo cuando piensa que falla en algo. Existe así una estrecha imbricación emocional entre madre e hijo".

En la madre hay algo que la hace particularmente apta para proteger al niño durante esta etapa de vulnerabilidad y que le permite contribuir positivamente a las necesidades del bebé. La madre se adapta profundamente a las necesidades del niño y luego gradualmente se desadapta, a medida que el bebé pueda comenzar a disfrutar de las experiencias nuevas e inesperadas (Winnicott, 1995).

Klaus y Kennell (1982; citado en Berryman, 1994) describieron el vínculo que rápidamente aparece entre madre e hijo justo después del nacimiento, el cual no solo dice poseer efectos de larga duración en las relaciones entre padres e hijos

sino que afecta el desarrollo posterior del niño. Así mismo afirmaron que el contacto inicial entre madre e hijo era crucial para esta relación. Antes de los seis meses, la separación de quien provee cuidados provoca sólo un trastorno temporal; el niño puede ser consolado por otros. Después de este tiempo es más difícil aliviar la angustia de separación; de hecho, el consuelo de desconocidos puede causar aún más angustia.

Según Rhone (Eyer, 1995) la vinculación madre-hijo es una relación que evoluciona a partir del primer movimiento fetal, por el que la madre se "enamora" de su bebé. La vinculación es un proceso frágil y prolongado; mientras ocurre, puede verse alterado y hasta interrumpido y puede pasar semanas, meses y hasta años para que la unión se solidifique.

El vínculo particular entre progenitores e hijo crea entre ellos una relación que difiere de las otras relaciones humanas. El niño comienza su vida como parte de la madre y ella lo trata como si fuera una extensión de su propia persona (Ortiz, Abad, y López, 1986).

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA NIÑEZ

La forma en que organizamos nuestras familias demuestra prácticamente como es nuestra cultura; sin embargo, cada individuo necesita recorrer el largo camino que va desde estar fusionado con la madre hasta convertirse en una persona distinta, relacionada con la madre; y con la madre y el padre como pareja, constituyendo estos los principales factores estructurales. La familia tiene su propio crecimiento y el niño pequeño experimenta los cambios inherentes a la expansión gradual de la familia y las dificultades que ello acarrea (Winnicott, 1995).

La familia evoca en cada uno de nosotros un conjunto infinito de imágenes, símbolos y representaciones que nos hablan por medio de los sentidos, incluyendo el tacto, el gusto, las imágenes visuales, los movimientos y los sonidos asociados a nuestras experiencias familiares (Flugel, 1972).

A consecuencia de las necesidades que tiene el niño de una constante asistencia durante todo el largo período de su infancia, las relaciones padres-hijo son sumamente estrechas e íntimas. Pero se dan amplias variaciones en el tipo de atenciones, alimento, protección y ejercicio que los padres suministran a su hijos; variaciones que repercuten profundamente en la seguridad emocional del niño y en la futura dirección de su personalidad en desarrollo (Symonds, 1965).

Winnicott (1995) menciona que la familia esta compuesta por niños individuales, cada uno de los cuales es no solo genéticamente distinto de los otros sino también muy sensible, en lo relativo a su crecimiento emocional, al hecho de responder o no a la fantasía de los padres, que enriquece y elabora recíprocamente la relación física que ellos tienen invariablemente; lo más importante es la tranquilidad que el bebé humano vivo aporta en razón de ser un hecho, un hecho real y como ya dije

provisoriamente capaz de neutralizar las fantasías y eliminar la perspectiva de catástrofes.

Según Winnicott los padres tienen sentimientos y actitudes muy distintas con respecto a cada uno de sus hijos, lo cual obedece, en gran medida, a la relación que existía entre los padres en el momento de la concepción, durante el embarazo de la madre, en el momento del parto y posteriormente.

En la familia las figuras paterna y materna, adquieren una importancia capital para los hijos ya que algunas características de ambos padres, son asimiladas por los niños, de acuerdo a la cantidad y calidad de la comunicación que le brindan a sus retoños y esto influirá en las actitudes de los hijos para toda su vida. Las actitudes tienen su origen en la práctica social, debido a la interacción de las personas en los diferentes grupos humanos, tales como: la familia, la escuela o el trabajo (Torres, 1993).

Se ha comprobado que la calidad del cuidado materno y paterno que recibe un niño en sus primeros años de vida es de suma importancia para su futura salud mental (Bowlby, 1953; citado en Rivas, 2000).

Por su parte Winnicott, (1995) menciona que los hijos necesitan algo más de sus padres aparte de su amor; necesitan algo que persista aún en los momentos en que sus padres se enojan con ellos, y también cuando su conducta justifica ese enfado. Así mismo la familia se considera el elemento diario que va estructurando al niño, y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se dé origen. Ya que la familia es el primer y más activo agente socializante que establece y moldea la personalidad y el comportamiento presente y futuro de los individuos (Ayala, Echeverría, Mata y Quiroga, 1990).

Los padres a menudo pueden satisfacer las expectativas de sus hijos, de una manera o en una medida que es mejor que la que experimentaron en su relación con sus propios padres. La fortaleza de la familia radica según Winnicott (1995) en el hecho de ser un punto de reunión entre algo que es fruto de la relación del padre y de la madre y al que deriva de los factores innatos inherentes al crecimiento emocional de cada hijo, factores que he refundido bajo el encabezamiento de tendencia a la integración.

La variación en los puntos de vista y reacciones del niño frente a la vida familiar es consecuencia natural de las experiencias familiares como tales. Cada miembro de la familia debe inevitablemente cumplir una función única en la vida del hogar. De esta forma, a medida que se asumen y practican estas funciones familiares comienzan a estructurarse las personalidades (Symonds, 1965).

La moral de un niño con respecto a su familia, en buena parte, constituye una cuestión individual que depende de su personal reacción ante la circunstancia familiar y del carácter de las relaciones que han ido desarrollándose entre ese determinado niño, sus padres y otros miembros de la familia (Symonds, 1965).

TIPOS DE FAMILIAS Y ESTILOS DE CRIANZA

La existencia de una familia y el mantenimiento de una atmósfera familiar son el producto de la relación entre los padres dentro del marco social en que viven. Las aportaciones que los padres hacen a la familia que están construyendo es algo que estará condicionado, en gran medida, por su relación general con el círculo más amplio que los rodea y su marco social inmediato (Winnicott, 1995).

Engels, 1946 (citado en Horton y Hunt, 1988) menciona que existen diferentes tipos de familias como lo son: La familia nuclear, la familia amplificada y la compuesta.

- En el primer tipo de familia, que es la monogámica o nuclear, está compuesta de padres e hijos.
- En la familia amplificada, extensa o poligámica, conviven padres e hijos, (abuelos y hermanos adultos) y a veces alguno (os) trabajador (es) domésticos u otros familiares.
- Y en la compuesta, la madre o padre une su vida o forma una familia con una pareja que tiene hijos de un anterior matrimonio. Por lo que queda conformada por papá, mamá e hijos de diferentes matrimonios (p. 245).

Así mismo Flugel (1972) mencionan que la familia tiene una múltiple variedad de formas de conformarse: trivial, extendida, semiextendida, comunitaria, de origen, de procreación, nuclear, conyugal, integrada, desintegrada, uniparental, reconstruida, patriarcal, matriarcal, etc.

Bandura (citado en Alvarez, y De La Mora, 1995) por su parte, menciona que la identificación que tienen los niños (as) con sus padres y madres es el elemento más importante para aprender a manejar la agresión, hablar un idioma y desarrollar el sentido de moralidad. También esa relación entre padres e hijos se observa en la comunicación, apoyo, vínculo, rechazo, control, etc. Lo mismo sucede cuando una relación es pobre con los padres y madres y con la escuela se tiene más alta probabilidad de cometer actos delictivos.

Por su parte Gesell (1956) menciona que el papel del adulto como apoyo en los medios preescolares debe ser proporcionar buenas oportunidades de juego y estar al alcance de los niños, para poder complementarse con la educación de los padres.

Craig (1997) señala que los patrones de crianza son vitales en la formación de la personalidad, desde el mismo nacimiento se inculcan actitudes, valores referentes a la naturaleza del cuerpo, así como la aceptabilidad de autoestimulación, el grado adecuado de aproximación física, la dependencia permitida, lo bueno y lo malo de su comportamiento, así como su naturaleza básica de seres humanos.

De acuerdo con Craig (1997), existen diferentes estilos de crianza de relacionarse entre los padres e hijos, y son:

- AUTORITATIVA- Modelo parental que adopta un firme control de los hijos pero fomenta la comunicación y la negociación en el establecimiento de reglas.
- AUTORITARIA- Modelo de crianza de normas rígidas; en donde los padres usan un alto grado de control sobre sus hijos, los niños no participan en la toma de decisiones de la familia. Los padres tienden a emplear medidas disciplinarias punitivas y enérgicas.
- PERMISIVA- Modelo parental en el que los padres ejercen poco control sobre sus hijos, pero son muy cálidos; los niños pueden tener problemas para inhibir sus impulsos y diferir las gratificaciones. Se trata de no ser punitivo con el niño. Los padres hacen poco énfasis en el orden y responsabilidad en el hogar, manifiestan poco control sobre ellos, no promueven el conformismo pero sus técnicas de disciplina son muy laxas en ocasiones se llega a caer en la negligencia y el descuido de los hijos.
- INDIFERENTE- Patrón de parentalidad en que los padres no están interesados en su función como tales ni en sus hijos; ejercen poco control y muestran poco afecto. Por lo que caen en la negligencia y descuido de los hijos (p. 316).

Así mismo, Papalia y Wendkos (1988) mencionan dos estilos de crianza más:

- BUROCRÁTICA- Este estilo se caracteriza porque la cabeza de la casa está ocupada en trabajos asalariados, los cuales tienen un alto grado de seguridad laboral. Tratan de ser igualitarios y enfatizan la adaptación social, así como el alcanzar la delantera en el mundo.
- EMPRESARIAL- En este tipo, los padres generalmente son propios jefes o comisionistas los cuales enfrentan la toma de riesgo y competencia. Estos padres promueven la independencia y la autoconfianza y los hijos tienden a ser muy competitivos (p. 455).

Las actitudes parentales negativas más frecuentes son el rechazo y la sobreprotección. El rechazo adopta en general manifestaciones de hostilidad, negligencia y abandono a través de actitudes como: violencia, castigos severos, encierros, comparaciones desfavorables, ofensas y golpes (Garbarino y Kosteln, 1992).

Las diferentes formas de crianza determinan las reglas, por ejemplo: que es lo bueno y lo malo en la vida familiar. Los valores y patrones de conducta de los

padres será un modelo a seguir "las ideas respecto a la forma de actuar por parte de los padres son bastante individuales y varían según las culturas (Borstein, 1991 y Macoby 1992; citados en Alvarado y Moreno, 2000).

SOCIALIZACION

En la familia nacen las personas y es en ella donde se tienen la primera escuela, las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en la primera e insustituible escuela de socialización, especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas de hábitos del comer (Papalia, 1990).

En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana, representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaria puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo 2001).

Sanders (1989, citado en Perroni y Navarro, 1985) define a la socialización como "... el proceso a través del cual el individuo se transforma en miembro de una sociedad particular y aprende los roles apropiados de su sexo, clase social, grupo étnico, etc".

Schaffer (1989) plantea que durante su desarrollo, el niño lleva a cabo un proceso de socialización por medio de interacciones, mediante la existencia de diadas. Se establece entonces, un proceso de diferenciación en el tipo de interacciones del pequeño con cada una de las personas que lo rodean; cada una de las cuales contribuirá de un modo especial a su normal desarrollo físico y psicológico.

Maccoby (1992) y Martín (1983) no niegan que los niños y sus madres posean reacciones innatas que puedan contribuir a los primeros cuidados y al proceso de apego. El principal interés de estos autores es la socialización del bebé, el proceso por el que la conducta del bebé se moldea para encajar con los papeles, creencias y expectativas sociales (citado en Winnicott, 1995).

Se considera que la socialización continúa a través de toda la infancia, y que posteriormente influye en muchas de las conductas sociales más complejas de los niños, como el desarrollo moral y las interacciones con sus semejantes. El proceso, sin embargo, comienza en la infancia y puede observarse en la forma en que las primeras interacciones sociales del bebé resultan influidas por los demás. La sociedad y la familia establecen relaciones interdependientes, es decir los 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; de 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 (Chaparras, 1981; citado en Alvarado y Moreno, 2000).

En el proceso de socialización los padres y la familia son sumamente significativos para el aprendizaje del niño, no solamente porque ellos manipulan la recompensa o el castigo en las diferentes acciones manifestadas por el pequeño, sino que aportan modelos o ejemplos que muestran al infante la conducta apropiada o convencional esperada por otros en su sociedad (Bandura, 1985; citado en Alvarado y Moreno, 2000).

SOCIALIZACION ALIMENTARIA

Raush y Bay (1993), señala que una situación de conflicto social muy frecuente se da con la familia y especialmente con la madre, que tiene la responsabilidad de la nutrición en el núcleo familiar cuando una persona deja de comer y adelgaza o come en grandes cantidades crea problemas que suelen generar mucho malestar; por otra parte, acostumbran perpetuar y aumentar el trastorno al probar diferentes maneras de conseguir que la persona se alimente correctamente.

Sturkard (1993; citado en Fornes, 1994) menciona que el modelo de una madre que se considera gruesa o que efectivamente lo es puede determinar la adopción de medidas drásticas de reducción de peso a un hijo(a) por no querer tener alguna semejanza con su mamá y se manifiesta el miedo a engordar.

Branguinsky (1996), señala que la comida de una forma repetida sirve como un medio para mantener a los niños "quietos" como una recompensa por el buen comportamiento o como un castigo retirándoles el alimento cuando son "malos", entonces la comida se convierte en una herramienta que controla la vida.

Lloyd y Wolf (1980; citado en Cohen, 1995) señalan que durante la infancia las relaciones entre la madre y el bebe se centran en gran medida en la comida; el bebe llora, la madre interpreta el llanto como un pedido de alimento y le da de comer. El niño aprende que el llanto es una herramienta para obtener comida y la madre aprende que el dar de comer es el método para poner fin a un llanto ruidoso.

Bruch (1973) menciona que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida como medio para tranquilizarlo durante su desarrollo equivale a criar a un pequeño que es confundido por sus estados internos.

Pearce (1993), señala que el peso del niño es la preocupación más importante de los padres desde el mismo nacimiento incluso, la mayor preocupación es el observar que no está ganando demasiado peso, por este motivo no es sorprendente que muchos niños se conviertan primero en niños regordetes y después en niños completamente gordos, los niños crecen y se desarrollan

gradualmente y es más difícil para los padres que para una persona ajena darse cuenta que su hijo tiene un exceso de peso.

Toro (1996), señala que los niños suelen tener contacto directo con el mundo de la moda, con los productos adelgazantes a través de los anuncios; aunándose que el niño esta rodeado de adultos y de adolescentes preocupados por estas cuestiones, en su papel de modelos inmediatos de algún modo han de transmitirles esas preocupaciones, el niño lleva a cabo un gran aprendizaje relativo a comportamientos de adultos mediante las dramatizaciones que emplean en sus juegos.

Telen y Corner (1995; citado en Toro, 1996) mencionan que estudiaron diversas características de las familias de 118 niños y niñas de 9 a 10 años de edad, constataron que tres de cada cuatro padres y madres atentaban contra sus hijos e hijas de esta edad para que controlaran el peso. Pese a esta igualdad entre padres y madres los niños y las niñas estudiados perciben con más frecuencia la presión para adelgazar ejercida por las madres, se encontró que en un 56% habían practicado dieta restrictivas en alguna ocasión y un 57% lo habían hecho tres o más veces a lo largo de sus vidas, en cualquier caso el 28% de las niñas y el 21% de los niños ya habían hecho regimenes restrictivos para adelgazar, siendo ya mayoritario en ambos sexos el deseo de ser más delgado.

INFLUENCIA MATERNA EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO

El tipo de ambiente social y material en el que el niño nace y crece, adquiere enorme importancia, en cuanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinan su desarrollo. Durante el último periodo del embarazo y el primer tiempo después del parto, la madre y el bebe comparten ciertas experiencias. Estas favorecen la identificación de la madre con su bebé y les permiten a ambos construir una experiencia de mutualidad. El niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad en las primeras fases, el niño pequeño y el cuidado materno se pertenecen mutuamente y son inseparables (Abadi, 1996).

Aun dentro del útero de la madre, el feto llega a conocer rasgos de su ambiente. La voz de la madre es familiar, también se conocen los sonidos del ambiente casero, y muy pronto después de nacer, el infante puede mostrar una respuesta preferencial hacia su madre, su olor y el de su leche, su voz y posiblemente su cara. Por otro lado, antes de que se forme un vínculo específico, el reconocimiento de los individuos es un prerrequisito obvio. Así los indicios de que un niño puede reconocer a las personas de su ambiente es una señal de que se encuentra en camino hacia el siguiente nivel, pero aún no revela si un vínculo es evidente. (Berryman, 1994).

Aunque resulta fácil hablar de los niños como si fuesen todos iguales, las diferencias individuales están presentes desde el nacimiento y los primeros

contactos sociales. Algunos neonatos son plácidos y se acurrucan suavemente en los brazos, otros se agitan y patalean, otros sollozan al menor ruido y se asustan fácilmente, etc. En la controversia innato-aprendido, algunos autores consideran estas características como innatas o dadas por el temperamento, pero la gran mayoría sostiene que la conducta del lactante se determina de una cierta forma porque es parte de un sistema social, en el cual las personas (niño, madre, padre, hermano, etc) se influyen mutuamente y establecen patrones de conducta que se aprenden en forma rápida (García, 1997).

Las muestras de afecto o de rechazo que reciben los niños(as) desde que son lactantes, determinan en gran medida la buena o mala relación que tendrán con sus semejantes y la aceptación o repudio de las cualidades que forman su modo de ser. De tal forma en que la niña(o) reciba el cariño de sus padres, dependerá la confianza y seguridad en sí misma; condición fundamental para su desenvolvimiento, o por lo contrario, la inseguridad o temor ante muchos de los episodios de su vida (Klein, 1943; citado en Perroni y Navarro, 1985).

Para un buen desarrollo psicológico y social es fundamental la relación madre-hijo, durante el primer año de vida; al bebé no le importa quién lo alimente o le cambie los pañales, siempre y cuando sea de manera confiable, sensible, amable y competente; ya que el apego, que es el vínculo emocional y de dependencia entre el niño y sus padres, se desarrolla hasta los siete u ocho meses. Antes de esa edad lo que importa es el afecto y seguridad que recibe el bebé (García, 1997).

Melanie Klein (Segal, 1981) señala la influencia, tanto de la madre como del mundo interno del bebé en el desarrollo de la personalidad del niño. Una madre que atiende con cariño a su bebe y que trata de proporcionarle los mayores cuidados, propicia un ambiente más agradable, de donde el niño puede tomar elementos para crear un mundo interno y externo psíquicamente más sano.

APEGO

Bowlby (Berryman, 1994) describe la conducta del vínculo como "cualquier forma de comportamiento que da como resultado que una persona obtenga o conserve la proximidad" y la vinculación es un lazo que se desarrolla con "algún otro individuo diferenciado y preferido quien generalmente es más fuerte o más sabio". Así mismo sostiene que para el niño, es adaptativo vincularse al individuo que puede atender a sus necesidades, sin esto, moriría. Además sostiene que el papel de la madre en el cuidado infantil era decisivo, porque creía que los pequeños son incapaces de establecer un vínculo con más de una persona. Posteriormente reconoció que los niños se vinculan a otros, pero aseguraba que sus madres permanecían como las "figuras primordiales" de vinculación.

Los bebes que pueden desarrollar un apego seguro tienen más probabilidad de ser amigables y cooperativos, que carezcan de explosiones emocionales sin

causa aparente. Aquellos cuyo apego es inseguro, tienden a ser agresivos, impulsivos o excesivamente dependientes y apegados a la figura humana. El apego de los niños cuya madre trabaja no parece menos seguro que el de aquellos cuya madre se queda en casa. El apego seguro se presenta por la calidad de la relación y no por la cantidad de tiempo que se comparte; por tanto, existen instituciones y madres que favorecen el desarrollo adecuado, así como instituciones y madres que no proporcionan elementos de calidad (García, 1997).

Si la vida familiar es más o menos estable, entonces también lo es el nivel de vinculación, pero en ambientes más tensionantes, niños seguros pueden vincularse inseguro o ansiosamente (Berryman, 1994).

Hacia los dos o tres años, el apego del niño es menos intenso, ya no depende tanto de sus padres o cuidadores. La vinculación es parte de una ideología en la que la madre es vista como el artífice fundamental de la vida del hijo y la responsable de cualquier problema que pueda amenazarle, no solo en su infancia, sino también a lo largo de toda su vida de adulto (Eyer, 1995).

Según Kennell y Klaus, (Eyer, 1995) "apego maternoinfantil" se refiere a las conductas instintivas del hijo, promotoras de proximidad; vinculación es "una especie de apego en dirección opuesta, de la madre al hijo" precipitada por los cambios hormonales de la madre. Estos autores tienden al uso exclusivo de la palabra "apego" mencionando que "inmediatamente después del parto, los padres entran en un período único, en el que los sucesos pueden tener efectos muy duraderos sobre la familia". A este periodo, que dura un corto lapso de tiempo, durante el cual florece el apego, de los padres a su pequeño, le hemos dado el nombre de período materno sensible.

Según Rhone (Eyer, 1995) la vinculación madre-hijo es una relación que evoluciona a partir del primer movimiento fetal, por el que la madre se "enamora" de su bebé. La vinculación es un proceso frágil y prolongado; mientras ocurre, puede verse alterado y hasta interrumpido y puede pasar semanas, meses y hasta años para que la unión se solidifique.

Alvarez y De La Mora (1995), argumentan que los diversos estudios que se han llevado a cabo tomando en cuenta aspectos de la conducta de los padres y las madres hacia los hijos y las hijas, tales como: el apego, la aceptación, el respeto en los sentimientos del hijo(a), ayuda brindada a sus problemas e incluso el distanciamiento en la relación repercute en su alto o bajo bienestar psicológico.

ANSIEDAD A LA SEPARACION

Aprendemos a esperar que los niños manifiesten ansiedad con respecto a todo lo que les impide seguir formando parte integral de la madre y el hogar, a lo que los obliga a pertenecer al enorme y ancho mundo, y la ansiedad puede manifestarse

como una reaparición de los patrones infantiles que, por fortuna siguen estando allí para tranquilizar al niño. Dichos patrones se convierten en una suerte de autopsicoterapia que conserva su eficacia porque la madre está viva y al alcance del niño y porque representa permanentemente un vínculo entre el presente y las experiencias infantiles de las que esos patrones constituyen reliquias. Crecer no es nada fácil para el niño y para la madre suele construir un proceso sumamente doloroso (Winnicott, 1995).

El lactante parece manifestar signos de tensión o ansiedad en la situación más común de peligro durante los primeros 18 meses: la amenaza de la madre.

El desarrollo de la capacidad para tolerar frustraciones y movilizar más tarde las defensas contra la ansiedad depende en parte de la clase y grado de frustración a la que está expuesto el pequeño. Puesto que el pequeño puede interpretar las frustraciones de la realidad como ataques hostiles contra él mismo, las explicaciones de la realidad de la frustración disminuirán su tendencia a formar estas fantasías atemorizantes, reducirán la ansiedad que estas fantasías producen y fomentarán el empleo de procesos secundarios lógicos para hacer frente a la ansiedad. Sin embargo el yo del niño suele requerir apoyo adicional cuando la frustración excede a la tolerancia del mismo (Lewis, 1973).

La seguridad la proporcionan los padres mediante sus actividades; en lo relativo a la alimentación, en primer lugar, y también al vestido, higiene y techo. Al empezar la vida, la demostración más palpable de esta seguridad es el afecto y las caricias al niño. La dependencia respecto de los padres que esta seguridad implica persiste durante toda la niñez y –en nuestra cultura- también durante parte considerable de la adolescencia. A las variaciones de regularidad y eficacia con que los padres provean esta seguridad corresponderán variaciones en las reacciones del niño, que contribuirán a singularizar el carácter de su personalidad (Symonds, 1965).

PATOLOGÍA DE LA MADRE

Un punto importante a señalar es que no siempre se puede esperar una relación sana y satisfactoria madre-hijo en las familias mexicanas, ya que existe una posición baja general de la mujer y una influencia considerable en la familia, tanto en el esposo como en los hijos. La figura materna es un símbolo profundamente internalizado, tan fuerte, que no solo afecta la relación del hombre con su madre, sino que la hace continuarla en diferentes etapas de su vida, inclusive cuando comparte una vida con su esposa. El resultado es con frecuencia una posición ambigua para el hijo, cuyas ataduras son más fuertes con el progenitor de más baja jerarquía (Dencik, 1992).

El papel social de la esposa-madre, en la modernidad, goza de más libertad como un individuo, pero a costa de más tensiones y entra en conflicto con sus deseos

maternales, esto genera en ella confusión y frustración en algunas ocasiones, lo que puede transmitir fácilmente a los hijos, confundiéndolos también a ellos, imponiéndoles exigencias incoherente y prohibiciones contradictorias, lo que genera sentimientos de inseguridad y de desconocimiento de ellos mismos (Fromm et al, 1986).

Los trastornos maternos pueden afectar la relación madre-hijo; ya que en un extremo, tenemos a la madre cuyos intereses personales son demasiados compulsivos como para abandonarlos, lo cual le impide sumergirse e ese extraordinario estado que casi parece una enfermedad, aunque constituya un signo de salud. En el otro extremo, tenemos a la madre que tiende a estar permanentemente preocupada por algo, y el niño se convierte entonces en su preocupación patológica. Es parte del proceso normal que la madre recupere su interés por sí misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo. La madre patológicamente preocupada no sólo sigue estando identificada con su hijo durante un tiempo demasiado prolongado, sino que además, pasa muy bruscamente de la preocupación por el bebé a su preocupación previa (Winnicott, 1995).

Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte, porque está apuntalado en todos los aspectos. El yo reforzado y por lo tanto fuerte del niño puede desde muy temprano, organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias. Cuando el apoyo yoico de la madre no existe, es débil o tiene altibajos, el niño no puede desarrollarse en forma personal y entonces el desarrollo esta condicionado, más por una serie de reacciones frente a las fallas ambientales que por las exigencias internas y los factores genéticos (Winnicott, 1995).

La falta de armonía en la relación madre – hijo, trae consigo la posibilidad de graves perturbaciones en el pequeño. Spitz (1965) afirma que: las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo.

Algunos autores como Porot (1977) y Onnis (1990), han manifestado que existen diferentes tipos de madres que de alguna manera abusan Psicológica o físicamente de sus hijos. La madre escrupulosa en exceso, son mujeres que tienen un grado de neurosis y sentimientos de ansiedad, culpabilidad inconsciente, que no saben que hacer para obrar bien, jamás satisfechas, abrumadas por obligaciones que ellas mismas se crean, que se agotan y agotan a las personas que están a su alrededor. La madre que quiere demasiado a sus hijos por ellos mismos es una madre posesiva, la madre que no quiere bastante a su hijo, intenta casi siempre engañar, multiplicando las muestras externas de amor paternal.

Los mismos autores dicen que el amor abusivo es exigente e inconsciente, siendo incapaz de ponerse en el lugar del hijo, la madre no puede comprender y satisfacer correctamente sus necesidades, ayudarle e iluminarle. Las madres con

esta forma de ser, interpretan los errores inevitables y sin malicia de su hijo, como otra de sus ofensas dirigidas contra ella, por lo tanto se impacienta y se irrita entre otras cosas.

En el niño, estos sentimientos afectivos de su madre, en principio generan en él sentimientos de culpabilidad, ya que a esa edad considera a su mamá como perfecta y aun más si al cometer cualquier error o apelación hacia lo que dice o hace su madre, está inmediatamente le infunde la inyección de la culpa (Porot, 1977). El niño en respuesta a los chantajes de su madre, se venga de esta o la complace, a su capricho y aparecen muy pronto las manifestaciones de lo que se ha llamado el retraso afectivo, que se hace presente a través de situaciones como la enuresis, la encopresis, el balbuceo de niño pequeño, chuparse el dedo, anorexia mental, actividad escolar deficiente (Onnis, 1990).

Pérez y Platas (1998), muestran que las adolescentes con una percepción negativa de la relación materna presentan una mayor práctica de conducta dietaria, ya que al sentir la ausencia de una madre sensible que consistentemente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijos, contribuye a privar las de la base fundamental del sentido del cuerpo y posiblemente ellas como respuesta reactiva, tratan de sobrecontrolar sus necesidades, lo que las lleva a dirigir su propia inanición y su constante preocupación por su imagen corporal.

Cuando el control y la dirección paternos son inadecuados, pueden desarrollarse tendencias psicopáticas en el niño, es decir, conducta asocial carente de los sentimientos de culpabilidad y conciencia, habituales en la mayor parte de los niños en ocasión de haber hecho algo malo. Las relaciones paterno-filiales son las responsables de los temores y de las tendencias a retraerse y aislarse. Estas últimas pueden constituir una respuesta a la ausencia de seguridad en aquellas relaciones y también –en parte- al control y autoridad paternos por demás estrictos o blandos (Symonds, 1965).

Winnicott (1965) menciona que la salud mental del individuo, es decir no padecer psicosis, se apoya precisamente en el cuidado materno, el cual provee de un medio ambiente estable y confiable.

PRINCIPALES AUTORES QUE EXPLICAN LA RELACION MATERNA

Hay teorías que fundamentan la importancia de la relación padres-hijos en diferentes etapas de la vida, por ejemplo, la interacción afectiva madre-hijo ha sido ampliamente documentada en la corriente psicoanalítica.

A partir de las concepciones freudianas comienza el estudio de la madre como primer objeto amado, el primer afecto tanto para niños como para niñas. Para Freud (1989) la primera relación objetal se establece cuando el niño mama del pecho de la madre. El seno materno será el primer objeto del instinto sexual; el bebé al ser alimentado no sólo satisface su necesidad de alimento sino que también obtiene las primeras experiencias de placer en la boca (zona erógena).

Freud afirmó que la succión del niño, del pecho de la madre, será el modelo de toda relación erótica posterior. La madre al alimentar, acariciar y besar a su hijo, está "enseñándole a amar".

Freud en 1964 mencionó que motivados por el amor, el temor o la admiración, los niños imitan activamente las características de quienes cuidan de ellos, e internalizan los valores de esas personas. Además de que mediante la interacción del niño y sus padres, en torno a un conjunto específico de asuntos vitales (alimentación, control de esfínteres, educación moral) es como se forman las fuerzas y conflictos básicos de la personalidad. Así mismo Freud, para explicar las consecuencias de la interacción persona-ambiente, empleó la noción de identificación.

De acuerdo con **Ana Freud**, (1946; citado en Lewis, 1973) la satisfacción del hambre constituye la primera experiencia de gratificación instintiva en la vida del niño. Mientras la madre provea nutrición, garantice su satisfacción y proporcione en esta forma experiencias agradables al niño, sus necesidades instintivas y su medio estarán en perfecta armonía. Ana Freud ha observado que el lactante muy pequeño está dominado de manera tan exclusiva por sus necesidades (dominio del principio del placer) que no puede conservar su fijación en un objeto no satisfactorio durante más de un período dado, que puede variar entre varias horas y varios días.

Ana Freud dice "a través de la asociación íntima entre el placer alimenticio, el placer oral, las raíces de sus relaciones con los objetos y las tendencias orales vienen a ser los primeros portadores del afecto libidinoso hacia la madre. Las actitudes orales son consecuentemente tan decisivas para integrar la relación madre-hijo, como más tarde es decisivo para determinar la actitud del niño o la comida". Conforme madura el yo, y conforme el principio del placer da paso al principio de realidad, los niños desarrollan de manera gradual la capacidad para conservar la fijación y las investiduras en el objeto amado ausente durante la separación cada vez más larga. Dándose esta separación entre los cinco meses y los dos años de edad; sufriendo como consecuencia, tensión extraordinaria.

Siguiendo con la línea psicoanalítica, **Melanie Klein** (Segal, 1981) propone que las primeras experiencias del lactante con el pecho de la madre inician una relación de objeto con ésta. La autora sostiene que el bebé al nacer tiene un yo lo suficientemente integrado como para experimentar ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales.

Klein divide la etapa oral en subdivisiones: la posición esquizo-paranoide (primeros tres o cuatro meses de vida) y la posición depresiva (segunda mitad del primer año). El individuo puede oscilar entre las dos posiciones a lo largo de su vida

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por los siguientes aspectos: el bebé se relaciona con objetos parciales (el pecho materno) y no reconoce personas. Como el bebé está expuesto a privaciones tanto internas como externas, la ansiedad, marcará sus relaciones con los objetos. Es aquí cuando la madre, debe brindarle calor, alimento y consuelo; con ello el bebé sentirá que existen otras

fuerzas bondadosas, haciéndose posible la primera relación amorosa del niño con una persona. La madre con sus aspectos agradables: amor, alimento y ayuda; es el primer objeto bueno que el bebé transforma en una parte de su mundo interno. El yo del niño se identifica con esas características buenas de la madre, que le servirán como base para las posteriores identificaciones beneficiosas con el padre y otras figuras. Esto reanudara en un mundo interno del bebe, lleno de objetos y sentimientos predominantemente buenos y la formación de una personalidad estable en el bebé. Para ello es necesario también, que exista una buena relación entre los padres y entres éstos y el niño (Segal, 1981).

En la posición depresiva, el bebe se relaciona con objetos totales, como son la madre, el padre y la pareja parental. El niño comienza a darse cuenta de que sus experiencias de satisfacción no provienen de un pecho bueno y malo, sino de una madre que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo. Ahora el bebe reconocerá a la madre como una persona total, con una vida propia y relaciones con otras personas (Segal, 1981).

Hartmann (1952, citado en Lewis, 1973) menciona que las relaciones objetales es un concepto psicoanalítico, que señala como la habilidad para conservar relaciones constantes con una persona (objeto) sin tomar en cuenta el estado de necesidad en el pequeño.

De acuerdo con **Lewis** (1973) el desarrollo de las relaciones objetivas requiere la presencia tranquilizadora de una madre o de una persona que la substituya y que pueda percibir y responder a las necesidades del pequeño de una manera suficiente. La presencia tranquilizante implica por lo menos falta de separaciones prolongadas, especialmente durante el periodo critico de formación de la representación psíquica, que se ha manifestado durante los segundos seis meses de la vida y antecede a la constancia objetiva durante el período que se sitúa aproximadamente desde los ocho meses hasta los tres o cuatro años de edad.

La constancia objetiva es diferente del término de Piaget "Permanencia objetiva" que señala la respuesta del lactante hacia objetos de su ambiente como si estuvieran posesionados de cierta permanencia, desarrollo que ocurre quizá alrededor de los cinco o seis meses de edad. Un prerrequisito para el desarrollo de la constancia objetiva es la disminución en la intensidad de las necesidades, lo que permitirá al pequeño retener las relaciones con la persona en vez de cambiar de inmediato hacia otra persona en busca de satisfacción inmediata.

Hacia el final del segundo año, las manifestaciones de conducta ambivalente ya son claras en el pequeño. Un niño que se siente seguro con la presencia y amor de sus padres, ahora siente además, bastante libertad para devolver su agresividad hacia el mundo externo. Conforme el pequeño se siente más autónomo, aumenta la conducta negativa durante este periodo.

El desarrollo de la capacidad para tolerar frustraciones y movilizar más tarde las defensas contra la ansiedad depende en parte de la clase y grado de frustración a la que está expuesto el pequeño. Puesto que el pequeño puede interpretar las frustraciones de la realidad como ataques hostiles contra él mismo, las

explicaciones de la realidad de la frustración disminuirán su tendencia a formar estas fantasías atemorizantes, reducirán la ansiedad que estas fantasías producen y fomentarán el empleo de procesos secundarios lógicos para hacer frente a la ansiedad. Sin embargo el yo del niño suele requerir apoyo adicional cuando la frustración excede a la tolerancia del mismo. El lactante parece manifestar signos de tensión o ansiedad en la situación más común de peligro durante los primeros 18 meses: la amenaza de la madre (Lewis, 1973).

Bowlby (Berryman, 1994) describe la conducta del vínculo como "cualquier forma de comportamiento que da como resultado que una persona obtenga o conserve la proximidad" y la vinculación es un lazo que se desarrolla con "algún otro individuo diferenciado y preferido quien generalmente es más fuerte o más sabio". Así mismo sostiene que para el niño, es adaptativo vincularse al individuo que puede atender a sus necesidades, sin esto, moriría. Además sostiene que el papel de la madre en el cuidado infantil era decisivo, porque creía que los pequeños son incapaces de establecer un vínculo con más de una persona. Posteriormente reconoció que los niños se vinculan a otros, pero aseguraba que sus madres permanecían como las "figuras primordiales" de vinculación.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica la personalidad se configura principalmente por la relación emocional que mantuvimos con nuestros padres, en especial con nuestras madres. En los años cincuenta Bowlby (1951; citado en Eyer, 1995) comenzó a postular que la conducta infantil que promueve la proximidad de la madre es una conducta adaptativa, enraizada en la supervivencia de la especie, similar a la impronta en aves. Sin embargo; sin saberlo la privación materna puede ocurrir incluso en una familia aparentemente normal, ejemplo:

a)- un niño padece privación viviendo incluso en su casa, si su madre (o la madre substituta permanente) es incapaz de darle el cuidado amoroso que el niño pequeño necesita. Además puede tener lugar en casa una privación parcial como resultado de la actitud de rechazo inconsciente oculta en otra de afecto.

b)- la exigencia excesiva de cariño y confianza por parte de uno de los padres

c)- la satisfacción inconsciente y vicaria obtenida de la conducta del niño por uno de los padres, pese a condenarla de manera consciente (p. 74).

Bowlby (Eyer, 1995) propuso que la pérdida súbita de un padre o familiar cercano o de los cuidados recibidos en una sucesión de familias adoptivas, podría ser la causa de la depresión analítica. Su explicación era de carácter psicoanalítico. Durante la infancia y la primera niñez, el yo y el superyo no funcionan completamente y en consecuencia, el niño depende de su madre, en cuanto ésta realiza las funciones del yo para ella y para él. Ella le permite la satisfacción de ciertos impulsos y le impone la prohibición de otros. Ella es el yo y el superyo del niño. Solo cuando estas relaciones primarias son continuas y satisfactorias pueden desarrollarse el yo y el superyo.

Abadi (1996) describe el holding como el sostenimiento o amparo, que es utilizado para describir una conducta emocional de la madre respecto del bebé, el cual involucra aspectos tanto físicos como emocionales. El bebé necesita que este sostenimiento sea estable y digno de confianza, más allá de la estabilidad real del entorno; por lo que esto se logra gracias a la identificación emocional de la madre. Cuando el sostenimiento funciona adecuadamente la criatura no es capaz de reconocer la provisión ambiental. Solo cuando falla, el niño toma conciencia, no del fallo sino de los resultados de dicho fallo. Si el holding fracasa, la continuidad existencial se interrumpe y el sujeto vive amenazado por las angustias primitivas. Esta amenaza daña tanto la integración como el desarrollo, promoviendo defensas tempranas de desintegración o una tendencia al autosostenimiento precoz y defensivo.

Por su parte **Winnicott** (1986) enfatiza también la importancia del cuidado materno (el proporcionado tanto por la madre como por el padre) sin el cual el bebe no puede crecer y convertirse en un adulto sano. Afirma que: "no hay tal cosa como un bebé", reafirmando que un bebe no puede existir solo, sino que siempre forma parte de una relación y señala en 1965 que el niño pequeño y el cuidado materno forman una unidad y son inseparables.

Winnicott (Winnicott, 1995) menciona que aprendemos a esperar que los niños manifiesten ansiedad con respecto a todo lo que les impide seguir formando parte integral de la madre y el hogar; la ansiedad puede manifestarse como una reaparición de los patrones infantiles que, por fortuna siguen estando allí para tranquilizar al niño. Dichos patrones se convierten en una especie de autopsicoterapia que conserva su eficacia porque la madre está viva y al alcance del niño y porque representa permanentemente un vínculo entre el presente y las experiencias infantiles de las que esos patrones constituyen su historia. Crecer no es nada fácil para el niño y para la madre suele construir un proceso sumamente doloroso.

Winnicott (1986) clasifica el cuidado materno en tres fases que se superponen en parte: 1) sostenimiento, 2) convivencia y 3) convivencia del padre, madre e hijo.

El sostenimiento comprende no exclusivamente el sostener físicamente a la criatura, ya que de esa forma la madre le demuestra su amor al bebe; incluye además la satisfacción de las necesidades fisiológicas y toda la rutina de los cuidados a lo largo del día y de la noche. El autor piensa que las madres se identifican emocionalmente con su hijo y por ello son sensibles a sus necesidades, pudiendo así satisfacerlas apropiadamente.

La fase de convivencia del bebe y la madre, representa para el niño la capacidad para establecer las relaciones de objeto. El niño ya no se siente fusionado con la madre y percibe los objetos como externos a su ser. En esta fase la función del padre (ocuparse del medio ambiente en beneficio de la madre) es desconocida por la criatura. En la última fase de convivencia padre, madre e hijo se inicia una

relación más cercana entre el padre y el niño. El padre enriquece el mundo del niño, al contarle lo que hace en el trabajo, jugando con él, etc. Si los padres forman una pareja feliz y tienen un hogar estable, el pequeño puede desarrollarse sanamente.

Erikson (citado en Alvarez y De La Mora, 1995), describe ocho estadios de desarrollo psicosocial, donde cada uno depende de la resolución exitosa de una situación decisiva o una crisis. La relación padres-hijos, como parte de una sociedad y cultura, influirá en la manera de como se resuelva un conflicto o una situación de crisis, así como en el desarrollo de la personalidad.

Así mismo Erikson (1970; citado en Coles, 1975) considera que la situación de alimentación es el punto crítico del desarrollo de la confianza. Considerando a la madre como guardián y alimentado por excelencia, destaca su importancia y la importancia del vínculo madre-hijo.

CAPITULO 3

IMAGEN CORPORAL

En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana, representada en sus inicios por la interacción madre-hijo (Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2001). Así mismo, dentro de la familia se establecen hábitos alimentarios difíciles de cambiar con el tiempo, ya que se introyectan valores, estereotipos relacionados no solo con la comida sino con todo con lo que se asocia, así el niño va estructurando y de esta adecuada o inadecuada estructuración dependerá el tipo de individuos a los que se de origen (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990; citados en Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2001).

A lo largo de las investigaciones se ha encontrado que en la bulimia y la anorexia nerviosa existen muchas similitudes, no solo en lo referente a las manifestaciones y síntomas, sino en dinámicas familiares; en los aspectos sociales, que imponen una cierta figura corporal; en los aspectos de percepción de la imagen corporal; y por último en el autoconcepto (Gómez-Peresmitré, 2001).

CONCEPTOS

IMAGEN CORPORAL

De acuerdo con Cash y Pruzinsky (1990; citados en Gómez Pérez-Mitré et al, 2001), la imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras; entre ellas se encuentra la que se considera una actitud hacia el propio cuerpo y, en particular, hacia la propia apariencia. Así mismo, Gómez-Peresmitré (2001) define que la imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo, los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Así mismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Agregando la influencia que tienen el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, difiriendo según la edad, el género, y otras variables.

Por su parte Garner (2002) define a la imagen corporal como la presentación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo. Mientras que para Shonfeld (1977, citado en Guzmán 2002) la imagen corporal es la representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias.

La imagen corporal es la sensación que se tiene del cuerpo, la cual comienza en la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer, y la atención. La imagen corporal puede diferir según edad, etapa de la vida, género y clase social (Gómez-Peresmitré, 1997).

A su vez Grinder (1987, citado en Guzmán 2002) señala que en ciencias sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social, por lo que parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

Schilder (1989) define la imagen del cuerpo como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que este se nos aparece, disponiendo de ciertas sensaciones, viendo algunas partes de nuestra superficie corporal, teniendo impresiones táctiles, de dolor, etc.

AUTOESTIMA

La autoestima es una evaluación que hace y mantiene el individuo con respecto a sí mismo la cual supone una actitud de aprobación y desaprobación; puede definirse como la autovaloración determinada por la conducta y experiencia individual (Prieto y col, 1988; citado en Cruz y Estrada, 2001).

El sentido de sí mismo o concepto de sí mismo se va desarrollando lentamente, es concebido como un conjunto de esquemas y procesos de autoconocimiento, se considera una entidad dinámica, jerárquica y multidimensional ligada a la configuración social en la que se encuentra el sujeto; alrededor de los 6-7 años comienzan a definirse en términos psicológicos y se desarrolla el concepto de quién soy (yo verdadero), y también quién me gustaría ser (yo ideal), poco a poco se incorporan muchas de las normas para ser aceptados por los demás (Papalia, 1992).

William James considera a la autoestima como la valoración de la reflexión que hace el sujeto de su yo. En los trabajos de Freud (1989) y de Adler se subraya la importancia del papel de la autoestima en la configuración de algunas perturbaciones emocionales como la depresión.

Horney, Fromm y Sullivan sostienen que la autoestima juega un papel importante en el desarrollo psicológico y en la patología. Para Maslow representa la

acentuación del carácter evolutivo y social del individuo. La autoestima en los niños suele funcionar como un procesador de información, ya que las interacciones que tienen con su medio les permite adquirir experiencias nuevas que influyen en cómo se perciben y por consecuencia cómo se comportan. La autoestima, como el autoconcepto depende en gran medida de las comparaciones sociales (Smith y Mackie, 1997; citado en Cruz y Estrada, 2001).

ESQUEMA CORPORAL EN EL NIÑO

El esquema corporal es una representación que cada uno se hace de su cuerpo y que le sirve de referencia en el espacio. Desde el punto de vista psicológico, el concepto de esquema corporal se aplica a un sentimiento que tenemos de nuestro propio cuerpo, de nuestro espacio corporal. Desde el punto de vista fisiológico, representa la función de un mecanismo fisiológico que nos da el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo (Hecaen y Ajuriaguerra, 1952)

La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a éste, durante su existencia y a través de diversas experiencias. Entre éstas se encuentra la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención (Gómez-Peresmitré et al, 2000).

Nuestro cuerpo es un todo en el que pueden aislarse distintos componentes, entre los cuales se encuentran el eje, el tronco, los brazos, las piernas, etc. Al inicio de su vida, el niño siente su cuerpo como un todo difuso, posteriormente pasa a otra fase, en la cual a través del movimiento, vive su cuerpo y el del otro como si fueran uno mismo. Más tarde comprende que los distintos miembros del cuerpo pertenecen a un todo que es el cuerpo del sujeto. El papel que juega el otro es extremadamente importante en la adquisición de la noción del cuerpo, ya que el niño en un principio está unido al otro. El niño adquirirá la noción de ser él mismo a través de la imitación (Ballesteros, 1982).

Wallon (1959; citado en Ballesteros, 1982) menciona que el esquema corporal no es un dato inicial, ni una entidad biológica o física, sino el resultado y el requisito de una relación ajustada entre el individuo y su medio. Se considera que este concepto tiene un carácter evolutivo, siendo el cuerpo el primer objeto que el niño percibe desde que nace, así como las sensaciones de satisfacción, de dolor, visuales y auditivas. Antes de conocer el mundo que lo rodea, el niño conoce su cuerpo.

Dolto (1986) señala la existencia del esquema corporal y de la imagen corporal, el primero es el mismo para todos los individuos de la especie humana y por el contrario, la imagen del cuerpo es propia de cada individuo: esta ligada al sujeto y a su historia; la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales y agrega que gracias a nuestra Imagen del cuerpo portada y entre cruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro.

Rosenbaum (1979; citado por Gómez Peresmitré, 1997); refiere que la imagen corporal comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente, a lo largo de la vida, como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención y el cambio mismo del cuerpo a lo largo de la vida.

Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, (2001) mencionan que desde la niñez se va formando la imagen corporal de la persona, y si constantemente se escucha de la madre, hermanas, tías u algún familiar cercano, que hace dietas o se queja por el sobrepeso asumimos, "que para ser bonita se debe ser delgada".

Así mismo, puesto que la pubertad es un período de rápido crecimiento físico y de cambios psicológicos, el desarrollo puberal ha sido implicado como una posible fuente de actitudes hacia la Imagen Corporal. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad no sólo afectan la Imagen Corporal del adolescente, sino también puede contribuir a la auto-percepción global del individuo (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001).

De acuerdo con Bruch (1985; citado en Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2001) señala que la ausencia de una madre sensible que consiente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijos principalmente la de comer, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido del cuerpo. Con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia, con respecto al incremento de impulsos biológicos (incluyendo el hambre) y las nuevas demandas sociales y emocionales. Probablemente ellas como respuesta reactiva tratan de sobrecontrolar sus necesidades, lo que las puede llevar a dirigir su propia inanición, debido a su excesiva preocupación por el peso, la comida y principalmente su imagen corporal.

AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO EN EL NIÑO

Durante los años preescolares, los niños adquieren ciertas actitudes generales sobre ellos mismos, por ejemplo: una sensación de bienestar o el sentimiento de ser "torpes". Muchas de esas ideas comienzan a aparecer muy pronto, a nivel no verbal. Los niños pueden desarrollar fuertes ansiedades acerca de algunos de sus sentimientos e ideas y, a la vez, sentirse cómodos con otros. También establecen un conjunto de ideales y aprenden a compararse con lo que creen que deben ser.

Con frecuencia su autoevaluación es un reflejo directo de lo que otros piensan de ellos (Craig, 1997).

El preescolar está fascinado consigo mismo y centra en él muchas de sus actividades y pensamientos. Se compara con otros niños y descubre diferencias de estatura, color de pelo, antecedentes familiares, gustos y aversiones. Se compara con sus padres y advierte que comparten rasgos comunes y descubre conductas que pueden imitar. Como parte del impulso por explorarse, formula numerosas preguntas acerca de dónde vino, por qué le crecen los pies, si es bueno o malo, etc (Craig, 1997).

Existen cuatro fuentes principales de autoestima en el niño: la relación emocional del niño con los padres, su competencia social con los compañeros, su progreso intelectual en la escuela y las actitudes de la sociedad y la comunidad hacia ellos (Raice, 1997).

Un paso fundamental en el desarrollo del autoconocimiento es la conciencia de cómo nos ven los demás. Los pequeños de esta etapa tienden a definirse en términos de sus características físicas (tengo pelo castaño) o posesiones (tengo una bici). Los mayores tienden a hacerlo según sus actividades. También se definen por sus relaciones personales y experiencia. De acuerdo con Peggy Miller (1992; Craig, 1997) los preescolares acostumbra describirse mediante sus historias familiares. La tendencia infantil a retratarse por medio de los contactos sociales aumenta durante los años preescolares.

Conforme el niño crece, el desarrollo de su conocimiento social le permite formarse una imagen más exacta y compleja de las características físicas, intelectuales y de personalidad de la demás gente. Al mismo tiempo, es capaz de formarse una imagen más exacta y compleja de sus propias características. Las opiniones que los niños tienen sobre si mismos se llama Autoestima. Es decir, la autoestima es la percepción global de nuestro valor, habilidades y logros, la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos (Rice, 1997). Se considera que la autoestima incluye no sólo los juicios cognoscitivos de los niños sobre evaluaciones. Un factor que podría tener un papel en el deterioro temporal de la autoestima es el nivel de autoconciencia del niño, o la inquietud respecto a la opinión de los demás (Vasta, Haith y Miller, 1996).

La autoestima está estrechamente relacionada con el autoconcepto, que se refiere a la percepción de nuestra identidad y la autoeficacia, que son las percepciones y estimaciones que hacemos de nuestro propio valor, habilidades y logros (Rice, 1997).

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto son imágenes que tienen las personas sobre ellas mismas. Se componen de las creencias que poseen sobre ellas, sus características físicas, psicológicas y sociales, sus aspiraciones y realizaciones. Todos los autoconceptos incluyen imágenes físicas y psicológicas propias. La autoimagen física se suele constituir antes y se relaciona con el aspecto físico del individuo y la importancia de las partes diferentes del cuerpo para la conducta y el prestigio que le da al niño frente a los demás.

El autoconcepto se basa en lo que los niños creen que piensan sobre ellos, las personas significativas en sus vidas (padres, maestros y coetáneos); por lo que son imágenes de espejo. El autoconcepto primario se basa en las experiencias que tienen los niños en el hogar y se componen de muchos conceptos individuales, cada uno de los cuales se deriva de experiencias con diferentes miembros del grupo familiar. El autoconcepto secundario, se forma de las comparaciones que hace el niño de lo que piensan de ellos en su hogar con lo que piensan sobre ellos los maestros, los coetáneos y otras personas (Hurlock, 1982).

Los niños de edad escolar absorben fácilmente los estereotipos de quienes los rodean. Y a lo largo de la mediana niñez se desarrolla con mucha fuerza como resultado de las comparaciones evaluativas que proporciona el medio social (Rappaport, 1972).

LA IMAGEN CORPORAL DESDE DIFERENTES ENFOQUES

Gómez Pérez-Mitré (1995) refiere a la imagen corporal como una representación psicosocial, es una especie de "fotografía dinámica, en movimiento y producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

Para Bruchon - Schweitzer (1992) la Imagen Corporal es 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 unas normas (normas de belleza, normas de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

Así mismo Schilder menciona (1989), que se experimenta la imagen corporal y la de los cuerpos de los otros en un íntimo entrelazamiento; así como las emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, de la misma manera, las emociones y acciones de los demás son inseparables de sus cuerpos.

Por su parte Gómez Pérez-Mitre (1998) menciona que la imagen corporal ha sido definida de diversas maneras, sin embargo; es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Los factores más frecuentemente señalados son: su naturaleza subjetiva (autoperceptiva o autoevaluativa), actitudinal (cognoscitiva, afectivo o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor y placer entre otros). Dicha autora menciona que la evaluación que se hace de la imagen corporal puede ser de naturaleza objetiva, actitudinal y experiencial. La primera se refiere a la autopercepción y autoevaluación que el sujeto hace de su cuerpo; la actitudinal se relaciona con cuestiones cognoscitivas, afectivas o emocionales y, la experiencial tiene que ver con los cambios físicos o el experimentar dolor o placer.

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

De acuerdo con Miller (1982) esta ampliamente fundamentado teórica y prácticamente en la literatura de la Psicología Social que la percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como el género, el color de piel, la edad, la clase social y el atractivo o la apariencia física entre otros y que aunque la formación de estereotipos va más allá de la estimulación derivada de la mera apariencia física no obstante las señales visuales que parten de ésta son especialmente importantes y no existe duda de la participación de estereotipos o de las creencias estereotípicas en la toma de decisiones relacionadas con una amplia gama de actitudes de la vida cotidiana.

Con respecto a la presión del medio social se ha sugerido que los medios de comunicación pueden afectar la aceptación corporal, ya que en ellos se presentan modelos delgados y atractivos con los que las mujeres se comparan y tratan de parecerse a ellos, y al no lograrlo comienzan a realizar dietas restrictivas (Grogan,1999).

Gómez Pérez-Mitré, (1993) menciona que se ha diferenciado dos componentes de la imagen corporal, la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. El primero hace referencias a la sobrestimación o subestimación que se haga del tamaño corporal y el segundo se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo. Entre los factores que contribuyen a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, ocupa un lugar importante la imposición ideológica de un modelo femenino que ha adquirido la capacidad de ejercer presión social y que se difunde a través de los medios de comunicación social.

Así mismo Gómez Pérez-Mitré (1993), menciona que la insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. La autopercepción sobrevalorada del peso corporal es más

clara en el caso de la anorexia. La persona reporta "sentirse o estar agotada" aun frente a condiciones evidentes de emaciación. El problema es tal, que el temor intenso que el anoréxico tiene a subir de peso no disminuye aun frente a la notoria y progresiva pérdida del mismo.

Mientras que en la anorexia nerviosa la insatisfacción con la imagen corporal puede basarse, en una autopercepción muy alejada de la realidad, en la bulimia no necesariamente sucede así. Sin embargo, la persona bulímica comparte con la anoréxica el mismo temor hacia la gordura, que la lleva a prácticas de evitación – uso de supresores de hambre, ayunos y dietas altamente restringidas- y a prácticas de expulsión (purging) como son vómito autoinducido, uso de diuréticos y de purgantes que, junto con una forma de comer (bing eating), caracterizan y constituyen el síndrome de la bulimia propiamente dicha (Fairburn y Garner, 1986; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993).

FACTORES DE RIESGO

Gómez-Peresmitré (2000), refiere que los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

Por su parte, Álvarez y Mancilla (1998) comentan que el hablar de trastorno alimentario es referirse en general a trastornos psicológicos que reportan grandes anomalías en el comportamiento de ingesta, afectando mayormente, a mujeres jóvenes y adolescentes provenientes de sociedades desarrolladas donde existe una abundancia de comida y cuya cultura enfatiza la delgadez. Pareciendo que a mayor poder adquisitivo mayor número de personas con dichos trastornos.

En nuestra sociedad señala Gómez-Peresmitré (2000) como en muchas otras existen factores de riesgo asociados con los trastornos de la alimentación y estos se ven muy marcados dentro de la publicidad que se experimenta con los anuncios en la televisión, en donde se exhiben mujeres delgadas consideradas atractivas consumiendo alimentos que contienen bajas calorías, siendo esto aceptado por la misma sociedad. De aquí el interés por investigar no los trastornos de la alimentación propiamente dichos, sino los factores de riesgo que puedan conducir a ellos, y en especial aquellos que tiendan a presentarse a temprana edad en relación a la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres a hijos.

De acuerdo a lo fundamentado en la literatura de la Psicología Social se menciona que la percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como género, color de piel, edad, clase social y atractivo o apariencia física entre otros. Lo más importante, es la

propia percepción, mientras que los medios influyen sobre mí en la medida en que difunden, transmiten y refuerzan, la imagen valorada por la sociedad. (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Gómez Peresmitré (1997) menciona que la literatura internacional señala como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios: la distorsión de la imagen corporal, sobreestimación y subestimación, satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal. Siendo resultado de presiones de una cultura de la delgadez, del peso/tamaño y forma real, con comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y por último con variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepciones de los otros del peso o tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima entre otros.

Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo (2001), señalan que la grasa corporal y la imagen corporal negativa predicen trastornos de la alimentación. La literatura internacional documenta ampliamente la preferencia marcada por una figura ideal más delgada que la actual, la cual se comprueba en México, tanto entre las preadolescentes como en las adolescentes. De acuerdo con las investigaciones en el campo de los desordenes del comer existen diferentes grupos de riesgo, uno de ellos son las bailarinas profesionales, debido a que la actividad que ellas(os) hacen, es una actividad que favorece el cuerpo y la figura, tomándolo como foco central de la atención (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996). Así como en actividades deportivas y artísticas en las que se requiere un cuerpo delgado y en las que existen grandes expectativas de logro, como en la gimnasia, la lucha y la natación, apoyando que un ambiente altamente competitivo por sí mismo, no deriva necesariamente en el desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa, sino que se requiere que exista además la presión por estar delgado (Gómez Pérez-Mitré et al, 2001).

Gómez Pérez-Mitré et al, (2001) han informado que niños muy jóvenes, a los seis años, ya han adoptado una clara actitud negativa hacia la obesidad, atribuyendo características indeseables (perezoso, sucio y otras similares) a figuras endomorfas (gruesas), y adjetivos positivos a las más delgadas, reflejándose así una realidad producto de un ecosistema sociocultural hipersaturado de ideas, valores, creencias y actitudes de estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez) en la que cada vez es más temprana la aparición del riesgo a desarrollar trastornos de la alimentación.

Hill, Draper y Stack (1994) refieren hallazgos de un estudio llevado a cabo con niños Ingleses de ambos sexos de 9 años de edad, en donde los niños con mayor peso corporal manifestaban menor autoestima, deseos de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria; sin embargo, el deseo de seguir un régimen alimentario restrictivo era independiente del peso corporal real, y las niñas (41%) más que los niños (28%), eran las más interesadas en adelgazar. En cambio en resultados mostrados por Bolaños, (1998); Poblano y Trigueros, (2000) en una

muestra de adolescentes mexicanas (13 a 19 años) se ha encontrado una independencia. De esta manera, querer bajar de peso y hacer dieta restrictiva, estaban presentes sin importar si el peso de las chicas estaba por abajo y aun muy abajo del peso normal (citados en Gómez Pérez-Mitré, et al, 2001).

Así mismo está ampliamente documentado que insatisfacción, preocupación por el peso y la actitud negativa hacia la obesidad constituyen algunos de los principales factores de riesgo (en los desórdenes del comer) asociados con imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Gómez-Peresmitré et al (2000), mencionan que la Insatisfacción con la imagen corporal y distorsión de la misma son y han sido las variables socioculturales más frecuentes asociadas con trastornos de la alimentación.

SATISFACCION / INSATISFACCION

El nivel o grado de satisfacción-insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Además de estar establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, en tanto que estar satisfecho con la imagen corporal constituye un factor de adaptación social (Gómez Pérez-Mitré, et al, 2001).

Su origen es, por un lado, de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros proceso –percepción, aprendizaje y pensamiento- y por el otro, es actitudinal, en tanto que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Se considera que la imagen corporal surge de la interacción social; en general tiene más importancia para la mujer en la etapa adolescente que para el hombre, debido a que la sociedad otorga mayor relevancia al cuerpo femenino. Si la mujer posee una imagen corporal atractiva puede extender sus relaciones heterosexuales y definir sus inclinaciones sexuales tempranas y demás prácticas sociales, esto ocasiona la autopercepción de una imagen corporal positiva, de lo contrario se conforma una imagen corporal negativa que conlleva al rechazo y a la desadaptación social lo que puede provocar trastornos de la alimentación (León, 1998).

Gómez-Peresmitré, (1993) menciona que por el contrario la insatisfacción con la imagen corporal forma parte de la etiología multifactorial de los trastornos alimentarios; su origen es de carácter psicosocial y cognoscitivo, ya que

intervienen tanto procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, como actitudinales, por que además de expresar un conocimiento, se manifiesta afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura.

Durante la preadolescencia y adolescencia se presentan cambios biológicos y psicológicos que pueden afectar la imagen corporal y aumentar el riesgo de que se presenten trastornos alimentarios, distintos autores coinciden que a medida que se incrementa la edad, la insatisfacción con el cuerpo aumenta; Cohn, Adler, Irwin, Melstein, Kegeles y Stone (1987; citados en Brodie, Bagley y Slade, 1994), reportaron que conforme se incrementa la edad aumenta el ideal de ser más delgado. En un estudio realizado en México se encontró que el 94% de las mujeres preadolescentes escogían como su ideal de figura aquellas que eran delgadas o muy delgadas; el 44% mostró estar insatisfecha con su propio cuerpo y las que estaban satisfechas y se percibían atractivas eran preadolescentes y adolescentes con cuerpos delgados (Gómez-Peresmitré, 1998).

Las investigaciones muestran que no obstante muchas mujeres están insatisfechas con sus cuerpos, las mujeres con Bulimia Nervosa evidencian mayor insatisfacción que las mujeres sin Bulimia Nervosa (Williamson, et al., 1989; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001). Se ha encontrado que las mujeres con desórdenes más severos tienen mayor probabilidad de tener una imagen corporal negativa así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como las relacionadas con la valoración y deseabilidad de delgadez (Mintz & Betz, 1988; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001).

La búsqueda permanente de una figura ideal delgada inexistente en la realidad induce a muchas niñas preadolescentes y adolescentes al inicio de dietas o regímenes de control de peso que dependiendo de la edad de inicio, del grado cuantitativo y/o cualitativo de restricción van a producir menor o mayor problema de salud (Gómez-Peresmitré et al, 2001).

El factor satisfacción / insatisfacción se entiende como una discrepancia entre la figura actual y la figura ideal. Este factor constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables externas más o menos importante ya que modula la relación entre realidades externas más o menos objetivas y realidades internas más o menos subjetivas (Gómez-Peresmitré, 1997). La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibido por el individuo (Williamson y col, 1989; citado en Cruz y Estrada, 2001).

Los problemas asociados con la imagen corporal, en relación con los trastornos de la alimentación se extienden rápida e interculturalmente y se producen en toda sociedad moderna sin importar el nivel de desarrollo en el que se encuentre. En una investigación realizada en nuestro país se observó que el prototipo de la mujer bella corresponde al de una persona joven (25+- 3.8 años) con un índice de masa corporal que corresponde a un peso por debajo del normal (Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo, 2001).

Gómez Peresmitré, (1997), refiere que el ideal que uno se llega a plantear es incansable, opera como motor de la motivación en la búsqueda de la delgadez y se expresa como una actitud, disposición o tendencia hacia el logro de la figura ideal, por esto las variables asociadas con imagen corporal se considera factores de riesgo para los trastornos alimentarios.

Tanto la sobrestimación como la insatisfacción corporal funcionan como reforzadores para realizar comportamientos restrictivos y control corporal anormal, se ha observado que aquellas mujeres que desarrollan anorexia o bulimia nervosa justifican su actitud apoyándose en la sobrestimación del cuerpo y la insatisfacción hacia él (Waller y Hodgson, 1996; citado en Cruz y Estrada, 2001).

DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL

Garner (2002) menciona que la imagen corporal no influye solamente en nuestros sentimientos también influyen en nuestra conducta, pensamientos y autoestima; siendo las percepciones del cuerpo, sentimientos, y creencias quienes gobiernan el plan de vida en el que nos encontramos, a quien conocemos, con quien nos casamos, la naturaleza de nuestras interacciones, nivel de consuelo diario y la tendencia hacia los desórdenes psicológicos. Uno de los síntomas centrales de la Anorexia Nervosa es la perturbación de la manera en que la víctima experimenta su peso corporal o forma del cuerpo.

Para Gómez Pérez-Mitré (1995) al hablar de distorsión de la imagen corporal nos estamos refiriendo al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real o sea, a la diferencia existente entre peso real y peso imaginario. Por peso real, se entiende que es el resultado de la medición realizada con báscula y/o valor del índice de Masa Corporal. El peso imaginario puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo.

Esta autora distingue alteración de la imagen corporal de distorsión de la imagen del cuerpo, fundamentalmente debido a que la distorsión se ha encontrado frecuentemente asociada con casos clínicos específicamente, distorsión se refiere a una ruptura con la realidad. En congruencia con lo anterior, los estudios realizados previamente con adolescentes de poblaciones no clínicas han permitido observar precisamente lo que se ha denominado "alteración".

La imagen corporal puede verse afectada de dos maneras, la primera cuando se da una distorsión de esta, es decir, cuando hay una sobreestimación o subestimación de la misma, lo cual indica cierto grado de patología porque el individuo se aleja de la percepción real de su cuerpo, esto es característico de la persona anoréxica, la cual tiende a percibirse con sobrepeso (citado en Cruz y Estrada, 2002). Brodie y cols. (1994) encontraron que a edades más tempranas

se tiende a sobreestimar la imagen corporal y San German (2000) reportó que el 69% de las niñas y el 63% de los niños preadolescentes subestimaron su imagen corporal; mientras que el 16% de las niñas y el 19% de los niños sobrestimaron su imagen corporal. La segunda es el factor satisfacción / insatisfacción; el cual ya fue explicada anteriormente.

Una Imagen Corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, en tanto estar insatisfecho con la imagen constituye un factor de inadaptación social (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001).

Calvo (1992) comenta, que muchas pacientes son incapaces de reconocer o responder adecuadamente a las sensaciones internas (dolor, sed, angustia, emociones, calor, etc) y mientras unas piensan que sus cuerpos están grotescamente hinchados; otras perciben sus piernas y sus estómagos como normales y atractivos. Finalmente menciona que la mayor distorsión de la imagen corporal se da en las pacientes más graves y más obstinadas; con tendencia al vómito y la bulimia; con más trastornos psicopatológicos; falta de autocontrol, pobre autoimagen y mala respuesta al tratamiento. En la búsqueda de un cuerpo delgado las jóvenes recurren a métodos que las ayuden a lograrlo y a mantenerlo. Uno de estos métodos es el seguimiento de dietas, que generalmente precede al desarrollo de un desorden alimentario y es reconocido como un importante factor de riesgo, ya que favorece la preocupación por los alimentos, reduce los sentimientos de control sobre el comer, y propicia subsecuentes episodios de comer en exceso.

Patton, Jonson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990, citado por Unikel, y Gomez Pérez-Mitré, 1999) mencionan que el riesgo de desarrollar un desorden alimentario es ocho veces mayor entre los adolescentes que hacen dietas, que en aquellos que no las utilizan. El seguimiento de dietas esta relacionado con la insatisfacción con la figura corporal o con la preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

PESO CORPORAL

El peso es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo; agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido el tejido óseo y tejido adiposo. Una alteración en el mismo no discrimina cual es el compartimiento responsable (Braguinsky, 1996).

Debe destacarse, que la grasa corporal no se puede medir directamente. Por lo que el peso sólo representa un indicador de medición indirecta. El término de masa grasa se refiere a los lípidos del organismo que se encuentran presentes en las células, en los fluidos corporales y, muy principalmente, en tejido adiposo en el que se encuentran los triglicéridos, mientras que masa magra se define como la

diferencia entre la masa corporal total y la masa grasa. Es evidente que el peso corporal es un valor agregado, dado por todos los fluidos y todos los tejidos del organismo, en el que queda incluido el tejido adiposo (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Gómez Peresmitré y Saucedo (1997), realizaron estudios para validar la capacidad diagnóstica del IMC en preadolescentes y adolescentes mexicanos. Estos trabajos permitieron corroborar lo encontrado en otras investigaciones en donde se informa que el IMC predice de excelente manera la obesidad y el bajo peso a los 18 años, bien a la edad de 13 años, pero medianamente en edades menores.

Para determinar la alteración de la Imagen Corporal se utiliza la fórmula peso real – autopercepción del peso corporal (IMC- autopercepción del peso corporal) ambos medidos en una escala de 5 respuestas (muy delgada a muy gorda). La diferencia positiva que resulta se expresa en términos de sobrestimación, y la diferencia negativa como subestimación; una diferencia igual a cero se interpreta como percepción adecuada del peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Puede entenderse, que el peso corporal no represente, por si mismo, una medida adecuada para la clasificación de la obesidad o el bajo peso, de aquí la importancia del Índice de Masa Corporal (IMC); los valores del IMC en adultos no varían con la edad, no requieren de tablas y se ha probado una alta correlación con la grasa corporal así como baja correlación con la estatura, lo que lo convierte en un índice de gran utilidad (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

Los factores psicosociales son determinantes en la predisposición y en la persistencia de la obesidad. Desde que el niño crece en un hogar se le enseña a tener ciertos hábitos y costumbres, además de que en determinadas circunstancias se ejerce una presión de tipo emocional que van acentuando el mensaje que se trasmite por la familia; y si agregamos que en su núcleo familiar se tiene un raquítico poder adquisitivo; esto hace que se vaya forjando una cultura que más tarde es casi imposible de modificar (Gómez, 1987).

La obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso. Esto significa que no todo aumento de peso se considera obesidad, sino sólo si es debido a un exceso de la masa grasa. En relación con la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción con la imagen corporal tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal o no tan importante, por ejemplo en el caso del sobrepeso, y darse de cualquier manera esa sobrevaloración. Dicha insatisfacción se caracteriza, además por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

El niño que crece con hábitos alimenticios deficientes, será un adulto obeso con todas las complicaciones que esto puede acarrear y lógicamente las acciones cotidianas limitadas y su influencia en el ámbito familiar. Desafortunadamente en nuestro país existe ésta problemática de carencias en cuanto a la orientación dietética, y cuando la hay no se cuenta con los medios económicos suficientes, por lo que la obesidad de tipo simple socialmente es reflejo de cultura y capacidad económica (Gómez, 1987).

En especial en las adolescentes y preadolescentes influye una cultura ajena a la suya, donde los medios de comunicación masivos, en especial la televisión junto con los concursos de belleza y la moda, se suman para crear, incluso en niños desde los seis años, actitudes totalmente negativas hacia la obesidad (Gómez Peresmitré, 2001).

Braguinsky, (1987; Gómez Pérez-Mitré, 1993), menciona que la persona obesa se relaciona pobremente con su cuerpo: lo "ven" poco; no lo quieren ver, si lo ven reflejado lo desconocen, lo rechazan; lo "usan" poco –es sedentaria- y lo "disfrutan poco". En la obesidad y sobrepeso, además de la insatisfacción con la imagen corporal, pueden presentarse o no, accesos bulímicos (binge eating) prácticas de expulsión o de purga y prácticas de evitación, esto es, uso de supresores de hambre, ayunos y períodos de dietas restrictivas.

En un estudio de Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, Pineda (2001), mencionan una muestra de 4 525 niñas y adolescentes de escuelas públicas y privadas del D.F; en el cual se encontró que en la población de niñas que tenían una edad de seis a nueve años existen ya problemas de insatisfacción con la imagen corporal, de verse más gordas de lo que en realidad son y de seguir dietas restrictivas y no ingerir nutrientes en cantidades necesarias. En relación con la actitud hacia la obesidad, 63% del total del primer grupo manifestó adjetivos negativos como "una niña gorda es asquerosa, tonta y fea".

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO

De acuerdo con Gómez Peresmitré (2001) los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han incrementado de manera alarmante, no sólo en países como EUA, Inglaterra y Canadá; es por ello que en nuestro país empieza a hablarse de esta problemática a partir de la década de los 90's y también por entonces, se inicia en las universidades mexicanas, el estudio sistemático de los mismos.

En los últimos años se han realizada investigaciones en torno a los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, cabe destacar que el presente trabajo esta sustentado en investigaciones donde las edades de las muestras son mayores a las que se pretende en este estudio. Antes se creía

que los trastornos de la alimentación sólo se presentaban en países desarrollados, donde hay comida, entre la raza blanca y sólo en niveles socioeconómicos altos (Gómez Peresmitré, 2001).

Un estudio de campo aplicado a cuatro mil 525 niñas y adolescentes en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal demuestra que el problema existe en el país. En 1994 se comienza a realizar un estudio en el cual el primer grupo analizado fue el de las adolescentes, que se consideraba el mayor riesgo, porque en esa etapa hay una crisis de identidad y se es vulnerable a aceptar modas y lo que dicen los medios de comunicación. Al darse cuenta de que el problema comienza antes, el estudio se amplió a púberes de nueve a 12 años y a niñas de seis a nueve años. El estudio muestra que a mayor edad se presenta con más frecuencia la elección de las figuras delgada y muy delgada que las chicas quisieran tener (77%) contra 65% de las púberes y 50% de las niñas de seis a nueve años. Las niñas más pequeñas comparten con las mayores no sólo el deseo de una figura delgada, sino que por las mismas razones se muestran insatisfechas por su imagen corporal, no obstante que cuatro quintas parte de la muestra tienen un peso normal. Dichos factores incrementan el riesgo de un trastorno de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré et al, 2001).

En un estudio con edad promedio de 10.8 años realizado en hombres y mujeres de escuelas privadas y públicas del 5° y 6° grado por Gómez Peresmitré (1997), se encontraron indicadores de riesgo como distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, así como una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez, sobresaliendo como una de sus expresiones más claras, la elección de una figura ideal prácticamente anoréctica. Fue notoria por otra parte la distribución del índice de Masa Corporal, ya que se encontraron preadolescentes con pesos muy bajos y en porcentajes más altos de los que se han informado en otros estudios y observado en las mujeres de adolescentes mexicanos.

Por otro lado, Gómez Peresmitré y Avila (1998), realizaron un estudio donde los propósitos del mismo era determinar si en edades jóvenes (10.8 años en promedio) se practicaría la dieta intencional, la muestra N= 478 compuesta por niños del 5° y 6° grado de escuelas públicas y privadas del género femenino (n=245) y masculino de (n=242). Los resultados mostraron que un 25% de ellos aceptaron hacer este tipo de dieta, tanto para bajar como para subir de peso, además de encontrar factores de riesgo en el campo de los desórdenes alimentarios.

Los estudios realizados en poblaciones de estudiantes y profesionales del ballet, han señalado la presencia frecuente de características de la anorexia nerviosa, como son grandes expectativas de logro, perfeccionismo, miedo a la obesidad, preocupación por el cuerpo, sumisión y un alto nivel de actividad. Asimismo, considera que tanto las reglas de selección como la socialización una vez incorporados a un ambiente altamente competitivo, son los factores que mayormente influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en estas poblaciones consideradas de alto riesgo (Abraham, 1996; Garner y

Garfinkel, 1980, 1987; Hamilton, 1985, 1988; Szmukler, 1985; Warren, 1990; citados en Unikel y Gómez Peresmitré, 1999).

Dentro de las investigaciones realizadas se encuentran las de Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, (2001), la cual abarco un amplio rango de edades, desde los 6 años hasta los 19 años de edad, teniendo una muestra N= total 8673 hombres y mujeres, distribuidos en tres grupos: Pre-púberes (n=479); preadolescentes (n=2694) y adolescentes (n=5500). Teniendo como objetivo conocer si entre los escolares mexicanos pre-púberes ya están presentes los factores de riesgo en trastornos de la alimentación detectados en muestras de poblaciones púberes o preadolescentes y adolescentes.

Entre los resultados se encontró que los escolares más jóvenes ya han adoptado una actitud lipofóbica de su entorno social y que comparte con las chicas más grandes no sólo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal. Además estas jóvenes niñas también alteran (sobrestiman) su imagen corporal, percibiéndose con mayor peso del que realmente tienen.

Además algunos de los resultados obtenidos muestran que las niñas en pleno periodo de crecimiento, de nueve a 12 años, comienzan a preocuparse por su peso y a hacer dietas, lo cual produce un problema de salud: la desnutrición (Gómez Peresmitré et al, 2001).

Gómez Pérez-Mitré (2001) menciona que los trastornos de la alimentación tienen consecuencias graves para la calidad de vida con altos costos tanto en nivel individual como social. Este no es un problema exclusivo de una región; junto con la globalización económica se registra otra ideológica que ha llevado a que en países como Inglaterra uno de cada seis niños esté a dieta o desee estarlo y a los nueve años 34% de los infantes se consideren gordos, a pesar de que un tercio de ellos se alimenta por debajo de sus necesidades (Gómez Peresmitré et al, 2001).

Es importante señalar que el presente estudio es de los primeros que se realiza con factores de riesgo en trastornos de la alimentación en niños preescolares por que representa una primera aproximación, puede considerarse un estudio exploratorio cuyos resultados deberán confirmarse en investigaciones posteriores.

CAPITULO 4.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL NIÑO

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Los síndromes más importantes de los trastornos alimentarios son la bulimia y la anorexia nervosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos, así como la obesidad que también se encuentra relacionada con alteraciones psicológicas (OMS, 1992).

Si bien la anorexia, la bulimia y la obesidad no son desordenes nuevos, hay factores socioculturales que han incidido fuertemente en su crecimiento. Habiendo un efecto de retroalimentación entre las demandas culturales y/o personales de tener determinado tipo de cuerpo, el sentido que la persona le atribuye al logro de tal meta o a la dificultad de conseguirla, y las soluciones que pone en práctica para lograrlo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

En efecto las anoréxicas y las bulímicas muestran diferencias en el aspecto conductual, es decir, unas ayunan mientras que otras vomitan; no obstante estas manifestaciones son solo la punta de un iceberg que comparten síntomas característicos, varias de las manifestaciones suelen ser comunes a los tres tipos de trastornos – bulimia, anorexia y compulsión por la comida — e incluso, para los subtipos o variantes (Gómez-Peresmitré, 2001).

ANOREXIA NERVOSA

CONCEPTO

La anorexia nervosa puede entenderse como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal (Gómez-Peresmitré, 2001).

El término nervosa que califica a la anorexia (y la bulimia) hace alusión a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo de anorexia que puede tener otros orígenes: por ejemplo, rechazo de la ingesta de alimentos por razones fisiológicas (problemas de malformaciones congénitas de la laringe, traquea, etc) o comórbidas (efectos secundarios de medicamentos, o de otras enfermedades que afectan el hambre y/o apetito, diabetes, cáncer, etc) (Gómez-Peresmitré, 2001).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Bell (1985; citado en Toro, 1996) señala que durante la edad media entre los años 1200 a 1500 era la época en que las mujeres (religiosas) que de una manera muy entregada optan por tener prácticas de ayuno, un ejemplo de esto es: Santa Verónica, Margarita de Yperon, muchas de sus conductas constituían en llevar una vida de austeridad es decir ayunando, privándose de sueño y dedicándose a las tareas domesticas. Esta era una manera muy usual de acercarse a Dios y así purificarse, de hecho son varias las culturas que coinciden con el ayuno como medio para protegerse del mal.

La doctrina cristiana prevalecía en ese entonces y para ésta, el cuerpo significaba sentido de lo pecaminoso exigiendo un acto de control y regulación por parte de la mente, concibiéndose la purificación como parte del la vida espiritual y eterna Vanderycken y Deth (1994; citado en Toro, 1996) mencionan que la carne debía ser dominada por el espíritu, debida triunfar, el ayuno era un medio idóneo para ello, esto se presentaba en las mujeres piadosas para estar "limpias" por lo que los médicos europeos daban la descripción de un trastorno de anorexia mirabilis.

Richard Morton (1984; citado en Toro en 1996) fue el primero en describir el estado de una chica de 18 años con las siguientes características:...Cayó en una supresión total de sus cursos mensuales a causa de una multitud de preocupaciones y pasiones... A partir de ese tiempo su apetito empezó a decaer y su digestión a ser mala, su carne empezó a ser flácida y floja. Era estimada por su estudio y continua dedicación a los libros, a los que se entregaba día y noche. En toda mi práctica (señala Morton) no recuerdo haber visto a alguien que estuviera tan versado en vivir y tan consumido...

En 1890 el médico Charcot describe también el caso de una paciente que mantenía un lazo alrededor de su cintura para nunca excederla y decía "Prefiero morir de hambre antes de volverme obesa como mi madre". A partir de estos estudios empieza a considerarse un elemento que caracteriza a este trastorno que es un miedo mórbido a volverse obeso (Holtz, 1995).

Gull (1894, citado en Klein, 1963) consideró que el término anorexia nervosa se refería a la aparición del trastorno que se presentaba en la adolescencia y era debido a una causa hereditaria o un mal funcionamiento del sistema nervioso es decir esta falta de apetito se debía a un miedo intenso de engordar y perder el control de la ingesta de comida.

Janet (1903), señala que la anorexia nervosa tiene un origen emocional dado que sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo. Estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y tenían ciertos delirios por los alimentos y el comer. El significado de esta conducta es el miedo a crecer y a su desarrollo sexual como mujeres. Freud (1905) describió el trastorno de la anorexia nervosa a partir de una interpretación psicodinámica en donde la sexualidad no ha alcanzado un

desarrollo óptimo, clasificándola como una neurosis nutricional. Todos los apetitos se manifestaban como consecuencia en el comer y no comer o en la presencia o ausencia de impulsos sexuales (citados en Toro, 1996).

Para Bruch (1974; citado en Toro, 1996) la anorexia nervosa debe entenderse en términos de desarrollo de la personalidad dentro del contexto de la familia y determina que la anorexia se divide en dos partes básicas:

La anorexia primaria sería la presencia de distorsión de la imagen corporal que significa una percepción del cuerpo como obeso, es decir, la dificultad en la identificación de los sentimientos y las emociones en términos cognitivos, es debido a las experiencias infantiles y adolescentes, siendo ésta la etapa de la vida en que se busca y desarrolla la autonomía y la individuación.

La anorexia secundaria son características esenciales de pérdida grave de peso debido a conflictos internos. Es decir la falta de autonomía de estas pacientes da la sensación de que nunca van a satisfacer las expectativas de sus padres.

Gómez-Peresmitré, (2001), mencionan que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) responden a una etiología multifactorial esto es, obedecen a múltiples causas o determinantes y aunque el rastreo de uno de ellos, el de la Anorexia Nerviosa, muestra su presencia entre las mujeres religiosas desde la Edad Media (1200 a 1500) y en el Siglo XIX ya se le había dado el nombre de Anorexia Nervosa, no obstante, el avance en el conocimiento científico de la misma, ocurre hasta mediados del Siglo XX, con el inicio de su estudio e investigación sistematizados en los países desarrollados.

La época moderna en el estudio de la Anorexia nervosa (AN) se inicia en 1950 con los trabajos de la psicoanalista Hilda Bruch, sin embargo, no será sino hasta la década de los 80's cuando aparecerá por primera vez en el DSM-III como consecuencia del aumento espectacular que tuvo esta enfermedad a partir de 1970, en los países desarrollados y después de que Feighner et al. (1972) hubiera elaborado lo que puede considerarse la primera guía/diagnostica de estos trastornos (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda,. 2001).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

La anorexia Nervosa se caracteriza por una grave pérdida de peso causada por una deliberada inanición (Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo 2001). De acuerdo al DSM-IV-TR (2002) las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno sufren amenorrea, aunque hayan pasado la menarquia.

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo (DSM-IV-TR, 2002).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico (DSM IV-TR, 2002) la anorexia nerviosa se diagnostica bajo los siguientes criterios:

- A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, ejem., con la administración de estrógenos).

La anorexia nerviosa, pone fin al proceso de maduración, lo que se expresa, para decirlo con pocas palabras, como una inadaptación social que obstaculiza el crecimiento, limita los intereses y rompe con la capacidad de relación. El costo social, se expresa con una ruptura, la patología pone fin al proceso precursor de la productividad (Gómez-Peresmitré, 2001).

SUBTIPOS

En el DSM IV-TR (2002) encontramos los siguientes subtipos:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que

pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

ANOREXIA EN EL NIÑO

La conducta alimentaria como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo, empero la alimentación del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales, así como los aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten el fuente de conflicto generadora de desordenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Las dificultades en la alimentación son frecuentes durante la primera infancia y en la edad preescolar, problemas como la obesidad suelen ser más preocupantes en las etapas ulteriores de la infancia. Las alteraciones o dificultades pueden ser desde alterar el crecimiento y desarrollo del niño, en el caso de ingestión insuficiente, con la consiguiente morbilidad o incluso mortalidad, hasta alteraciones en la autoestima, la autoimagen y la conducta adaptativa del niño, como podría ser con la obesidad. Sus efectos ocurren no solo en el presente sino que repercuten a largo plazo durante la vida adulta (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

León, (1998; citado en Platas, Pineda, Pérez-Mitré, 2001) menciona que en la lucha del poder, de la relación padre-hijo, lo que se provoca es una rebelión en una gama de formas variadas; problemas de conducta y de alimentación, encopresis y enuresis. Cuando se establece una lucha entre el adulto y el niño, este último busca formas o maneras para expresarse pese a su edad, es por ello que si se rehúsa a comer o bien decide vomitar o defecar, "gana".

Entre madre e hijo, padres e hijos o entre personas de cualquier edad que entablan relaciones afectivas, se entretejen vínculos afectivos que tienen potenciales positivos y negativos, pues si bien poseen toda la carga de todos los afectos satisfactorios también poseen implícita la carga de posibles frustraciones o privaciones derivadas, precisamente de la propia necesidad de ser amado y correspondido. Es así como de la relación que entre madre e hijo se establezca depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y que las experiencias centrales de su vida sean de placer o displacer. Las muestras de afecto o rechazo que reciben desde que son lactantes, determinan la buena o mala relación que tendrán con sus semejantes y la aceptación o repudio de las cualidades que forman su modo de ser (León, 1998; citado en Platas, Pineda, Pérez-Mitré, 2001).

La percepción que establecen los hijos y básicamente las niñas de la forma de ser de su madre hace que ellas durante su crecimiento expresen las mismas formas de enfrentarse a la vida. Así pues, madres con trastornos alimentarios, preocupadas por el peso, la figura y la dieta tiene dificultades al alimentar a su hijos, modelando una forma de alimentación que a su gusto contengan alimentos que no puedan "engordar" (Zavalloni, 1977; citado en Platas, Pineda, Pérez-Mitré, 2001).

De acuerdo a Marcelli y Ajuriaguerra (1996) en la Psicopatología del niño, se muestran las siguientes clasificaciones de este Trastorno de la Conducta Alimentaria:

Anorexia del Segundo Trimestre. Sobreviene con frecuencia entre los 5 y los 8 meses. A veces, aparece progresivamente, otras súbitamente. En ocasiones, frente a un cambio de régimen alimenticio: destete, introducción de alimentos sólidos, etc.

La anorexia es un factor aislado, el bebé sigue creciendo e incluso engordando. La viva apetencia por los líquidos compensa frecuentemente la anorexia hacia los sólidos. Sin embargo, no es raro que dicha anorexia este centrada en la relación con la madre y que el niño coma perfectamente con cualquier otra persona. La madre entonces experimenta esta conducta como un factor de rechazo centrado directamente sobre ella. En esta situación Dolto (citado en Marcelli y Ajuriaguerra, 1996) menciona, que al estar la madre angustiada, la comida deja de significar para el niño la ingestión del alimento, sino más bien la absorción de la angustia materna.

Kreisler (citado en Marcelli y Ajuriaguerra, 1996), distingue dos formas de anorexia según la evolución del niño:

Anorexia simple: Aparece como trastorno esencialmente reactivo (al destete, a una enfermedad intercurrente, a un cambio del ritmo de vida, etc.). Una actitud de rechazo unidad habitualmente a una actitud de acoso por parte de la madre; desapareciendo rápidamente mediante un cambio en la conducta de la ésta.

Anorexia Mental Grave: Al principio no se diferencia en nada de la anterior, sin embargo, está persiste; probablemente debido al comportamiento de la madre que no es susceptible al cambio.

Así mismo pueden aparecer otros trastornos: Perturbaciones del sueño, cóleras intensas, espasmos de sollozo; frente a la comida el niño muestra un desinterés total o un vivo rechazo. El comportamiento anoréxico puede estar jalonado por períodos durante los cuales el niño come mejor, mostrando únicamente su capricho por los alimentos dulces, o los lácteos o las legumbres. Los vómitos son

frecuentes y señalan las escasas comidas que se ha dignado a tomar, es posible un retroceso somático sin desarrollar enfermedad específica.

Kanarek, (1991; citado en Gómez-Peresmitré; 2001), afirma que la historia clínica de las pacientes que padecen este trastorno suele mostrar conflictos pasados o presentes de la niña con sus padres y sobresalen los problemas en torno a la figura de la madre.

La anorexia nervosa pone fin al proceso de maduración, lo que se expresa, para decirlo con pocas palabras, como una inadaptación social que obstaculiza el crecimiento, limita los intereses y rompe con la capacidad de relación. EL costo social se expresa con una ruptura, la patología pone fin al proceso precursor de la productividad; Así mismo, Gómez-Peresmitré (2001) afirma que estas problemáticas son características de etapas tempranas de la vida (pubertad y adolescencia).

BULIMIA NERVOSA

ANTECEDENTES HISTORICOS

Refiriéndose a la Bulimia Nervosa, Toro (1996) menciona que la palabra "bulimia" proviene etimológicamente del griego Bous = buey y limus = hambre (hambre de buey), como diagnóstico diferenciado de la anorexia nervosa desde 1980 una primera aproximación estadística indica un porcentaje de 9 al 20% de mujeres entre 14 a 18 años.

La Bulimia Nervosa es un trastorno de la alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos, en el que se instaura un ciclo de ingesta-vomito-ingesta, con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella (Kanarek, 1991; citado en Gómez Peresmitré, 2001).

Durante la edad media el vómito constituyó una práctica en donde el penitente arrojaba de sí sus pecados y podían dominar los apetitos sexuales más o menos desordenados, se practicaba como una manera de purificarse de los malos pensamientos que llegaran a tener. La historia del mundo occidental, en particular en Europa, señala varios personajes y grupos sociales que practicaban el atracón seguido del vómito, ejemplo de estos son: Enrique VIII de Inglaterra y quienes le rodeaban, Alejandro Borgia y sus cortesanos (Giannini 1993; citado en Toro, 1996).

Rusell (1979; citado en Chinchilla, 1994) fue el primero en mencionar el término "Bulimia Nervosa" para describir un grupo de pacientes que presentaban episodios bulímicos que intentaban mitigar los efectos de la sobre ingesta a través de

vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y el uso de diuréticos y mostraban invariablemente una preocupación por el peso y las medidas corporales.

Así mismo la bulimia nervosa se distingue por episodios recurrentes de sobrealimentación compulsiva, seguidos por intentos de evitar las consecuencias del balance positivo autoinduciendo el vómito o utilizando otros medios drásticos. La bulimia sin purga se asocia frecuentemente con obesidad (Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo, 2001).

En el se describe a la bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control de peso corporal lo que lleva al enfermo a tomar las medidas extremas de mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. La distribución por sexo y edades es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente. A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que esta 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 electrolíticos, a complicaciones somáticas y a una mayor pérdida de peso.

Los primeros casos de Bulimia Nervosa se publicaron a finales del siglo pasado, aunque hasta la década de los 40 no aparecieron en la literatura médica descripciones clínicas detalladas. La mayor parte de los casos se describen en pacientes con anorexia nerviosa, pero ya se indicaban su presentación en personas si anorexia. En los años 50's se refirieron episodios de ingesta compulsiva en individuos obesos, y a mediados de los 70's se reconocieron casos frecuentes de bulimia en personas con peso normal (Gómez Peresmitré, 2001).

Russell (1979; citado en Gómez Peresmitré, 2001) empleó por primera vez el término "bulimia Nerviosa" para referirse a un grupo de pacientes sobre los que aportaban una descripción clínica detallada y criterios diagnósticos del cuadro; destacando la urgencia por comer de forma descontrolada, empleo de métodos para evitar engordar, especialmente el vómito y/o el abuso de laxantes, acompañado de un pánico morboso por engordar.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

De acuerdo al Manuel Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV-TR, 2002) la Bulimia Nerviosa se diagnostica bajo los siguientes criterios:

- A- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) es cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- B- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, con son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo,
- C- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E- La Alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los episodios de ingesta compulsiva de alimentos suelen ocurrir por la tarde o por la noche a escondidas, en los que se consumen grandes cantidades de alimentos con preferencia dulces (productos de pastelería) muchas veces para arrojarlos (vomitarlos) una vez finalizada la ingesta. En ocasiones, se asocia al uso abusivo de laxantes y diuréticos. Cualquier situación de tensión, ansiedad, depresión o simplemente la visión de la comida puede ser el desencadenante (Gómez Peresmitré, 2001).

SUBTIPOS

Así como en la anorexia nerviosa el DSM-IV-TR (2002) también muestra los subtipos en la bulimia nerviosa y son los siguientes:

Tipo Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado en vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diurético o enemas durante el episodio.

INCIDENCIA Y CAUSAS ATRIBUIDAS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ANOREXIA

La anorexia es una enfermedad que en la gran mayoría de los casos se presenta en mujeres, crea una alteración de la percepción de la imagen corporal: las chicas se ven gordas, cuando en realidad pueden estar en los huesos. Cada día se conoce más sobre esta problemática. Nos enteramos con mayor frecuencia de la que quisiéramos, que la gran mayoría de nuestras artistas o cantantes sufren de tales trastornos, que la hija de una amiga, o las amigas de nuestras hijas son anoréxicas y/o bulímicas. También se sabe, que en las instituciones en donde se les da tratamiento, ha habido incrementos notables en el número de casos que solicitan ayuda; se ignora no obstante, cual ha sido el comportamiento exacto de dicho incremento (Gómez-Peresmitré et al, 2001).

El estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se inicia en Estados Unidos con el supuesto de que esta problemática era característica de los países del primer mundo, de la raza caucásica o blanca y de las clases altas de las sociedades occidentales (Gómez-Peresmitré et al, 2001).

Según algunos reportes, este tipo de enfermedades como la anorexia y la bulimia se ha incrementado hasta 15 veces en los últimos años, de 1992 al 2000. Ante el panorama Gómez Peresmitré et al, (2001) aseguró que como en el resto de las enfermedades, la prevención es esencial.

La literatura especializada a nivel internacional señala, entre otras cosas, que las chicas afroamericanas de Asia, las hispanas y familias latinoamericanas así como las chicas de todos los niveles socioeconómicos sufren de tales trastornos (Thompson, et al., 1994; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001). Al respecto, Thompson y col. afirman que es frecuente que las chicas de bajo nivel socioeconómico (blancas y de color) se involucren en conductas de sobreingesta o de dieta restrictiva en su intento de resolver sus pérdidas y frustraciones diarias. En la década de los 80's algunos autores ya señalaban que el 80% de las mujeres en América (Estados Unidos) a través de las razas, clases y diferencias étnicas reportan que la experiencia de ser mujer significa "sentirse gordas" (Silberstein, Streigel-Moore y Rodin, 1987; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001).

Toro (1996) hace una precisión al respecto: "Aceptando la existencia de un cierto incremento de trastornos del comportamiento alimentario en los países no desarrollados, o incluso la aparición ex novo de los mismos, lo cierto es que su prevalencia nada tiene que ver con la observada en el mundo desarrollado occidental"

La anorexia nervosa es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y es durante la adolescencia (13 – 19 años) cuando se consolidan alcanzando un

pico de prevalencia entre los 17 y los 19 años, aunque también puede presentarse en los años de la preadolescencia (11 -12) y después de la adolescencia (20 -30 años). De acuerdo con Fichter et al (1991; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001) son varios factores predisponentes los que crean interactivamente la susceptibilidad individual. Como la investigación lo demuestra, ser mujer, ser joven y perfeccionista, con rasgos obsesivo-compulsivos incrementa grandemente la susceptibilidad de padecer esta enfermedad.

BULIMIA

Al igual que la Anorexia Nervosa, la Bulimia Nervosa es un trastorno que aparece preferentemente en mujeres (mujer/hombre de 8:1) y frecuentemente aparecen juntas la bulimia y la anorexia (bulimarexia). Sin embargo, pueden marcarse diferencias entre los dos grupos. En general, las personas con bulimia no presentan problema de adelgazamiento pronunciado (emaciación), suelen ser mayores y no presentan problemas serios de relación en sus diferentes áreas de interacción social. No es frecuente la aparición de amenorrea. Son habituales los síntomas de depresión y labilidad emocional, siendo mayor el riesgo de suicidio. Del 26 – 61% de las mujeres y el 28-42% de los hombres presentan episodios ocasionales de apetito compulsivo. Considerando como criterios diagnósticos de bulimia la presentación de episodios de apetito compulsivo al menos una vez a la semana y el empleo habitual de laxantes, distintos autores han estimado la prevalencia de este trastorno entre el 1 y el 8% en mujeres jóvenes (Gómez Peresmitré et al, 2001).

Gómez-Peresmitré et al, (2001) afirman que dentro de los resultados obtenidos en las muestras de las poblaciones de adolescentes y preadolescentes investigadas, no se presentaban los trastornos de la alimentación como tales: por ejemplo, Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa, esto es, tal y cómo se definían en el DSM-III-R y actualmente en el DSM-IV-TR, lo que nuestros datos mostraban, podrían denominarse factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria, además de que la frecuencia con la que se presentaban era menor que la prevalencia reportada para las estudiantes norteamericanas.

El origen de la bulimia es multifactorial, si bien, los aspectos psicológicos tienen gran importancia. Diferentes autores sugieren que la bulimia es un trastorno asociado a cuadros depresivos puesto que se acompaña de síntomas característicos de la depresión y son frecuentes las alteraciones afectivas entre los familiares del paciente. Las mujeres bulímicas suelen ser muy sensibles al rechazo y al fracaso, son muy exigentes y con frecuencia tienen problemas de control de impulsos (Kanarek, 1991). El entorno familiar del paciente bulímico muchas veces es conflictivo y desorganizado, siendo difícil la comunicación entre sus miembros e impidiendo la conducta autónoma e independiente. Al igual que la anorexia nervosa la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de estos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer pueden favorecer la aparición de

conflictos y pulsiones alimentarias patológicas (citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001).

DIFERENTES AUTORES QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Abraham (citado Sylvestre, 1945) menciona que la manifestación somática puede ser en casos de anorexia nervosa, sólo un simple aspecto de un disturbio emocional comprensivo, que corresponde a la reconstrucción de experiencias en la niñez como es sugerido por el análisis de la depresión en el adulto.

Ana Freud (1946) dice, que la función de comer, sirve a las necesidades fisiológicas del cuerpo para nutrirse y obra armoniosamente con los esfuerzos del "ello" y fuerzas del "ego", los cuales están conjuntamente dirigidos hacia la propia preservación del individuo.

La necesidad de nutrirse pone en evidencia que el niño vigila sus sensaciones de hambre tomando la actitud apropiada para el apaciguamiento de ésta, la que a través de la ingestión de alimentos se siente satisfecha y se acompaña de placer, ya que el comportamiento del niño es dominado por la urgencia de escapar del dolor e incomodidad y de obtener placer, y la urgencia de procurárselo a sí mismo a través de la comida reforzada por la necesidad de obtener placer a través de los alimentos.

De acuerdo con esas condiciones Ana Freud (1946) describe 3 vías principales en las que la función de comer está puesta a disturbios.

- 1- a través de cambios en el organismo los que directa o indirectamente afectan la conducción del organismo a la sobrevida o la necesidad de nutrirse (trastornos orgánicos).
- 2- (por razones fisiológicas) a través de cambios en el agradable carácter de la función (trastorno no orgánico del proceso instintivo mismo).
- 3- A través de la sexualización o agresivo uso de la función la cual implica conflicto entre la actividad de comer con los esfuerzos del "ego" y conducta en estados de neurosis y de ansiedad, inhibición y formación de síntoma (trastornos neuróticos de la alimentación).

Cuando las madres por su propia seguridad fuerzan al niño a comer contra su voluntad, los factores emocionales pueden registrarse dentro de otra forma como una simple situación alimenticia "comer" entonces llega a ser una lucha entre la madre y el niño en la que el niño puede hallar salida para sus tendencias, ya sean activas, sádicas o masoquistas con respecto hacia la madre. Conseguir una victoria en esta batalla, puede para el niño ser más importante que satisfacer su reincidente apetito. Si no se concede importancia al ajuste individual del niño, al esquema alimenticio, el niño va a comer con incomodidad, sin placer y asociará situaciones penosas con el proceso de comer.

Cuando las desatenciones, insatisfacciones y frustraciones, conectadas con las experiencias alimenticias se hacen más frecuentes, puede en un tiempo, deformar el placer u al final degenerar la actitud del niño para el proceso de alimentación global. El tiempo de las comidas puede disminuir su atracción anterior y en un su lugar ser tarea tediosa, labor forzada en lugar de ser una ocasión para quedar satisfechos, y llegará a ser el niño "terco para comer", "demasiado sagaz para distraerse debido a la supresión del placer en el comer (Freud, 1946).

De acuerdo con Ana Freud (1946) las relaciones entre comer y los estados de objeto de amor se pueden dividir en estadios y son los siguientes:

Primer estadio, si el niño se alimenta satisfactoriamente: ama la experiencia de comer.

En el segundo estadio ama la leche, el pecho o la botella y cuando su poder de percepción permite al niño forma una concepción de la persona a través de la cual se obtiene su alimento, pasa este amor al proveedor de la comida que es "la madre" o sustituto de ella (objeto de amor). Este primer amor de los niños por la madre está dirigido hacia una satisfacción maternal, amor egoísta.

En el estadio siguiente el objeto de amor es todavía egoísta pero dirigido a satisfacciones no materiales, por ejemplo recibir amor, afecto, aprobación de la madre, ser amado.

El siguiente y más elevado estado de desarrollo es la capacidad de amar los objetos menos productores de beneficio (amor altruista).

Gran parte de la conducta conflictiva del niño con respecto a los alimentos, origina pérdida del apetito o disminución de la necesidad de comer por las emociones conflictivas con la madre, las cuales son transferidas a la comida como símbolo de ella. La ambivalencia hacia la madre puede expresarse como fluctuaciones entre una sobrealimentación o rechazo del alimento, sentimientos de culpa hacia la madre y una consecuente incapacidad para gozar de la comida; obstinación u hostilidad hacia la madre así como una lucha en contra de ser alimentado; los celos por el amor de la madre hacia los otros niño de la familia, pueden encontrar salida en la voracidad e insaciabilidad Freud (1946).

Masserman afirma que "normalmente ser querido es ser alimentado consecuentemente un rechazo del niño a la comida puede ser una reacción de rechazo a la madre".

Klein menciona que el niño puede reaccionar al destete con sentimientos depresivos o hasta con principios de melancolía. Además de que el objeto que está siendo deplorado es el pecho materno y todo lo que el pecho y la leche han llegado a significar para el infante; cariño, bondad y seguridad (citado en Lehman, 1950)

Rosse menciona que las madres que son incapaces de querer o amar a sus niños o que no desearon a sus hijos antes de su nacimiento; pueden desarrollar grandes sentimientos de culpa y ansiedad acerca de la alimentación del niño y por lo tanto ponen una excesiva preocupación en los procedimientos alimenticios. Como

resultado producen la anorexia en el niño y esto expresa indirectamente los deseos de muerte.

Cuando la alimentación es satisfactoria, el niño llega a tener confianza con la madre y el mundo que le rodea. Puede confiar en una segura satisfacción de sus necesidades instintivas y aprende a esperar: ha llevado a cabo su primera adaptación a la realidad (citado en Lehman, 1950).

Generalmente la falta de apetito empieza a ser un problema alrededor de los dos años, el período entre uno y cinco años es casi siempre de poco aumento de peso en relación con el primer año de vida; también el deseo de comer puede relativamente ser menor pero, psicológicamente existe un gran desarrollo a esta edad; el niño se vuelve más independiente y comprueba, en cierta forma, su autodeterminación oponiéndose a las órdenes de los padres y encuentra placer en esto al igual que el enojo o la angustia que en ellos ocasiona su negativa.

La mayoría de los trastornos alimentarios son una manifestación de un problema emocional profundamente arraigado. En niños con anorexia que son alimentados a la fuerza se presenta el vomito. En ocasiones el vómito manifiesta un disgusto por la escuela u otra situación subconsciente o inconsciente en el deseo de alejarse de dicha condición que no le es agradable o por no sentirse autosuficiente para enfrentarse a dicha situación (Barkwin y Barkwin, 1953).

Para **Andersen** (1983; citado en Unikel y Gómez Peresmitré, 1999), los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder control sobre el comer. Tanto la anorexia como la bulimia son motivadas por el deseo de estar delgado y el temor a estar gordo, independientemente del peso real de la persona.

El miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido calórico, lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil se puede considerar a la persona como un "comedor preocupado por el peso", mientras que cuando el temor es moderado la persona mostrará mayor alternancia entre sus conductas controladas o descontroladas del comer. En la medida en que la preocupación se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nerviosa.

La teoría psicoanalítica, de acuerdo con Batrina (1994; citado en Gómez-Peresmitré et al, 2001)) sugiere la existencia subyacente de miedo a madurar (de asumir los roles del adulto) por lo que la Anorexia Nervosa puede representar una defensa frente a fantasías sexuales amenazadoras de embarazo y miedo a los impulsos oníricos. También están presentes problemas de relación con los pares, se perciben a sí mismos con preparación inadecuada para asumir papeles de adulto, lo que se confirma por su necesidad de supervisión y coerción para comer.

FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Rosen (1990; citado en Raich, 1998) define el trastorno de la imagen corporal como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Tanto la paciente anoréxica como la bulímica presentan trastorno de la imagen corporal, sintiendo que no cambia su cuerpo, ni están delgadas, a pesar de estarlo en extremo.

Para conocer esta distorsión se utiliza la fórmula peso real – autopercepción del peso corporal (IMC- autopercepción del peso corporal) ambos medidos en una escala de 5 respuestas (muy delgada a muy gorda). La diferencia positiva que resulta se expresa en términos de sobrestimación, y la diferencia negativa como subestimación; una diferencia igual a cero se interpreta como percepción adecuada del peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Entre los factores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales reforzados y difundidos por los medio globalizados de comunicación social, entonces puede decirse que los TCA independientemente del desarrollo del país, de la raza y del nivel socioeconómico, son primero que nada, característicos, (producto y reflejo) de nuestros tiempos. Un ejemplo claro y de origen netamente nacional es lo que actualmente (mayo 2001) y en nuestro propio contexto social se está produciendo: los habitantes del D.F., hemos visto y escuchado un mensaje publicitario (de una importante firma comercial, del Palacio de Hierro) en la que una chica afirma que “prefiere decir su edad que su talla” contenido inaudito y otrora inaudible en la boca de una mujer y literalmente sintomático si no de los trastornos de alimentación de nuestros tiempos (de final e inicio de milenio) si de los factores de riesgo que conducen a ellos (Gómez-Peresmitré et al, 2001).

Patton et al., (1990; citado en Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2001) mencionan que las conductas de control de peso, especialmente la conducta dietante, son factores de riesgo para desarrollar desórdenes del comer más graves.

Por su parte Gómez Pérez-Mitré et al, (2001) aseguran que el problema de salud directamente consecuente de una dieta restrictiva en una etapa importante del desarrollo humano (pubertad) es el de la desnutrición. La conducta alimentaria puede verse influida por los amigos, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan diferentes valores, por lo que está puede tomarse fácilmente conducta de riesgo para la salud en general y para el desarrollo de trastornos de la alimentación en especial (Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré, 2001).

CAPITULO 5.

METODOLOGÍA

OBJETIVO:

La presente investigación tuvo como propósito explorar la relación que existe entre la imagen corporal de las mamás y su peso (Índice de Masa Corporal), e investigar la relación que se presenta entre la imagen corporal de éstas y la imagen corporal y la actitud hacia la obesidad de sus hijos.

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO:

La investigación que se llevó a cabo fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. Se trabajó con un diseño de 2 muestras de carácter correlacional.

MUESTRA:

Se trabajó con dos muestras: N1= 70 niños de ambos sexos que estudiaban pre-primaria pública, y N2= 70 mamás (o las mujeres que se encargan de la crianza de los niños de pre-primaria).

La muestra de niños se subdividió en n1= 38 niñas y n2= 32 niños.

La segunda muestra estuvo formada por las mamás o mujeres que estaban a cargo de la crianza de los niños (N2=70).

VARIABLES EN LAS MADRES:

Dependiente: Insatisfacción de la Imagen Corporal

Independiente: Peso (Índice de Masa Corporal)

VARIABLES EN LOS NIÑOS:

Dependiente: Satisfacción / Insatisfacción
Actitud hacia la delgadez / obesidad

Independiente: Sexo

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Satisfacción / insatisfacción: Es la configuración global que forma el conjunto de 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 es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza y normas de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon-schweitzer, 1992).

El factor satisfacción / insatisfacción se refiere a la discrepancia entre la figura actual y la figura ideal, este factor constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables externas más o menos importante ya que modula la relación entre realidades externas más o menos objetivas y realidades internas más o menos subjetivas (Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998).

Actitud: Es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas (Myers, 1995).

Obesidad: Es un exceso de grasa corporal y en general se acepta que la persona cuyo peso exceda un 20% o más de la norma se considera obesa (Toro y Vilardell), 1987).

VARIABLE INDEPENDIENTE

Peso: Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, incluido el tejido óseo y tejido adiposo (Branguinsky, 1996).

Sexo: Son las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a mujeres y a hombres (Branguinsky, 1996).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Satisfacción / Insatisfacción de la imagen corporal: Se entiende por satisfacción / insatisfacción a la diferencia entre figura actual y figura ideal que puede ser positiva y negativa; mientras que mayor sea la diferencia entre estas

mayor será la insatisfacción, entre menor sea la diferencia, menor será la insatisfacción. Una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1998).

Actitud hacia la obesidad / delgadez: Se midió con las respuestas de aceptación o rechazo que se dieron a las preguntas:

“¿Te gustan las(os) niñas(o) gorditas(os)?”, “¿Si te pusieras gordita(o) como te sentirías?”, “¿Oye como te gusta que sean tus amiguitas(os)?”, “¿A las niñas(os) les gustan los niños(as)?”, “¿A tú maestra le gustan las niñas(os)?”, “¿Las niñas (os) que tienen más amigas(os) son?”, “¿Qué es preferible estar muy gorda(o) o muy flaca(o)?”, “¿A ti te gusta jugar con niñas(o)?”.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Peso: Se midió con las respuestas que las madres dieron en el cuestionario como:

“¿Cuánto pesa usted?”, si no sabe “¿Cuánto cree que pesa?”; “¿En los últimos 6 meses ha tenido problemas con su peso?”.

Sexo: respuesta de los niños a la autoidentificación sexual

INSTRUMENTOS:

Se utilizó el Cuestionario de alimentación y salud para madres (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado y Moreno, 1999), que consta de 72 reactivos con preguntas abiertas y cerradas; el instrumento explora las siguientes áreas:

- Datos sociodemográficos,
- Socialización familiar alimentaria
- Datos antropométricos de su hijo (a)
- Conducta alimentaria del niño (a)
- Datos antropométricos de la madre
- Actitudes y creencias hacia la obesidad / delgadez
- Índice de masa corporal
- Antecedentes familiares como factor de riesgo
- Relación materna y relación paterna

Para las niñas y niños se utilizó el instrumento "Cuestionario de alimentación y salud" (Gómez Pérez-Mitré y Téllez, 1999) el cual consta de 33 preguntas las cuales son abiertas, cerradas y escalas visuales; el mismo exploró las siguientes áreas:

- Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal
- Actitud hacia la obesidad/delgadez
- Conducta alimentaría

PROCEDIMIENTO:

Con el propósito de asegurar la comprensión de los reactivos, los cuestionarios iniciales se sometieron a un estudio piloto, con muestra de niñas/os (n=20) con características similares a las de los sujetos de estudio.

Una vez elaborada la versión final de los instrumentos se pidió autorización a las autoridades correspondientes de la Secretaria de Educación Pública. Solicitando la participación voluntaria de las alumnas(os), los cuestionarios fueron aplicados en un salón de clases de manera individual (uno a uno), leyéndoseles las preguntas una por una.

El instrumento que se utilizó para las madres se aplicó de manera colectiva en una aula que fue facilitada por la dirección, ayudando y aclarando cualquier duda que se tuviera; este fue de manera anónima y confidencial.

ANALISIS DE LOS DATOS:

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, la primera para analizar la distribución de las variables de interés, mientras la segunda se utilizó para la comparación de las variables; así mismo se utilizaron graficas, cuadros y tablas para la facilitar la exposición de los resultados.

Con tal propósito se procedió al análisis de los datos a través del programa estadístico SPSS versión 8.0 para Windows. Los resultados principales se presentan en el siguiente capitulo.

RESULTADOS

CAPITULO 6.

La presente investigación tuvo como propósito explorar la relación que existe entre la imagen corporal de las mamás y su peso (índice de masa corporal), e investigar la relación que se presenta entre la imagen corporal de éstas y la imagen corporal y la actitud hacia la obesidad de sus hijos. Con tal propósito se procedió al análisis de los datos a través del programa estadístico SPSS versión 8.0 para Windows. Los resultados principales se presentan enseguida.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se trabajó con dos muestras: N1= 70 niños de ambos sexos que estudiaban pre-primaria pública, y N2= 70 mamás (o las mujeres que se encargan de la crianza de los niños de pre-primaria). La muestra de niños se subdividió en n1= 38 niñas y n2= 32 niños, la media total de edad fue de $X=5.4$ años ($S=.5$). El promedio de edad por sexo se muestra en la tabla 1.

Sexo	N	%	X	S
Niñas	38	54.3	5.4211	.5004
Niños	32	45.7	5.4688	.5070
total	70	100	5.44	.5

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LAS MAMÁS

La segunda muestra estuvo formada por las mamás o mujeres que estaban a cargo de la crianza de los niños (N2=70), como se observa en la Tabla 2, la mayoría de las personas que contestaron la encuesta eran las mamás de éstos, hubo un 5% de las niñas y un 6% de los niños que la contestaron las abuelas, y

un 5% en las niñas, que lo hizo una hermana y un 3% una tía, quienes se encargaban del cuidado de las niñas(os).

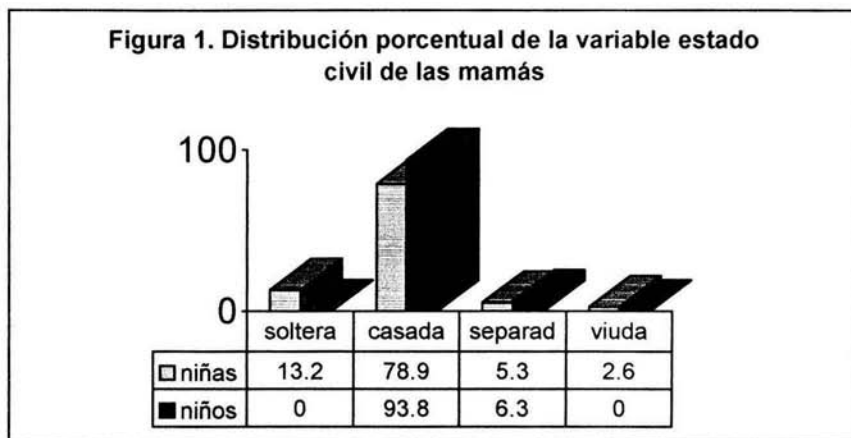
	Niñas	Niños	
Mamá	86.8%	93.8%	90.0%
Abuela	5.3%	6.3%	5.7%
Hermana	5.3%		2.9%
Tía	2.6%		1.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

El más alto porcentaje de las mamás de los niños de ambos sexos se encuentran en los rangos de edad de 20 a 29 y de 30 a 39 años, existen pequeños porcentajes que van de los 50 años hasta más de 70 (ver tabla 3).

	Niñas	Niños	
< 20 años	2.8%		1.5%
20 - 29	41.7%	41.9%	41.8%
30 - 39	36.1%	41.9%	38.8%
40 - 49	13.9%	6.5%	10.4%
50 - 59		6.5%	3.0%
60 - 69		3.2%	1.5%
> 70 años	5.6%		3.0%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Como se observa en la tabla 4, el porcentaje más alto de las mamás de los niños de ambos sexos tiene estudios de nivel medio superior (47%, estudios técnicos 20% y bachillerato, 27 %). Es interesante mencionar que se presentó un 13% de primaria incompleta entre las mamás de ambos grupos.

	Niñas	Niños	TOTAL
Primaria incompleta	15.8%	9.4%	12.9%
Primaria completa	7.9%	6.3%	7.1%
Secundaria incompleta	2.6%	12.5%	7.1%
Secundaria completa	15.8%	18.8%	17.1%
Estudios técnicos	18.4%	21.9%	20.0%
Bachillerato	28.9%	25.0%	27.1%
Profesional	10.5%	6.3%	8.6%
	100.0%	100.0%	100.0%



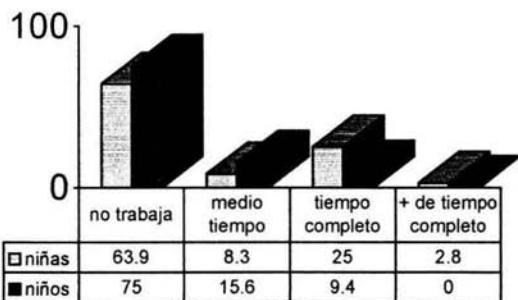
La figura 1 contiene la distribución porcentual del estado civil, como se observa, la mayoría de las mamás de los niños de ambos sexos reportó estar casada o en unión libre, aunque hubo un 13% de las mamás de las niñas que eran solteras. Como se observa en la tabla 5, la mayoría de las mamás (70%) tienen dos o tres hijos, aunque hubo un pequeño porcentaje que reportó tener seis y once.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE NÚMERO DE HIJOS

	Niñas	Niños	Total
Ninguno	8.1%		4.3%
Uno	10.8%	3.1%	7.2%
Dos	40.5%	50.0%	44.9%
Tres	29.7%	28.1%	29.0%
Cuatro	8.1%	9.4%	8.7%
Cinco	2.7%	3.1%	2.9%
Seis		3.1%	1.4%
Once		3.1%	1.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Cuando se preguntó a las mamás si trabajaban la mayoría reportó no hacerlo, sin embargo, más madres de niñas que de niños reportaron trabajar de tiempo completo (25% vs. 9%) (ver figura 2)

Figura 2. Distribución porcentual de la variable situación laboral de las mamás



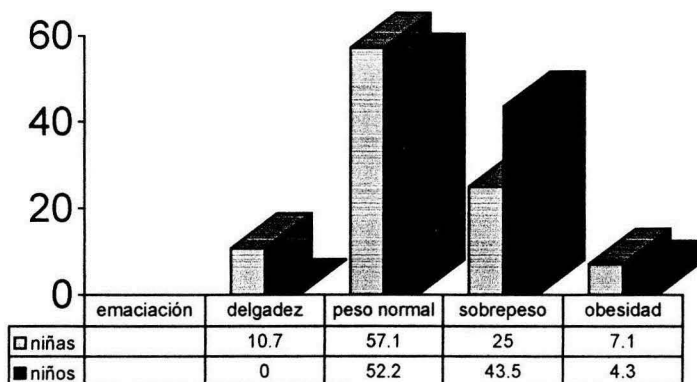
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LAS MAMÁS

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

La figura 3 contiene la distribución en porcentajes del IMC de las mamás, como se esperaba la mayoría se encuentra en la categoría de normopeso, aunque hubo un alto porcentaje de las mamás de los niños hombres que presentaron sobrepeso (43%), y hubo un 11% de mamás de las niñas que presentó delgadez contra cero % de las de los niños.

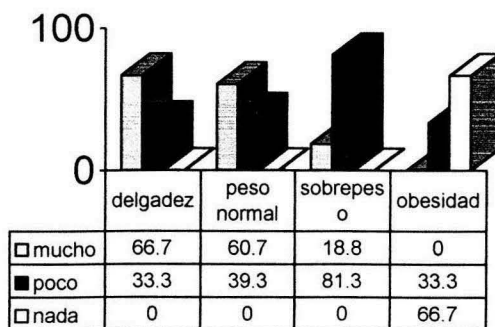
Figura 3. Distribución porcentual de la variable IMC de las mamás



SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR IMC

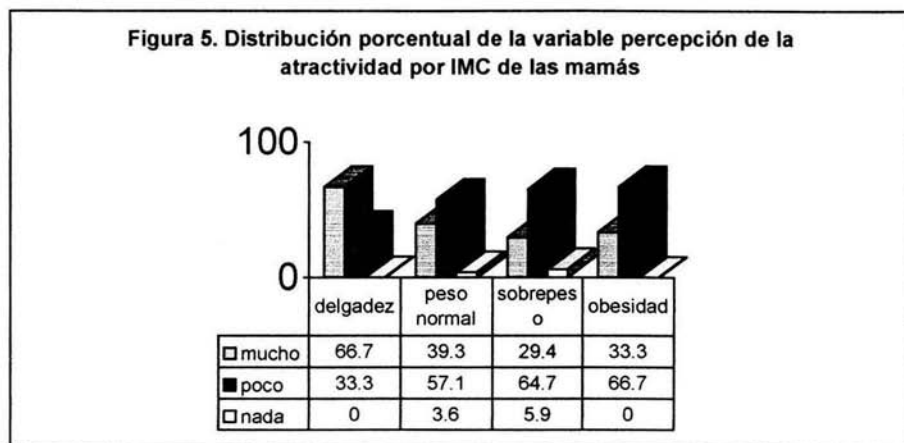
Cuando se preguntó a las mamás si estaban satisfechas con su imagen corporal, es interesante mencionar que aquellas que estaban delgadas y con peso normal reportaron estar muy satisfechas (67% y 61% respectivamente); la mayoría (81%) de las mamás con sobrepeso estaban poco satisfechas; mientras que la totalidad de aquellas con obesidad se encontraban poco (33%) y nada satisfechas (66%) (ver figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción por IMC de las mamás



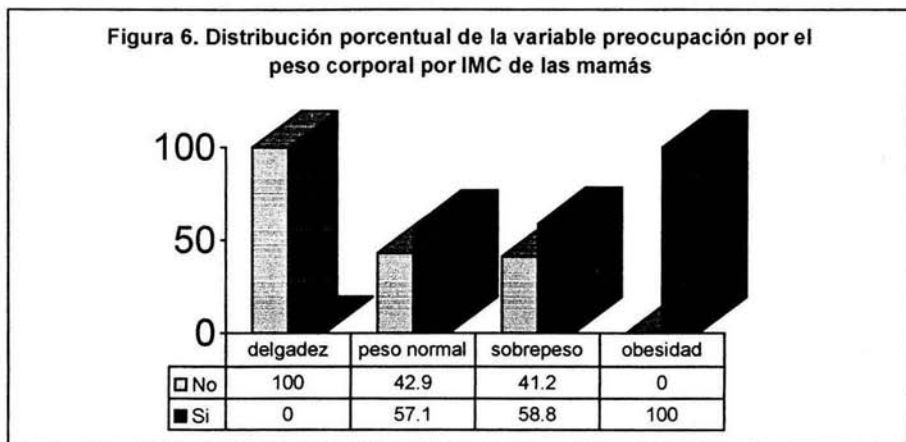
PERCEPCIÓN DEL ATRACTIVO CORPORAL POR IMC

Al igual que en la variable insatisfacción con la imagen corporal un alto porcentaje de las mamás con delgadez se consideran muy atractivas, en comparación con los porcentajes menores de las mamás con otras categorías de peso. Es interesante mencionar que las mamás con peso normal (el más alto porcentaje 57%) manifestó considerarse poco atractivas; y en aquellas con sobrepeso y obesidad la mayoría también se consideraban "poco" atractivas (ver figura 5).



PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL POR IMC

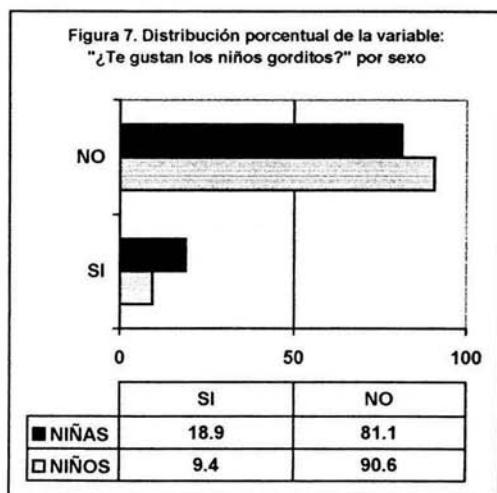
Cuando se preguntó si estaban preocupadas por su peso corporal, la totalidad de las mamás o las personas que se encargan de la crianza de los niños que se encontraban en la categoría de delgadez contestaron que no les preocupaba; más de las mitad de aquellas con peso normal y sobre peso si les preocupaba, mientras que la totalidad de las que tienen obesidad reportaron si preocuparles su peso corporal (ver figura 6).



DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LOS NIÑOS

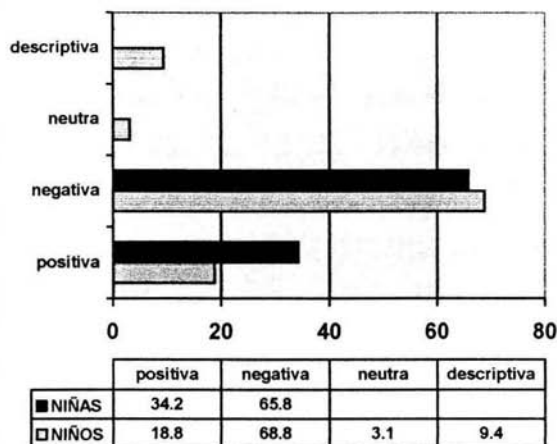
VARIABLES RELACIONADAS CON ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

La figura 7, contiene los porcentajes de las respuestas dadas por los niños(as) a la pregunta "¿Te gustan los niños gorditos?", como se observa, a la mayoría no le gustan, siendo más evidente entre los niños (91%) que entre las niñas (82%), aunque éstas también manifestaron un porcentaje bastante alto de desagrado con los niños gorditos.

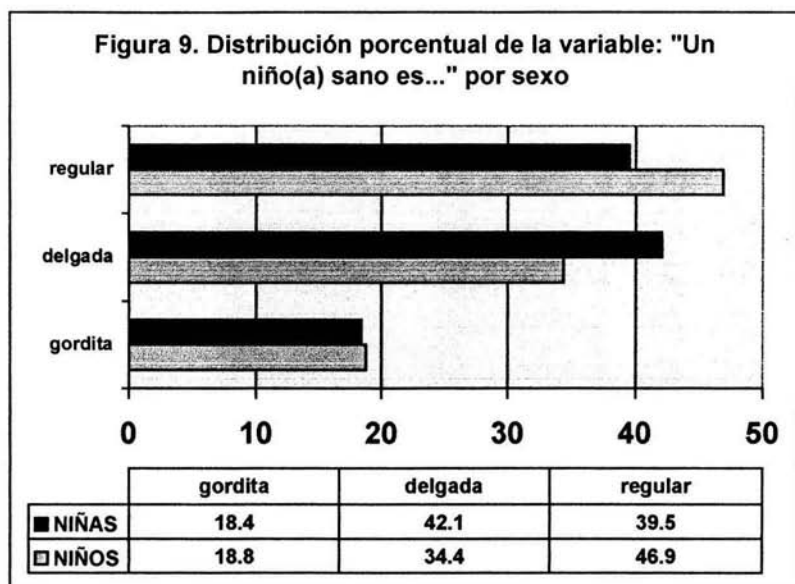


Cuando se preguntó a los niños como se sentirían si se pusieran gorditos, altos porcentajes de ambos sexos contestaron con respuestas negativas (fea, mal, triste), mínimos porcentajes respondieron de manera positiva (bien, bonito) y sólo niños de sexo masculino contestaron con respuestas neutras (igual que ahora, no pasa nada) y descriptivas (grueso, circulado) (ver figura 8).

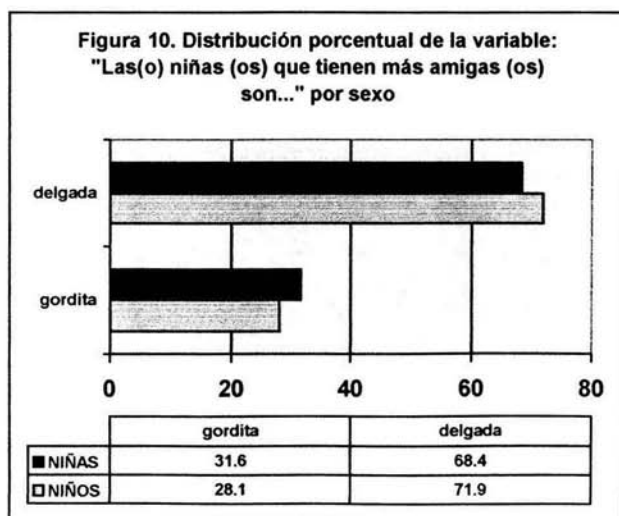
Figura 8. Distribución porcentual de la variable: "¿Si te pusieras gordito como te sentirías?" por sexo



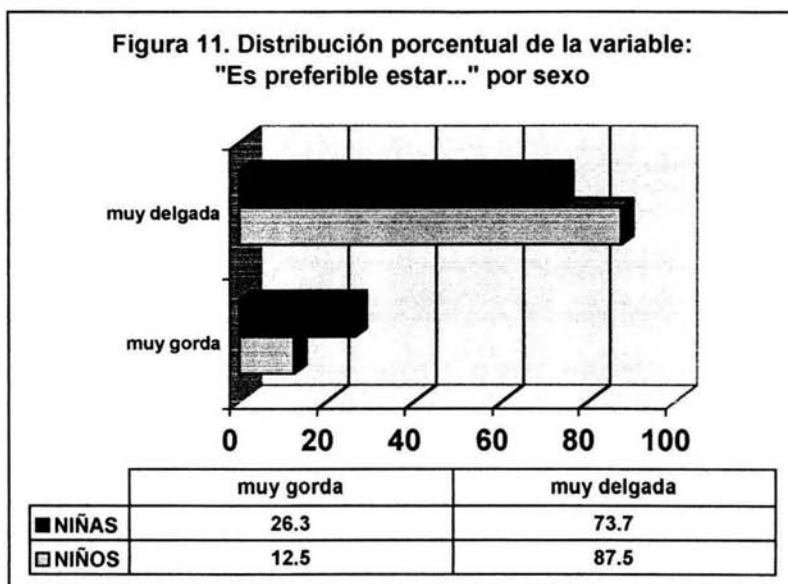
Como se observa en la figura 9, el más alto porcentaje de las niñas (42%) consideró que una niña sana es "delgada", seguida de la "regular" (normopeso) y el último lugar consideraron una figura "gordita". El más alto porcentaje (47%) de los niños consideraron que un niño sano es "regular" (normopeso) (ver figura 9).



En la figura 10, se puede observar que la mayoría de los niños (independientemente del sexo) consideró que los niños (as) que más amigos tienen son los delgados, aunque hubo un 32% de niñas y un 28% de niños que consideró a los infantes con sobrepeso en esta situación.



Cuando se preguntó a los niños como era preferible estar si obesos o muy delgados, la mayoría respondió que era preferible estar muy delgada (o), una minoría contestó con la primera opción (muy gorda (o)), este comportamiento de las variables fue más marcado en los niños de sexo masculino (ver figura 11).

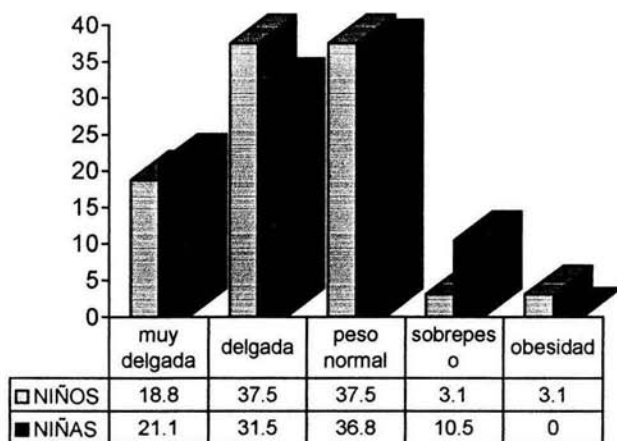


VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL

ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL

Como se muestra en la figura 12, la mayoría de los niños de ambos sexos eligieron siluetas en las categorías de delgadez y normopeso como figura ideal; es importante mencionar que un 21% de niñas y un 19% de niños eligieron siluetas muy delgadas y porcentajes muy pequeños eligieron siluetas con sobrepeso. Como se puede ver en la misma figura ninguna de las niñas eligió la silueta obesa como ideal corporal.

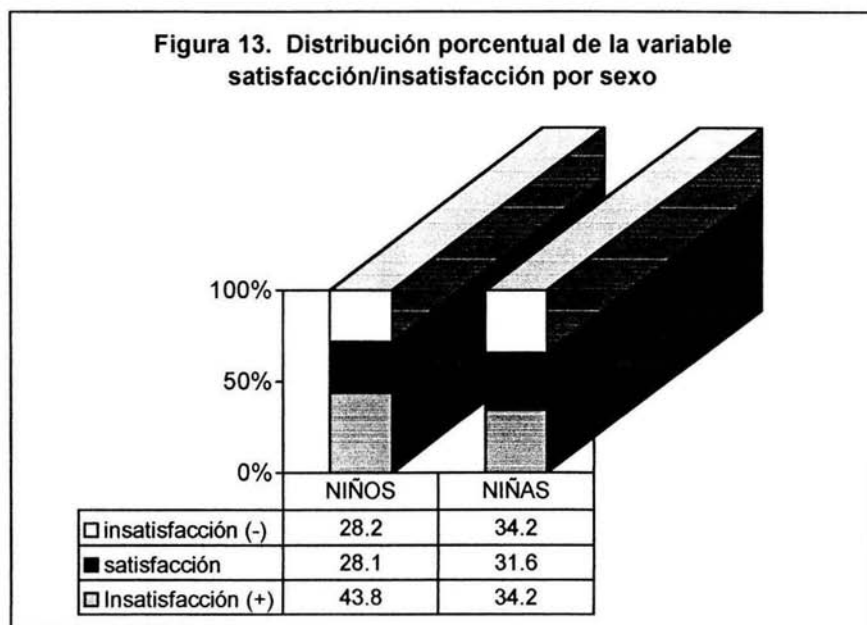
Figura 12. Distribución porcentual de la variable elección de figura ideal por sexo



SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Se obtuvieron los porcentajes de satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal de los niños (figura real percibida menos figura ideal), los datos indicaron que menos de una tercera parte de los niños (28%) y casi una tercera parte de las niñas (32%) se encontraban satisfechos con su figura: el 44% de los niños se encontraba insatisfecho porque quería ser más delgado (insatisfacción positiva) y el porcentaje restante porque deseaba ser más grueso (insatisfacción negativa), entre las niñas los porcentajes se repartieron por partes iguales en ambos tipos de insatisfacción (ver figura 13).

Figura 13. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción por sexo



ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

Con el propósito de investigar como se relaciona la imagen corporal y el peso corporal (IMC) de las mamás, se aplicó a las variables dependientes: satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, percepción del atractivo corporal, problemas con el peso corporal y preocupación por el peso, el análisis no paramétrico Kruskal Wallis (que compara las medias de rango de tres grupos o más), teniendo como variable independiente el peso corporal de las mamás (IMC). Como se observa en la tabla 6, se produjeron diferencias significativas en las variables de satisfacción/insatisfacción con la Imagen corporal y problemas con el peso.

TABLA 6. RESULTADOS KRUSKAL WALLIS. VARIABLES RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL POR IMC

	Peso corporal	Percepción de atraktividad	Satisfacción con la figura	Problemas con el peso corporal
Ji Cuadrada	6.135	1.688	13.966	9.848
gl	3	3	3	3
Sig.	.105	.640	.003	.020

Las medias de problemas con el peso corporal (incluidas en la tabla 7) indican que se manifestó una relación directa entre peso corporal (IMC) y problemas con el mismo, como se puede observar en la tabla 7 la media de las mamás con delgadez indica que no tuvieron problemas con su peso ($X=1$), seguidas por las normopeso y las sobrepeso. Las que manifestaron tener mayor problema con su peso corporal fueron las mamás con obesidad ($X=2.0$, $s=0$). En la misma tabla se pueden encontrar las medias de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, en donde el comportamiento de esta variable es muy similar al de la variable anterior: a mayor es el peso corporal (IMC) mayor es el grado de insatisfacción; la media de las mamás con delgadez se ubicó en "muy satisfecha" ($X=1.3$, $s=.58$), mientras que la de las madres obesas se ubicó en "nada satisfecha" ($X=2.67$, $s=.58$).

TABLA 7. MEDIAS Y D.E.s ESTÁNDAR DE LAS VARIABLES SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN Y PROBLEMAS CON EL PESO CORPORAL			
		X	S
Problemas con el peso corporal	DELGADEZ	1.0000	.0000
	PESO NORMAL	1.2963	.4653
	SOBREPESO	1.6471	.6063
	OBESIDAD	2.0000	.0000
	Total	1.4400	.5406
Satisfacción con la figura	DELGADEZ	1.3333	.5774
	PESO NORMAL	1.3929	.4973
	SOBREPESO	1.8125	.4031
	OBESIDAD	2.6667	.5774
	Total	1.6000	.5714

VARIABLES DE LA MUESTRA DE LOS NIÑOS

Como se observa en la tabla 8, no se produjeron diferencias significativas en ninguna de las variables dependientes: satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la obesidad ("¿te gustan los niños (as) gorditos, "es preferible estar", "una niña sana es...", "¿cómo te sentirías si te pusieras gordito (a)?"), teniendo como variable independiente el sexo de los niños.

TABLA 8. RESULTADOS DE LA PRUEBA t PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN Y ACTITUD HACIA LA OBESIDAD POR SEXO DE LOS NIÑOS			
	t	Gl	Sig.
Satisfacción / insatisfacción	-0.616	68	.540
te gustan los niños gorditos	-1.141	65.659	.258
Es preferible estar	-1.475	67.224	.145
Una niña sana es	-0.390	68	.698
¿Como te sentirías si te pusieras gordito (a)?	-0.765	67.970	.447

Las medias de insatisfacción con la imagen corporal de los niños indica que éstos, independientemente del sexo, tienen ligera insatisfacción porque quieren ser más delgados (ver tabla 9). En la misma tabla se puede observar que en promedio a los niños (independientemente del sexo) no les gustan los niños obesos (as), se sentirían mal si llegaran a estar con sobrepeso, consideran que una niña (o) sana (o) es delgada (o), y que era preferible estar muy delgado (a).

TABLA 9. MEDIAS Y D.E.S DE LAS VARIABLES SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUD HACIA LA OBESIDAD POR SEXO			
	sexo	X	S
Satisfacción / insatisfacción	niñas	.1842	1.2271
	niños	.3750	1.3619
te gustan los niños gorditos	niñas	1.8108	.3971
	niños	1.9063	.2961
es preferible estar	niñas	1.7368	.4463
	niños	1.8750	.3360
Una niña sana es	niñas	2.2105	.7410
	niños	2.2813	.7719
¿Como te sentirías si te pusieras gordito (a)?	niñas	2.9737	1.4423
	niños	3.2188	1.2374

RELACIÓN DE VARIABLES DE MAMÁS Y NIÑOS

Con el propósito de averiguar la relación entre la imagen corporal de las mamás y la de los niños, se aplicó a los datos la prueba correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados: una correlación estadísticamente significativa entre el grado de insatisfacción con la imagen corporal y el IMC de las mamás, el valor negativo de la correlación (-.543) indica que a mayor peso corporal menor grado de satisfacción con la imagen (ver tabla 10). Una correlación estadísticamente significativa entre la satisfacción de las mamás y el grado de insatisfacción negativa de los niños (quieren ser más gruesos), el signo negativo de la correlación (-.478) indica que a mayor insatisfacción negativa de los niños más satisfacción de las mamás. Se presentó una correlación positiva (no significativa $r=.394$), entre las variables IMC de las mamás e insatisfacción positiva de los niños (quieren ser más delgados), a mayor peso más insatisfacción.

		IMC mamás	Satisfacción/insatisfacción con la IC mamás	Insatisfacción negativa niños	Insatisfacción positiva niños
IMC Mamás	Correlación	1.000	-.543**	.105	.394
	Sig.	.	.000	.710	.086
	N	51	50	15	20
Satisfacción/insatisfacción con la IC mamás	Correlación	-.543**	1.000	-.478**	.147
	Sig.	.000	.	.025	.466
	N	50	69	22	27

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

CAPITULO 7.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito explorar la relación que existe entre la imagen corporal de las mamás y su peso corporal (índice de masa corporal), e investigar la relación que se presenta entre la imagen corporal de éstas y la imagen corporal y la actitud hacia la obesidad de sus hijos.

Se trabajó con dos muestras: N1= 70 niños de ambos sexos que estudiaban pre-primaria pública, y N2= 70 mamás (o las mujeres que se encargan de la crianza de los niños de pre-primaria). La muestra de niños se subdividió en n1= 38 niñas y n2= 32 niños, la media de edad general fue de $X=5.4$ años ($S=.5$).

Es importante señalar que el presente estudio es prácticamente uno de los primeros que se realiza en torno a los factores de riesgo en trastornos alimentarios en niños muy pequeños (preescolares) y que estudia simultáneamente a las dos agrupaciones, madres e hijos. Puede considerarse un estudio exploratorio porque representa una primera aproximación cuyos resultados deberán confirmarse en investigaciones posteriores.

Las edades de las mamás que fueron la mayoría, así como las encargadas de los niños(as) (otros familiares) se encuentran en los rangos de edad de 20 a 29 y de 30 a 39 años. Respecto al nivel de estudios, el porcentaje más alto de las mamás de los niños de ambos sexos tienen estudios de nivel medio superior. Es interesante mencionar que se presentó un 13% de primaria incompleta entre las mamás de ambos grupos.

Por otro lado cuando se preguntó a las mamás si estaban satisfechas con su imagen corporal, aquellas que estaban delgadas y con peso normal reportaron estar muy satisfechas; así como sentirse muy atractivas las primeras, las de peso normal se consideran poco atractivas. La mayoría de las mamás con sobrepeso estaban poco satisfechas; mientras que la totalidad de aquellas con obesidad se encontraban poco y nada satisfechas, así como poco atractivas. De acuerdo a los resultados que se muestran podríamos decir que las pautas culturales han determinado que ser delgada es sinónimo de éxito social. Adolescentes y mujeres jóvenes están sometidas a intensas y profundas presiones para cambiar su figura corporal o motivada por modelos y artistas o por la publicidad comercial (Ministerio de Salud, 2004). Estos resultados de insatisfacción corporal, confirman hallazgos previos en la misma dirección como los reportados por Gómez Pérez-Mitré (1999), en su estudio con preadolescentes mexicanos (9 a 13 años de edad); Guzmán y Téllez (2000) donde se tuvieron muestras con edades de 5 y 6 años; Alvarado y Moreno (2000) con muestras dentro del rango de los 6 a los 10 años; Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), en tres diferentes grupos de edad (pre-púberes, púberes y adolescentes; Arellano (2003) con muestras de

niños(as) de 8 a 10 años y Calzada (2004), en mujeres adolescentes de 15 y 18 años. Aunque hay que resaltar que parte de estas investigaciones se realizaron en edades mayores a las de este estudio.

Como reflejo de la satisfacción y grado de percepción del atractivo físico encontrada en las madres, al preguntárseles si estaban preocupadas por su peso corporal, la totalidad de las mamás o de las personas que se encargan de la crianza de los niños y que se encontraban en la categoría de delgadez no les preocupaba; más de la mitad de aquellas con peso normal y sobre peso si les preocupaba; mientras que la totalidad de las que tenían obesidad reportaron preocupación por su peso corporal. Estos resultados muy probablemente son consecuencia de las imágenes estereotipadas internalizadas que se tiene de la "belleza, éxito y popularidad" pues por todos es sabido que las imágenes que se difunden en los medios masivos de comunicación proyectan "belleza, igual a mujer delgada", "éxito, igual a mujer delgada", etc. Si bien es cierto que en la publicidad se utilizan imágenes de mujeres como anzuelo sexual para vender productos al público masculino, o bien imágenes de hombres para captar al público femenino. Los anuncios publicitarios marcan modelos y patrones que son interpretados de diferente manera por los espectadores y, por lo mismo, pueden inducir a ciertas prácticas discriminatorias, estereotipadas y sexistas (Instituto de la Mujer, 1998).

Las respuestas dadas por los niños a la pregunta "¿Te gustan los niños(as) gorditos(as)?", a la mayoría no les gustan, siendo más evidente entre los niños que entre las niñas, aunque éstas también manifestaron un porcentaje bastante alto de desagrado con los niños gorditos. Por lo que cuando se les preguntó a las niñas(os) como se sentirían si se pusieran gorditas(os), altos porcentajes de ambos sexos contestaron con respuestas negativas (fea, mal, triste), mínimos porcentajes respondieron de manera positiva (bien, bonito) y sólo niños de sexo masculino contestaron con respuestas neutras (igual que ahora, no pasa nada) y descriptivas (grueso, circulado). Así pues podemos observar que como consecuencia a un ambiente lleno de estímulos negativos reforzados por la sociedad en general (familia, pares, medios masivos de comunicación, etc) hacia la obesidad la mayoría de los niños (independientemente del sexo) consideró que los niños(as) que más amigos tienen son los delgados, aunque hubo cierto porcentaje de niños de ambos sexos que consideró a los niños(as) con sobrepeso para tener más amigos.

Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, (2001) han informado que niños muy jóvenes (a los seis años) ya han adoptado una clara actitud negativa hacia la obesidad, atribuyendo características indeseables (perezoso, sucio y otras similares) a figuras endomorfas (gruesas), y adjetivos positivos a las más delgadas, reflejándose así una realidad producto de un ecosistema sociocultural hipersaturado de ideas, valores, creencias y actitudes de estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez) en la que cada vez es más temprana la aparición del riesgo a desarrollar trastornos de la alimentación. Sin embargo, debe hacerse notar que en el estudio de Gómez Peresmitré et al (2001),

no se encontraron por sexo. Estos se encuentran particularmente entre los púberes y los adolescentes.

Cuando se preguntó a los niños/as como era preferible estar si obesos o muy delgados, la mayoría respondió que era preferible estar muy delgado(a), una minoría contestó con la primera opción (muy gordo (a), este comportamiento de las variables fue más marcado en los niños de sexo masculino. Por lo que podemos decir que estos resultados con los resultados reportados por Alvarado y Moreno (2000) quienes también encontraron actitud negativa hacia la obesidad entre los niños de ambos sexos; aunque debe subrayarse que estos resultados fueron emitidos en muestras de niños más grandes que oscilaron entre los 6 y los 10 años de edad.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los niños de ambos sexos eligieron siluetas en las categorías de delgadez y normopeso como figura ideal; es importante mencionar que un 21% de niñas y un 19% de niños eligieron siluetas muy delgadas y porcentajes muy pequeños eligieron siluetas con sobrepeso. Así mismo ninguna de las niñas eligió la silueta obesa como ideal corporal. Esto es muy importante ya que se puede decir que a esta edad ya existe una aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, lo cual no resulta extraño si partimos como lo señala Gómez Pérez-Mitré (1997) citando a Brownell y Napolitano (1995), quienes nos hacen notar que los niños desde una edad muy temprana y de manera cotidiana se exponen al modelo corporal que representa la famosa Barbie y el no menos famoso Ken. Esta muñeca es un prototipo de delgadez extrema y es una silueta de una de las imágenes femeninas más admiradas por las niñas del mundo occidental, ese es el modelo de cuerpo que tales niñas contemplan, manipulan, visten y desnudan, y que van conformando de manera natural a través del juego. Son las figuras ideales, que más tarde en la preadolescencia o en la adolescencia intentaran hacer valer.

Al obtener los porcentajes de satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal de los niños (Figura real percibida menos figura ideal), los datos indicaron que menos de una tercera parte de los niños y casi una tercera parte de las niñas se encontraban satisfechos con su figura: el 44% de los niños se encontraba insatisfecho porque quería ser más delgado (insatisfacción positiva) y el porcentaje restante porque deseaba ser más grueso (insatisfacción negativa); entre las niñas los porcentajes se repartieron por partes iguales en ambos tipos de insatisfacción. Es decir, podemos encontrar que existe ligera insatisfacción con la imagen corporal, sin embargo contrario a lo que podríamos esperar por los diferentes estereotipos inculcados, es en los niños donde podemos encontrar un mayor porcentaje de insatisfacción positiva (ser más delgados). Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, (2001), en donde la muestra masculina de menor edad (pre-púberes) tiene un mayor porcentaje de figura ideal delgada y muy delgada; así mismo entre los 2 grupos de mayor edad (púberes y adolescentes) se encuentran

los porcentajes mayores de insatisfacción negativa desearían ser más gruesos. Gómez Pérez-Mitré (1999), en su estudio con preadolescentes mexicanos concluyó que en casi la mitad de la muestra de niñas de 9 a 13 años de edad, estaban insatisfechas con su imagen corporal, encontrando que a los 11 años de edad ya existe insatisfacción con la imagen corporal. Como se muestra en el estudio de Gómez Pérez-Mitré (1999), las edades que se utilizaron en las muestras, son mayores a las utilizadas en el presente estudio (5 y 6 años).

Con base en los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir que las niñas y niños independientemente de su sexo:

- Tienen una actitud negativa hacia la obesidad
- Sienten insatisfacción con su imagen corporal
- Las niñas y niños (de edad promedio de 5 años) independientemente del sexo, tienen ligera insatisfacción porque quieren ser más delgados

Con base en los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir que en las madres existe:

- A mayor peso corporal (IMC) mayor es el grado de insatisfacción con la imagen corporal
- Relación directa entre peso corporal (IMC) y problemas con el mismo

Con base en los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir que en la relación entre la imagen corporal de las mamás y la de los niños/as se encontró lo siguiente:

- A mayor insatisfacción negativa de los niños (quieren ser más gruesos), más satisfacción de las mamás.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Realizar programas dirigidos a los padres de familia y las autoridades de las escuelas, para así prevenir y evitar el desarrollo de trastornos alimentarios desde edades tempranas.
- Desarrollar e implementar programas para una audiencia crítica de los medios masivos de comunicación, en los niños.
- Realizar estudios donde se incluya la perspectiva de género como variable.
- Se sugiere realizar más investigación en muestras de niños preescolares.

Falta página

N°100

REFERENCIAS

- Abadi, S. (1996). Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott. Argentina: Lumen
- American Psychological Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Masson: Barcelona.
- Alvarado, G y Moreno, L., O. (2000). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Alvarez, T.C y De La Mora, M.M (1995). Anorexia. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Alvarez, P y Mancilla, D. (1998). Psicología y Ciencia Social 2 (1).
- Anastasi, A. (1958). Psychological Review: Heredity Environment and the Question How?. En S, Bijou y D, Baer (1979). Psicología del Desarrollo Infantil. 197 – 208 México: Trillas.
- Arellano, C. (2003). Satisfacción con la imagen corporal y autoestima en niños y niñas de escuelas públicas. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Ballesteros, J. S. (1982). El esquema corporal. Madrid: TEA. Ediciones
- Barkwin, H y Barkwin, M. (1953). Clinical Managment of Behavior Disorders in Children. Philadelphia: Saunders Co.
- Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.
- Berk, L. E. (1999). Desarrollo del niño y del adolescente. España: Prentice Hall Iberia.
- Branguinsky, J. (1996). Obesidad y patógenia. Clínica y su tratamiento. Buenos Aires: Ateneo.
- Breichmar, E. (1985). El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid: Adotraf.
- Brodie, D., Bagley, K y Slade, P (1994). Body-image perception in pre-and postadolescent females. Perceptual and motor skills (78). 147-154.

- Bruch, H. (1973). Eating disorders: obesity anorexia and the person within. New York: Basic Books.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder
- Calvo, R (1992). Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa. (Ed). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad 210-227. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Calzada, O. (2004). Depresión y su relación con factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en muestra de mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosa. España: Ergon
- Cohen, J. (1995). Sistemas de Información para la forma de decisiones. México: McGraw-Hill.
- Coles, R. (1975). Erik Erikson. La evolución de su obra. México: Fondo de Cultura Económica.
- Craig, J.G. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamérica.
- Crispo R, Figueroa, E y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Barcelona: Herder.
- Cruz, A y Estrada, M. (2001). Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios; Imagen Corporal, Autoatribución y Autoestima en Relación con el Peso Corporal en Preadolescentes. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Delval, J. (1994). El desarrollo humano. México: Siglo XXI editores.
- Dencik, L. (1992). Creciendo en la era postmoderna. El niño y la familia en el estado de bienestar. Anuario de Psicología. 53 71-98.
- Díaz de León, J., Jiménez, R., Malacara, J. M. (1992). La Percepción de la Función Familiar y el Desarrollo Psicosexual en el adolescente obeso. Revista de Investigación Clínica. 44 (4) 525-530.
- Dolto, F (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México: Paidós
- Eyer, D. (1995). Vinculación madre-hijo. Barcelona: Herder.

- Fornes, S. (1994). La obsesión por adelgazar (bulimia y anorexia nerviosa). Madrid: Calpe
- Freud, A. (1946). The psychoanalytic study of infantil feeding disturbances. The Psychoanalytic Study of the Child, 2, (119). International University Press.
- Freud, S. (1989). Obras completas. (vol.7). Buenos Aires: Amorrortu
- Fromm, E., Horkheimer, M., Parson, T. (1986). La Familia. Barcelona: Península.
- Flugel, J. (1972). Psicoanálisis de la familia. Buenos Aires: Paidós.
- Garbarino, J y Kosteln, Y, (1992). Los malos tratos infantiles como problema comunitario. Anuario de Psicología, 53, 137-148.
- García, E. (1997). Psicología general. México: Publicaciones Culturales.
- Garner, M.D. (2002) Body Image. http://www.river-centre.org/ED_Index.html
- Garvey, C. (1985). El juego infantil. Madrid: Morata
- Gesell, A. (1956). El niño de 1 a 5 años. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez Pérez, M. A (1987). Factores Psicosociales que predisponen y Perpetúan a la Obesidad. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Revista Investigación Psicológica, 3, (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, Peso imaginario y distorsión de la imagen Corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-195.
- Gómez Peresmitré, G (1997). Alteraciones de la imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14, (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desordenes del Comer: La Imagen Corporal en México. La Psicología Social en México, 7, 277-282.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal ¿Qué es más importante "sentirse atractivo" o "ser atractivo". Psicología y Ciencias Sociales, 2, (1), 27-33.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal. Revista Mexicana de Psicología, 1, (16), 153-166.
- Gómez-Peresmitre, G. (2000). Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Prevalencia en estudiantes de bachillerato de la ciudad de México. (1994-2001). (PAPIIT IN305599-2001 CONACYT 34507-H).
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Ponencia 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, D, F.
- Gómez Peresmitré, G y Saucedo, T. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 103-110.
- Gómez Pérez-Mitré, G., y Ávila Angulo, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista iberoamericana, 6, (2), 37-46.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado G, Moreno L, Saloma S, y Pineda G., (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes. Revista mexicana de Psicología, 3, (18), 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Pineda G., Tafuya, S y teos, O. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: Versión computarizada y de papel y lápiz. Revista Mexicana de Psicología, 17 (1) 89-99.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Unikel, S. y Saucedo, M., (2001). La Psicología en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En Calleja y Gómez Peresmitré, G (comp.). La Psicología social en México. (267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Grogan, S. (1999). Body Image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children. London and New York: Routledge.
- Guzmán L. (2002). Factores de riesgo asociados con la imagen corporal: Autoestima y autoatribución en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. UNAM.

- Guzmán, C., y Tellez, G. (2000). Imagen corporal en niños preescolares mexicanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Hann, L. (1972). Las bases de la conducta social. México: Limusa-Wiley.
- Harris, M y col. (1969). Su hijo año a año. Buenos Aires: Paidós.
- Hecaen, H. y Ajuriaguerra, J (1952). Mecannaisances et hallucinations corporelles. Paris: Masson et Cie.
- Hoffman, L. Scott, P y Hall, E. (1993). Psicología del desarrollo hoy. Buenos Aires: Mc Graw Hill.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Psicología Iberoamericana, 7 (2), 5-13.
- Horton, B y Hunt, L. (1988). Sociología. México: McGraw-Hill.
- Hurlock, E. (1982). Desarrollo del niño. México: Mc Graw Hill.
- Instituto de la Mujer. (1998). La mujer en la publicidad. http://sepiensa.org.mx/Cabecera?seccion=&url=http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_hierro/texto.htm
- Klein, S y Díaz, C. (1963). Rechazo alimenticio del niño y su relación con la madre. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM.
- Lefrancois, G. (2001). El Ciclo de la vida. International Thomson
- Lehman, E. (1950). Feeding problemas of psychogenic origin. The Psychoanalytic Study of the Chile. International University Press
- Leon, Y. (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: Percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM
- Lewis, M. (1973). Desarrollo psicológico del niño. México: Interamericana
- Marcelli, D y Ajuriaguerra, J. (1996). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson
- Miller, A.G. (1982). In the eye of the beholder Contemporary issues in stereotyping. Nueva York: Praeger.

- Ministerio de Salud. (2004). ¿Qué sabemos de bulimia y anorexia?. <http://www.ms.gba.gov.ar/Educacion/Bulimia.html>
- Myers, G.D. (1995). Psicología social. México: Mc Graw – Hill.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar. México: Paidós.
- OMS (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE 10. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Oropeza, T.R. (199). Estilos de crianza y autoconcepto en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Ortiz, M., Abad, M y López, C. (1986). Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. PSIQUIS 7. 53-58.
- Osborne, E. (1982). Su hijo de 5 años. Buenos Aires: Paidós.
- Papalia, D. (1992). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. (1990). Desarrollo humano. México: Mc Graw-hill.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1988). Psicología. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D y Wendkos, S. (1998). Psicología del desarrollo. Colombia: Mc Graw Hill.
- Pearce, J. (1993). Comer, caprichos y manías. Madrid: Paidós.
- Pérez, L. y Platas, A. (1998). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Perroni, H, M y Navarro, R, R. (1985). Estudio de la caracterología de la mujer actual en la familia y la sociedad mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM
- Piaget, J. (1964). Seis estudios de psicología. Ginebra: Ariel
- Piaget, J y Inhelder, B. (1969). Psicología del niño. Madrid: Morata
- Porot, M (1977). La Familia y el niño. Barcelona: Planeta.
- Pulaski, M. (1978). El desarrollo de la mente infantil según Piaget. Barcelona: Paidós.

- Platas, S; Pineda, G y Gómez Pérez-Mitré. (2001). Percepción de la Relación Materna y Conductas Alimentarias de Riesgo. La Psicología Social en México. 8, 668-675.
- Quiroga, H., Echeverría, L., Mata, A y Ayala, H., (1990). Ambiente Familiar Percibido por Adolescentes Farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología Social en México. 3, 225-230.
- Raich, E. R. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Revista Psicología y ciencia Social. 2 (1), 15-25.
- Raice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Pentice-Hall. Hispanoamericana.
- Rausch, C y Bay, L. (1993). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. España: Paidós.
- Rappaport, L (1972). La personalidad desde los 6 a los 12 años. El niño escolar. España: Paidós Psicología evolutiva.
- Rivas, L., E. (2000). Análisis de la relación entre la Psicopatología de la madre y la del hijo. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. Inédita.
- San German, J. (2000). Factores de Riesgo asociados con conducta alimentaria: obesidad en preadolescentes. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Schaffer, H. R. (1979). Ser madre. Barcelona: Masson
- Schaffer, H. R. (1989). Interacción y socialización. España: Aprendizaje-visor.
- Schilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo Humano. Argentina: Paidós
- Segal, H. (1981). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.
- Sylvestre, E. (1945). Analysis of psychogenic anorexia in a four year old. The Psychoanalytic Study of the Child. 1 (1947) International University Press.

- Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
- Symonds, P., M. (1965). Las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.
- Toro, J. Y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). El Cuerpo como delito. Madrid: Ariel
- Torres, C, R. (1993). Estudio Comparativo de la Actitud hacia el padre y la madre: en dos grupos de Adolescentes, uno de hijos de obreros y otro de campesinos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- UNIFE. (1996). Primera infancia. Perú: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Unikel, C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Revista Psicopatología, 16, (1), 121-126.
- Unikel, C y Gómez Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Formas Indiferenciadas y Conductas Alimentarias Patológicas en Mujeres Mexicanas. Psicología Conductual, 7, (3), 417-429.
- Vasta, R., Haith, M y Miller, S. (1996). Psicología infantil. Barcelona: Ariel.
- Winnicott, D. (1995). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Lumen.Horme.
- Winnicott, D. (1965). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1986). El niño y el mundo externo. Buenos Aires: Hormé.

Anexos

Este cuestionario debe ser contestado por la madre o en su defecto por la persona encargada del cuidado del menor (abuela, tía o hermana). Está diseñado para explorar cuáles son los hábitos de alimentación de su hijo(a), con el objetivo de prevenir que en un futuro se desarrollen alteraciones en la alimentación. A continuación encontrará una serie de preguntas para obtener datos acerca de su hijo(a) y algunos datos de usted, por lo que le solicitamos su valiosa participación para responder. No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que cada persona tiene su forma personal de comportarse, además los datos que se obtengan serán confidenciales.

I. ALGUNOS DATOS DE USTED

1. ¿Cuándo nació usted? Día _____ Mes _____ Año _____

2. ¿Qué parentesco tiene con el niño(a)?

Madre () Abuela () Hermana () Tía ()

Otro. Especifique: _____

3. Escolaridad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios técnicos o comerciales |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Bachillerato |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Profesional |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Posgrado |

4. Estado civil:

Soltera () Casada o unión libre () Separada () Viuda () Divorciada ()

5. ¿Cuántos hijos tiene? _____

6. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

7. La casa o departamento en donde vive es:

Propia () Rentada () De un familiar ()

8. Escriba el nombre de su colonia y delegación donde vive actualmente:

9. ¿Cuántas veces se ha casado en total? _____

10. Tiempo de relación (en años):

10.1 Tiempo de unión con el actual cónyuge _____

10.2 Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse _____

10.3 Tiempo que estuvo casado con su último cónyuge _____

11. ¿Trabaja actualmente?

No (pase a la pregunta 14)

Si, medio tiempo

Si, tiempo completo

Si, más de tiempo completo

12. Cuántas veces cambió de trabajo en el último año? _____

13. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

14. Si usted no está trabajando actualmente ¿cuál es el motivo?:

- Temporalmente desempleado(a)
 No está empleado(a) y está buscando trabajo
 No está empleado(a) y no busca trabajo
 Estudia
 Mala salud
 Ama de casa
 Jubilado(a)

Otra razón. ¿Cuál? _____

15. Si no está empleado(a) ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?

- Menos de 3 meses
 De 3 a 6 meses
 De 7 a 9 meses
 De 10 meses a un año
 Más de un año

16. Alimentó a su hijo(a) con:

Leche materna

Mamila ¿por qué? _____

17. ¿Asistió su hijo(a) a guardería?

No Entonces ¿Quién cuidaba a su hijo(a)? _____

Si ¿Hasta qué edad asistió? _____

18. Marque con una cruz la o las opciones que considere que le han ocurrido a su hijo(a) durante los últimos 6 meses.

- Problemas académicos en la escuela (calificaciones bajas, materias reprobadas, etc.)
 Problemas con otros niños
 Problemas de disciplina en la escuela (mala conducta, distraído, inquieto, etc.)
 Problemas en su alimentación
 Ninguno

Otro. ¿Cuál? _____

19. Durante los últimos 6 meses ¿Con quién ha asistido usted a las siguientes actividades?

Actividades	Nadie (sóla)	Familia (esposo e hijos)	Hijos (as)	Amigos (as)	No Asistió
Concierto o museo					
Reunión con amigos(as)					
Eventos escolares					
Ir al parque					
Fiestas					
Día de campo					
Realización de algún deporte (nadar, futbol, etc).					

20. Durante el último mes, ¿quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

En cada uno de los enunciados selecciona la opción correspondiente.

A Siempre usted	B Casi siempre Usted	C Ud. y otro por igual	D Casi siempre otro	E Siempre otro	F Ninguno
---------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Ir al mercado o al supermercado						
Preparar alimentos						
Tirar basura						
Limpiar la casa						
Hacer trabajos pesados de la casa						
Hacer reparaciones menores de la casa						
Decidir cómo gastar el dinero						
Ayudar a los niños con su tarea						
Disciplinar a los niños						

21. Si usted indicó Que "otro" le ayudo, esa persona fue generalmente su:

Cónyuge () Hijos(as) () Familiares ()

22. ¿En su familia hay algún miembro que consuma alcohol?

	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy Raro
Cónyuge			
Yo mismo			
Hijos			
Otro familiar			

() Ninguno

23. ¿En su familia hay algún miembro que fume?

	Muy Frecuentemente	Algunas Veces	Muy Raro
Cónyuge			
Yo mismo			
Hijos			
Otro familiar			

() Ninguno

24. ¿Algún miembro de la familia ha tenido problemas de obesidad?

- () Yo mismo
 () Cónyuge
 () Hijos
 () Ninguno
 () Otro. Especifique _____

25. ¿Cuánto pesa su hijo(a)? _____ Kgs. Si no lo sabe ¿cuánto cree que pesa? _____ Kgs.

26. ¿Cuánto mide su hijo(a) _____ Si no lo sabe ¿cuánto cree que mide? _____

27. ¿Cuándo fue la última vez que peso a su hijo(a)?

Un mes o menos () Más o menos 6 meses () Un año o más ()
 Nunca () No me acuerdo ()

28. ¿Qué tan satisfecha se siente con la forma de comer de su hijo(a)?
 Mucho () Regular () Poco ()
29. ¿En su casa acostumbran reunirse para comer?
 No () Pase a la pregunta 33
 Si () Pase a la siguiente pregunta
30. ¿El ambiente a la hora de la comida es tranquilo y agradable?
 Siempre () A veces () Nunca ()
31. ¿Es una hora en que se aplican correctivos?
 Siempre () A veces () Nunca ()
32. ¿Es una hora en que se discuten problemas familiares?
 Siempre () A veces () Nunca ()
33. ¿Usted se encarga de darle de comer a su hijo(a)?
 Nunca () Pase a la pregunta 37
 Siempre ()
 Si, solo fines de semana y días festivos ()
34. ¿Cuándo su hijo(a) no quiere comer usted que hace?
 Insiste ()
 Castiga ()
 Ofrece premios ()
 Regaños ()
 Lo deja sentado hasta que se acabe la comida ()
 Amenaza ()
 Deja que coma hasta que tenga hambre ()
 Otro _____
35. ¿Su insistencia para comer ha provocado que su hijo(a) vomite?
 Siempre () A veces () Nunca ()
36. ¿Su niño(a) es lento(a) para comer?
 Siempre () A veces () Nunca ()
37. Usted cree que su hijo(a) es:
 () obeso (gordito)
 () Sobre peso (llenito)
 () Peso normal
 () Delgado (flaquito)
38. ¿Compara negativamente a su hijo(a) con otros niños?
 Nunca () A veces () Siempre ()
39. ¿Se considera exigente con el uso de servilletas, cubiertos o el mantenerse limpio durante la comida?
 Mucho () Poco () Nada ()
40. ¿Qué tan exigente se considera con el desempeño de sus hijos en la escuela?
 Mucho () Poco () Nada ()
41. ¿Cree que su hijo utilice pretextos para no comer como dolor de cabeza o de estómago?
 Siempre () A veces () Nunca ()

42. ¿Piensa que ser vegetariano ayuda a la salud?
Mucho () Regular () Nada ()

43. ¿Qué desayuno su niño(a) hoy?

44. ¿Qué comió su niño(a) ayer?

45. ¿Qué cenó su niño(a) ayer?

46. Su hijo(a) lleva lunch a la escuela:
Siempre () A veces () Nunca ()

47. ¿Qué llevó o que le puso de lunch hoy a su hijo(a)?

48. ¿Cuánto pesa usted? _____ Kgs. Si no sabe ¿Cuánto cree que pesa? _____ Kgs.

49. ¿Cuánto mide usted? _____ Kgs. Si no sabe ¿Cuánto cree que mide? _____

50. ¿En los últimos 6 meses ha tenido problemas con su peso?

No () Pase a la pregunta 52

Si () Pase a la siguiente pregunta.

51. Problemas con el peso corporal como:
Subir de peso () Bajar de peso () subir y bajar de peso ()

52. ¿Qué tan satisfecha se sinta con su figura?
Mucho () Poco () Nada ()

53. ¿El niño come frente a la televisión?
Siempre () A veces () Nunca ()

54. ¿Cómo disciplina a su hijo?

() Regaños

() Prohibiciones

() Golpes

() Premios

() Chantajes

Otros. Especifique _____

55. ¿Considera que hay alimentos buenos y malos?

() NO

() SI ¿por qué? _____

56. Toma en cuenta las calorías que tienen los alimentos:
Mucho () Poco () Nada ()

57. ¿Usted considera que es cariñosa con su hijo(a)?
Siempre () A veces () Nunca ()

58. ¿Desea tener más peso?
Siempre () A veces () Nunca ()

59. ¿Considera que el niño(a) debe de comer cuando:
Quiera () En el horario establecido ()

60. ¿Qué grupos de alimentos conoce?

61. En su familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos) existe:

- () Actitud negativa hacia la obesidad
- () Preocupación por el peso corporal
- () Preocupación por la forma de comer
- () Preocupación por la apariencia física
- () Insatisfacción con la figura
- () Todas las anteriores
- () Ninguna de las anteriores
- () Algunas de las anteriores

62. ¿Para hacer la comida se toman en cuenta los gustos del niño(a)?
Siempre () A veces () Nunca ()

63. Su hijo(a) lleva lunch a la escuela:
Siempre () A veces () Nunca ()

64. ¿Qué llevó o que le puso de lunch hoy a su hijo(a)? _____

65. ¿Cree que el niño(a) debe de ingerir ciertas cantidades de alimentos?
SI () NO ()

66. ¿Qué tan atractiva se siente usted?
Mucho () Poco () Nada ()

67. ¿El padre del niño(a) o el que cumple la función del padre (abuelo, tío, hermano o pareja actual) es cariñoso?

68. ¿Qué tanto participa el padre o el que cumple la función del padre en la educación del niño(a)?
Nunca () A veces () Siempre ()

69. ¿El padre o el que cumple la función del padre reconoce cuando el niño(a) obtiene logros?
Nunca () A veces () Siempre ()

70. Considera que:

	SI	NO
Un bebé "gordito" es más sano		
El que es gordo es por ser "tragón"		
Una persona atractiva es delgada		
Entre más coma su hijo(a) es más sano		
Se nace con la obesidad		

71. ¿Le preocupa su peso corporal?

NO ()

SI ()

72. Durante los últimos 6 meses ¿Ha realizado alguna de las siguientes opciones para controlar su peso?

() Esta haciendo dieta (comer menos de lo que acostumbras)

() Se salta algunas de las comidas del día

() Consume únicamente líquidos (agua, jugo, etc)

() Toma pastillas (para disminuir el apetito)

() Usa diuréticos (pastillas para eliminar agua)

() Usa laxantes (purgas)

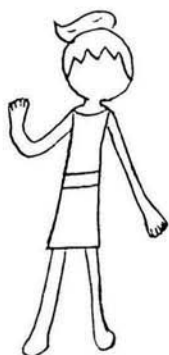
() Cuando se siente llena se produce vómito

() Trata de conocer alimentos bajos en calorías (carnes sin grasas, refrescos dietéticos, etc)

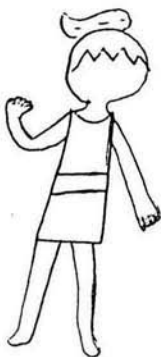
Otro. ¿Cuál? _____

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas, escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X el número correspondiente.

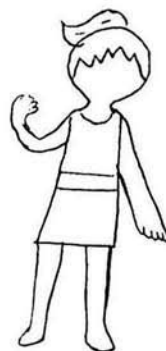
Mi cuerpo se parece más a



(1)



(2)



(3)



(4)



(5)

PESO: _____

ESTATURA: _____

GUIA ENTREVISTA

NOMBRE: _____

EDAD: _____

2.- ¿Con quien vives, con tu Mamá y Papá, con tu Mamá solamente, con tu Papá o con tus abuelitos? _____

3.- ¿Oye y tienes hermanitos? _____

4.- ¿Cuántos? _____

5.- ¿Cuéntame tú eres el primero o el último o cual?

6.- ¿Y dime cuantas veces comes en el día? _____

7.- ¿Y de lo que comes que es lo que te gusta más?

8.- ¿Por qué? _____

9.- ¿En la mañana que te da de desayunar tu mamá?

10.- ¿Y en la comida que comes?

11.- ¿Oye y de cenar que es lo que te dan?

12.- ¿Crees que hay comida o alimentos que hace que nos pongamos gorditos?

13.- ¿Por qué?

14.- ¿Te gustan los niños gorditos?

SI

NO

15.- ¿Por qué?

16.- ¿Y tú cómo crees que estás?

Delgada

Gordita

Regular

17.- ¿Si te pusieras gordita como te sentirías?

18.- ¿Por qué?

19.- Te gustaría:

Subir de peso

Bajar de peso

O quedarte como estas

20.- ¿Oye si tuvieras una amiga gordita como serias con ella?

21.- ¿Te gusta como eres o como estas?

22.- ¿Por qué crees que hay niñas gorditas?

23.- ¿Oye como te gusta que sean tus amiguitas/os?

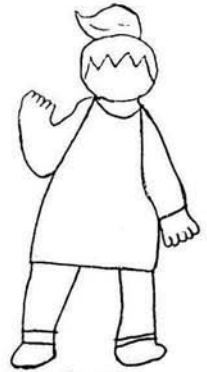
24.- ¿Cómo a cuál de estas niñas tu mamá cree que te pareces?



Regular

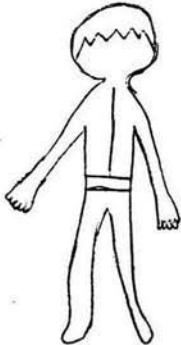


Delgada

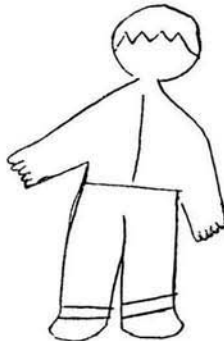


Gorda

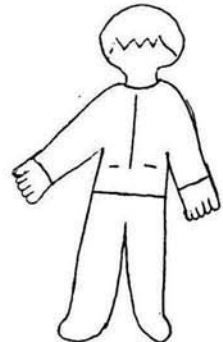
25.- ¿A las niñas les gustan los niños?



Delgados



Gordos



Regulares

26.- ¿A tú maestra le gustan las niñas?



Delgadas

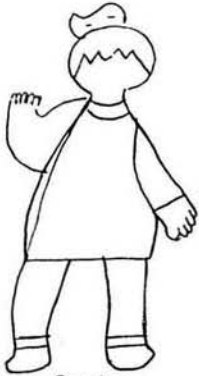


Gordas



Regulares

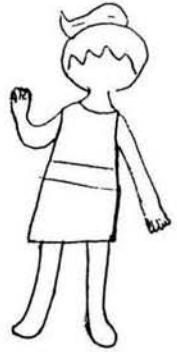
27.- ¿Una niña sana es?



Gorda

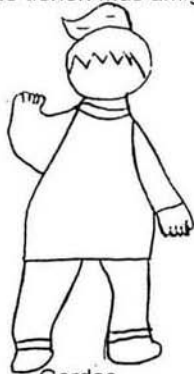


Delgada



Regular

28.- ¿Las niñas que tienen mas amigas son?



Gordas



Delgadas

29.- ¿Qué es preferible estar muy gorda o muy flaca?



Gorda



Flaca

30.- Dibuja a una niña bonita:

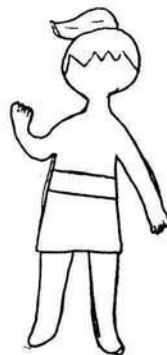
31.- ¿Mis amigas me ven?



Flaca



Gorda



Regular

32.- ¿A ti te gusta jugar con niñas?



Flacas



Gordas

33.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas, escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (solo una) que más te gustaría tener y marca con una X el número correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



(1)



(2)



(3)



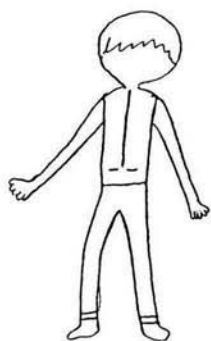
(4)



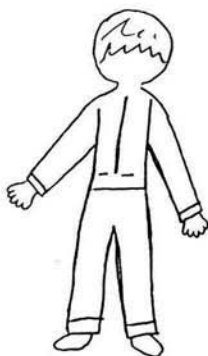
(5)

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños, escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X el número correspondiente.

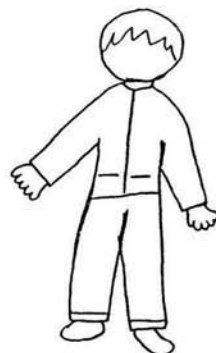
Mi cuerpo se parece más a



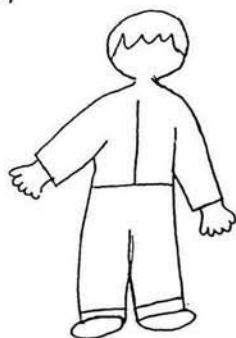
(1)



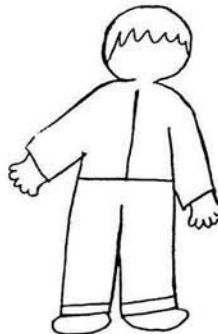
(2)



(3)



(4)



(5)

PESO: _____

ESTATURA: _____

GUIA ENTREVISTA

NOMBRE: _____

EDAD: _____

2.- ¿Con quien vives, con tu Mamá y Papá, con tu Mamá solamente, con tu Papá o con tus abuelitos? _____

3.- ¿Oye y tienes hermanitos? _____

4.- ¿Cuántos? _____

5.- ¿Cuéntame tú eres el primero o el último o cual?

6.- ¿Y dime cuantas veces comes en el día? _____

7.- ¿Y de lo que comes que es lo que te gusta más?

8.-¿Por qué? _____

9.- ¿En la mañana qué te da de desayunar tu mamá?

10.- ¿Y en la comida que comes?

11.- ¿Oye y de cenar que es lo que te dan?

12.- ¿Crees que hay comida o alimentos que hace que nos pongamos gorditos?

13.- ¿Por qué?

14.- ¿Te gustan las niñas gorditas?

SI

NO

15.- ¿Por qué?

16.- ¿Y tú cómo crees que estás?

Delgado

Gordito

Regular

17.- ¿Si te pusieras gordito como te sentirías?

18.- ¿Por qué?

19.- Oye te gustaría:

Subir de peso

Bajar de peso

O quedarte como estas

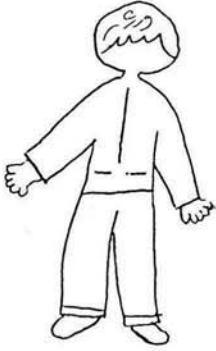
20.- ¿Oye si tuvieras una amigo gordito como serias con él?

21.- ¿Te gusta como eres o como estas?

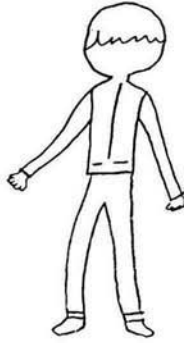
22.- ¿Porqué crees que hay niños gorditos?

23.- ¿Oye como te gusta que sean tus amiguitos/as?

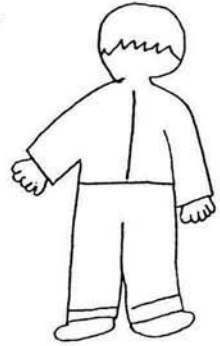
24.- ¿Cómo a cuál de estos niños tu mamá cree que te pareces?



Regular

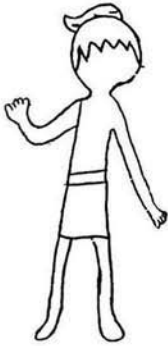


Delgado



Gordo

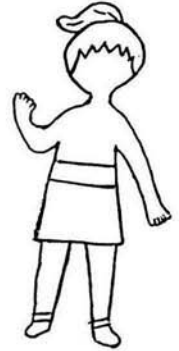
25.- ¿A los niños les gustan los niños?



Delgadas

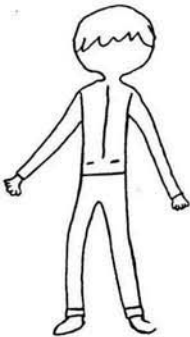


Gordas

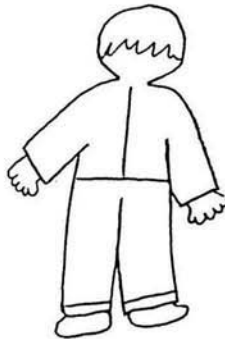


Regulares

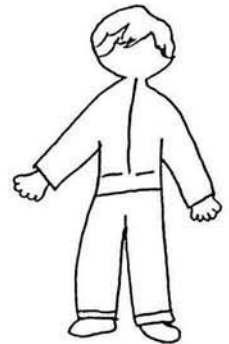
26.- ¿A tú maestra le gustan los niños?



Delgados

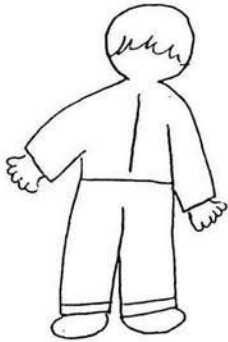


Gordos

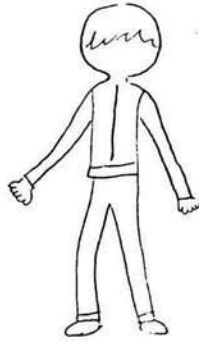


Regulares

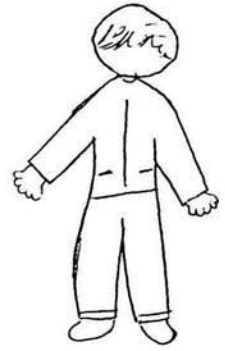
27.- ¿Un niño sano es?



Gordo

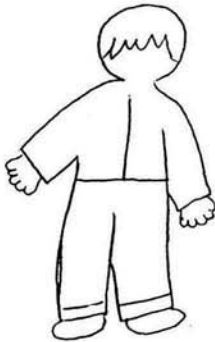


Delgado

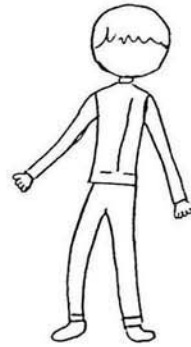


Regular

28.- ¿Los niños que tienen mas amigos son?

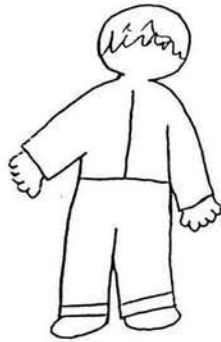


Gordos

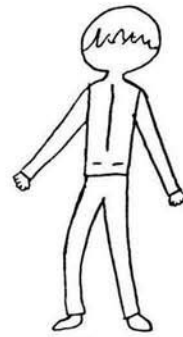


Delgados

29.- ¿Qué es preferible estar muy gordo o muy flaco?



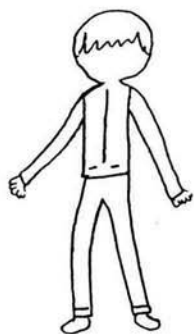
Gordo



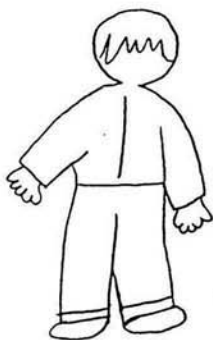
Flaco

30.- Dibuja a una niño guapo:

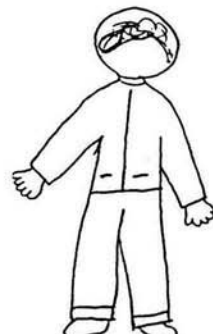
31.- ¿Mis amigos me ven?



Flaco



Gordo

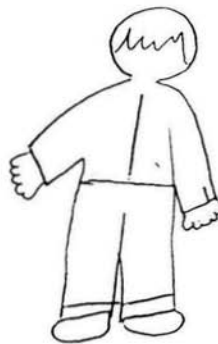


Regular

32.- ¿A ti te gusta jugar con niños?



Flacos



Gordos

33.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños, escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (solo una) que más te gustaría tener y marca con una X el número correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como

