



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN NIÑOS Y PREADOLESCENTES
MALTRATADOS Y NO MALTRATADOS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

BLANCA ESTELA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

SANDRA CAMACHO TRUJILLO

DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

ASESOR: MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D. F. 2005

m344536

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darnos la oportunidad de comenzar una formación profesional, culminando aquí una etapa importante en nuestras vidas, sintiéndonos orgullosos y satisfechas de pertenecer a esta máxima casa de estudios.

A la Facultad de Psicología, por todos los conocimientos y aprendizajes adquiridos para nuestra formación académica, además de tener buenos profesores que nos ayudaron y apoyaron a obtener las herramientas necesarias para ser buenas profesionistas.

A la Dra. Gilda Libia Gómez Pérez-Mitré, por su apoyo, orientación incondicional y todos los conocimientos que nos aportó para concluir este proyecto.

A CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología), por darnos la oportunidad de formar parte del proyecto "Maltrato Infantil y Trastornos de la Conducta Alimentaria" y por su financiamiento.

Al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por formar parte de nuestra formación académica, su orientación, aportación de conocimientos que nos guiaron para realizar este trabajo. Además de darnos la oportunidad de trabajar para obtener información de CAPSIM, necesaria para nuestra investigación.

A la Lic. María de Lourdes Monroy Tello, por su ayuda, apoyo, orientación, comentarios, sugerencias, paciencia, disposición y tiempo que nos dedico, que fueron esenciales y de suma importancia para nosotros y para este trabajo.

A los miembros del jurado, Mtra. Olga Livier Bustos Romero, Mtra. María de la Luz Javiedes Romero y Dra. Corina Cuevas Renaud, quienes con sus valiosos comentarios enriquecieron y complementaron esta tesis.

Al Prof. Manuel Francisco Serrano Jiménez, por permitirnos llevar a cabo parte de esta investigación y abrirnos las puertas de la escuela, así como también por su completa disposición y apoyo en todo momento, dejándonos una buena experiencia y satisfacción personal, al trabajar con él.

A los profesores de la escuela primaria, por brindarnos la oportunidad de trabajar con sus alumnos, tiempo e interés en nuestra investigación.

A todos los niños que participaron en esta investigación, por su sinceridad, confianza y entusiasmo.

A las mamás, por su participación y colaboración.

A las psicólogas Mtra. María Benítez Nava y la Psicopedagoga Elizabeth Ortega Baez, por su ayuda y apoyo para la realización de este trabajo.

A la Lic. Silvia Platas, por su apoyo, orientación, atención, tiempo y paciencia, que nos dedico y que fueron fundamentales para esta tesis.

DEDICATORIAS

BLANCA

DEDICATORIAS

A mi abuelita Teresa Gonzáles Meneses porque en cada uno de mis logros está presente a cada paso, por tu amor y tus cuidados que me das desde que fui pequeña, porque tus palabras son un aficiente para luchar por lo que deseo, te quiero mucho.

A mi abuelito Arturo Jiménez Franco, que siempre me quiso, tuvo la mejor de las atenciones conmigo dándome su cariño y su protección.

A mi mamá Teresa Jiménez González porque siempre éstas a mi lado, en los momentos difíciles y agradables, por ser una mujer admirable que ha dedicado su vida a cuidarme, a amarme y a darme lo mejor de ti misma, eres una gran mujer. Gracias por ayudarme a crecer ya que con sólo escucharme y darme el mejor de tus consejos tengo la fuerza necesaria para continuar.

A Gregorio Ortega González por creer en mi y brindarme su apoyo y su cariño, porque siempre me das el mejor de tus consejos que me impulsan a salir adelante.

A Emilio Tapia López porque su amor, cariño y comprensión me impulsa y me hace sentir amada, por estar juntos apoyándonos uno al otro, porque eres lo mejor que me ha pasado en la vida, y eso es suficiente para amarte con todo mi corazón.

A cada uno de mis tíos(as) que siempre me dan la mejor de las sonrisas, porque el convivir con ustedes llena mi persona, me motiva y me siento feliz al saber que los tengo conmigo, además de que me hacen sentir el calor de hogar y de una familia que en ocasiones me hace falta. Gracias por creer en mí, y estar a mi lado en todo momento.

A mis primos que de todos he recibido lo mejor para mí, los quiero mucho.

A la señora Conchita y Benito Huerta, porque me abrieron las puertas de su hogar y me dieron su cariño, porque de ustedes en todo momento recibí el mejor de los tratos y las mejores atenciones.

A la familia Tapia López porque en todo momento me dan un espacio en su familia, me dan la oportunidad de conocerlos, brindándome su confianza y su aprecio.

A ti amiga Tere Huerta porque estuviste conmigo siempre, por brindarme tu amistad y tu cariño, tienes un lugar especial en mi vida, ya que fuiste la persona que me apoyo en todo momento, compartimos muchos momentos especiales, y tuviste la disposición para darme el mejor de los consejos y hablarme con sinceridad, eso nunca lo olvidare, Gracias.

A Rosita porque siempre aprendí de ti, porque con tus palabras y tus opiniones me enseñaste muchas cosas, porque me hiciste no sentirme tan sola, ya que siempre me animaste para seguir adelante.

A Paty López porque siempre haz sido una buena persona conmigo y me haz apoyado, eres alguien importante para mí.

A Vero Garnica, por ser tan consentidora conmigo, por los momentos que pasamos juntas y que disfrutamos.

A Sandra Camacho quienes juntas luchamos y trabajamos mucho para sacar este proyecto como un logro más en la vida, por tu amistad, tu confianza y tu cariño. Gracias a tu familia porque yo recibí también su apoyo como tú para llevar a cabo este anhelo.

A mis amigas de la carrera Miriam Reyes, Yanet Martínez, Luz María Castañeda, Dayana Temich, Lizbeth García y Ma. De la Luz Rojas, que compartimos juntas muchos momentos inolvidables, con todo mi cariño.

Al Dr. Jorge Pérez Espinosa por brindarme su apoyo incondicional, por hacerme parte de su equipo de trabajo y por todas las oportunidades que me dio para salir adelante y continuar superándome, muchas gracias.

A las Psicólogas Elizabeth Ortega, Mary Benítez y Norma Vega por todas sus atenciones, su apoyo incondicional en este proyecto de mi vida, porque siempre me animaron para superarme, demostrando interés en mí, las considero grandes personas.

GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE ME APOYARON, CREYERON EN MI Y ME AYUDARON A CUMPLIR ESTE SUEÑO, LOS QUIERO MUCHO A TODOS POR QUE SON PARTE IMPORTANTE DE MI VIDA

DEDICATORIAS

SANDRA

DEDICATORIAS

A mi mamá Victoria Trujillo Gómez, por darme la vida, formación y conducta, por ese infinito apoyo que día tras día me has dado. Por esos regaños y jalones de orejas, por todos aquellos desvelos, preocupaciones, angustias y felicitaciones que compartiste conmigo durante mi formación académica. Gracias, porque gracias a ti soy como soy.

A mi papá Victor Camacho Quintero, por tu cariño, orientación, confianza y apoyo, pero sobretodo por todos aquellos consejos y experiencias que me has compartido, pero aun más por creer en mí.

A mis hermanos Fanny, Victor y Sonia, por su apoyo y comprensión, por aquellos momentos donde hemos reímos y también discutido, pero sobretodo por soportar mis innumerables puntos de vista.

A mis cuñados; Ricardo, por estar conmigo con ese apoyo infinito e incondicional, ya que siempre has estado presente cuando más te he necesitado. A Samantha, por tu apoyo, confianza y entusiasmo de ver la vida. Gracias a ambos por amar a mis hermanos y formar parte de mi familia. Los quiero mucho.

A mis sobrinos Ricardo y Natalia, ya que siempre me han motivado con esa energía y ganas de retir sin parar, de correr, gritar, brincar, etc. Por quererme, respetarme y demostrar día a día el amor por vivir. Por seres como ustedes llenos de inocencia y que solo piensan en jugar me guiaron y motivaron a realizar este trabajo, porque no merecen más que cuidados, amor y limitaciones razonables. Los adoro muchísimo.

A una gran amiga que me brindo la oportunidad de compartir con ella este fin de una nueva etapa, por compartir conmigo este gran sueño y proyecto, ya que sin tu apoyo, paciencia y confianza se me hubiese hecho aun mas difícil salir adelante y llegar hasta aquí. Gracias por ese apoyo incondicional tanto en lo personal como en lo académico, por ese entusiasmo y empuje de siempre salir adelante. Sí a ti Blanca Estela Jiménez González, por ser como eres, nunca cambies.

A mis grandes y mejores amigas; Yaneth Arteaga, Rosalba Aide Coronel, Yesenia Gómez, Graciela Delgado y Blanca Estela Jiménez, por su apoyo en todos aquellos momentos de angustia académica y sobretodo personales, por compartir conmigo esos momentos tan felices, por tenerme confianza y dejarme acompañarlas en cada una de sus tristezas y momentos de felicidad. Gracias porque sin ustedes se me hubiese hecho mas difícil llegar hasta aquí. Las quiero mucho y no olviden siempre contarán conmigo..

A mis padrinos Abigail Ovando porque este donde esté siempre estará conmigo y en su tiempo fue para mí como mi segundo padre, gracias por quererme tanto a mí como a mi familia, por esa infinita bondad para con todos. A mi madrina Enriqueta Mera, por estar siempre al pendiente de nosotros, por su inmenso cariño y confianza, por esas ganas de siempre salir adelante, luchar y luchar por ser mejor. La quiero muchísimo, ya que es un ejemplo a seguir.

A la Fam. García Chagoya, por su gran apoyo y cariño incondicional, hacia mí y mi familia, siempre están presente en mi mente y corazón. Los quiero, respeto y admiro.

Al Prof. Manuel Francisco Serrano Jiménez, por darme esos buenos consejos que me motivaron a llegar a una etapa como esta, de impulsarme con esas exigencias académicas, de mejorar mañana lo que hice hoy, pero sobretodo de esos consejos personales que me motivaron para ser como soy, nunca arrepentirme y sentirme orgullosa de lo que hago, dar lo mejor de mí y valorar lo que tengo.

A Henry, por tu gran amor, cariño, respeto y amistad que formo gran parte de mi motivación para cumplir una de mis metas, por creer en mi y hasta el último momento estar conmigo, pero sobretodo por la confianza y sinceridad que siempre prevaleció entre nosotros. Te quiero.

A Orlando F. Meza Trujillo, por darme la oportunidad de conocerte, de formar parte de esta etapa de mi vida, por apoyarme e inyectarme esa fuerza y energía necesaria para siempre salir adelante y no dejarme vencer, sí por esos momentos tan lindos y maravillosos que compartimos, por tu confianza, fuerza, entusiasmo, ternura, sencillez y sensibilidad, etc., en fin tantas y tantas cosas, sueños e ideas que compartimos pero sobretodo que nos caracterizaba uno del otro. Pero sabes te agradezco aun más por darme la oportunidad de conocerme, de aprender a valorar, escuchar y observar todo lo que me rodea y de saber que tan importante es disfrutar cada momento. También le doy gracias a tu familia por el apoyo y confianza que me brindaron, sí por darme la oportunidad de conocerlos y compartir muy bellos momentos.

A mis amigas y compañeras de aula en la Facultad de Psicología, donde compartimos muy bellos momentos e inolvidables de felicidad, tristeza, enojo, angustia y desesperación; Miriam Reyes, Yanet Martínez, Dayana Temich, Lizbeth García, Luz Castañeda y Marilu Rojas, además de todas aquellas y aquellos que no mencione, pero que siempre me apoyaron y compartieron conmigo sus conocimientos e ideas para ser mejor cada uno de nosotros día a día.

A mis profesores de la carrera, que sin su apoyo, atención y conocimientos no hubiese llegado a esta etapa tan importante de mi vida.

A TODAS LAS PERSONAS QUE SIEMPRE ME HAN APOYADO, CONFIADO Y CREÍDO EN MÍ, POR SU AYUDA, ATENCIÓN Y COMPRESIÓN, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS Y QUE NO LOS MENCIONE, PERO SOBRETUDO A TODAS AQUELLAS QUE HAN SIDO PARTICIPES PARA MI FORMACIÓN PERSONAL, ACADÉMICA Y LABORAL.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I	
1. Maltrato Infantil	4
1.1 Antecedentes históricos.....	4
1.2 Concepto de maltrato infantil.....	8
1.3 Clasificación de los malos tratos.....	9
1.4 Tipos de malos tratos.....	11
1.5 Características generales del menor maltratado.....	24
1.6 Factores de riesgo.....	25
1.7 Causas del maltrato infantil.....	29
1.8 Consecuencias del maltrato infantil.....	30
1.9 Modelos explicativos del maltrato infantil.....	36
1.10 Mitos y creencias sobre el maltrato infantil.....	39
CAPITULO II	
2. Desarrollo Infantil	42
2.1 Necesidades de la infancia.....	42
2.2 Desarrollo físico y motor.....	45
2.3 Desarrollo cognoscitivo.....	51
2.4 Desarrollo lingüístico.....	55
2.5 Desarrollo social.....	56
2.6 Desarrollo moral.....	60
CAPITULO III	
3. Trastornos de la conducta alimentaria	65
3.1 La conducta alimentaria.....	65
3.2 Trastornos de la alimentación.....	66
3.3 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	67
3.4 Factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria.....	83

CAPITULO IV

4. Relación entre trastornos de la conducta alimentaria y maltrato	87
4.1 Historia.....	88
4.2 Desarrollo del apego.....	90
4.3 Comportamientos alimentarios.....	94

CAPITULO V

5. Método	105
5.1 Objetivo general.....	105
5.2 Objetivos específicos.....	105
5.3 Variable independiente	105
5.4 Variable dependiente	105
5.5 Definición conceptual de variables.....	106
5.6 Definición operacional de variables.....	106
5.7 Hipótesis de trabajo.....	107
5.8 Tipo de estudio.....	108
5.9 Diseño de investigación.....	108
5.10 Muestra.....	109
5.11 Instrumentos.....	109
5.12 Procedimiento.....	109

CAPITULO VI

6. Resultados.....	103
--------------------	-----

CAPITULO VII

7. Discusión y Conclusiones.....	162
----------------------------------	-----

REFERENCIAS	171
-------------------	-----

ANEXOS

RESUMEN

El maltrato infantil es un fenómeno poco estudiado con relación a factores de riesgo de la conducta alimentaria, por tal motivo la presente investigación* tuvo por objetivo determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre maltrato y no maltrato, sexo y/o edad con respecto a las variables; Satisfacción e Insatisfacción con la imagen corporal y Actitud hacia la obesidad, en una población conformada por dos muestras: N1=80 niños, de los cuales n =40 niños de 6 a 8 años y n =40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, que cursaban el nivel primaria, hijos de madres maltratadoras que asistieron a un Centro de Atención Psicoterapéutico, y N2= 80 niños, de los cuales n =40 niños de 6 a 8 años y n =40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, que cursaban el nivel primaria, hijos de madres que refieren no maltratar. Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron: la Escala de Detección de Maltrato, el Cuestionario de Socialización Alimentaria y el Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as), corroborando los datos obtenidos con una entrevista no estructurada. El estudio fue de tipo pre-experimental y de campo, con un diseño de 8 grupos no relacionados con observaciones independientes. Para el análisis de los datos se hizo uso del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales) versión 11.0 para WINDOWS. Entre los principales resultados se encontró que al analizar las variables, nos pudimos dar cuenta que en los factores de riesgo, si se encontraron diferencias al analizar maltrato y sexo, sólo que no fueron estadísticamente significativas, de esta forma consideramos interesante observar que el maltrato es notable en cuanto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, pero no ante la actitud hacia la obesidad. En cambio al realizar el análisis para la comparación de los grupos por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

*El presente estudio fue financiado por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).

INTRODUCCIÓN

En México los índices de maltrato infantil se han incrementado, por diversos factores, pues en la cultura mexicana anteriormente el maltrato hacia los niños no era tan evidente como en la actualidad, pues el ejercer maltrato sobre los hijos era una forma de castigo aceptada, donde los hijos eran considerados como propiedad de los padres. Hoy en día el maltrato infantil ha sido objeto de mayor investigación, encontrándose diversas modalidades como son el maltrato físico, psicológico, emocional, institucional, el abuso sexual, entre otros. Se tienen comprobados diversos daños ocasionados por el maltrato como son los daños físicos, morales, sociales y familiares, pero en México no se han realizado estudios respecto a si el maltrato infantil es un factor de riesgo para desencadenar trastornos de la conducta alimentaria.

Los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria son por ejemplo: la dieta restrictiva, las conductas compensatorias, las conductas compulsivas, la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal, la actitud hacia la obesidad, entre otros, los cuales son relevantes para la detección temprana del sano crecimiento como es la conducta alimentaria y los aspectos emocionales fundamentales para un óptimo desarrollo personal.

Algunos de estos factores de riesgo se presentan cuando las madres por tener una mayor interacción con sus hijos(as), tienen creencias falsas sobre la alimentación, ya que consideran que sus hijos tienen sobrepeso, por lo que su preocupación general son sobre el peso, su figura y forma de comer, por tal motivo la comida se convierte en un verdadero desorden, en donde la madre suplica, amenaza y golpea ante la insistente negativa del niño para comer.

La madre se toma como el modelo a seguir de los hijos, puesto que sus comentarios parecen ser importantes. Con respecto a esto cuando en las relaciones de madres e hijos, hay una mala calidad en las relaciones familiares, no hay apoyo y existe un desequilibrio en la estructura familiar, el control y la independencia, resultando así que en las familias menos rígidas o controladoras existe un mejor control metabólico, ya que en las familias rígidas es más probable encontrar un desorden alimentario.

CAPÍTULO I
MALTRATO INFANTIL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

MALTRATO INFANTIL

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infantil ha existido desde la antigüedad en todas las partes del mundo. Abusar del niño es un hecho que se viene haciendo desde los remotos comienzos de la especie humana. Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos; incluso diferentes culturas lo promueven, como es el sacrificio a los dioses, el infanticidio de niñas "por no ser rentables" en la India; o de niños para regular el crecimiento de un pueblo por ejemplo los Israelitas en Egipto; el maltrato como forma de educación, el derecho del padre sobre los hijos y sobre la hija en el incesto (Loredo, 1994).

Pueblos antiguos

El derecho a la vida y a la seguridad de niños y niñas no eran derechos reconocidos en la edad antigua, siendo el infanticidio una práctica común durante los primeros siglos de la historia de la humanidad.

En China, los recién nacidos podían ser ofrecidos como sacrificio purificador de las distintas divinidades, al igual que en el antiguo Egipto. Eran épocas en donde los padres gozaban de poder plenipotenciario sobre sus hijos e hijas, pudiendo disponer tanto de su vida como de su muerte. En Babilonia niños y niñas eran vendidos o utilizados como rehenes políticos (Tonon, 2001)

Los primogénitos eran utilizados como chivos expiatorios y sacrificados para conseguir con su muerte tener suerte y vencer en el campo de batalla. Cuando un rey tenía conocimiento de un presunto rival profetizado, el infanticidio se generalizaba en la población infantil de una determinada edad (Gallardo, 1988).

La mayoría de los niños eran sacrificados con la espada, el fuego e incluso con el emparedamiento: ésta era una forma usual para dar prosperidad a la ciudad. Los enterramientos vienen confirmados por los hallazgos de huesos de recién nacidos encontrados en recipientes que habían sido dispuestos junto a las puertas de las casas de los cananitas.

En culturas precolombianas los sacrificios de los aztecas al Dios Tlaloc al sacrificar a niños, la mayor parte varones que, por lo general, compraban a los padres más pobres (Loredo, 1994).

En 1983, Mayhall y Norgard (citado en Tonon, 2001), reconocieron seis razones para el infanticidio en la edad antigua:

- Ψ El control de la natalidad.
- Ψ El evitar el deshonor de tener que mantener a un (a) hijo (a) ilegítimo (a).
- Ψ La expulsión de espíritus malignos.
- Ψ La obtención de la bondad de los dioses.
- Ψ El sostenimiento de la estabilidad económica
- Ψ La obtención de poder político (Tonon, 2001 p. 10).

Edad media

Durante la Edad Media el niño (a) no tenía un lugar reconocido en la estructura social, existen textos que mencionan "no hay niños en la Edad Media". Al no tenerse conciencia de las necesidades y de las particularidades del proceso de crecimiento y maduración, niños y niñas llegaban a ser manipulados como mercancías.

Existía una forma disimulada de infanticidio que era la muerte por sofocación, al dormir niños y niñas de corta edad con sus padres. Otra practica reiterada era el abandono de hijos e hijas a la puerta de algún monasterio. Pero el abuso más atentatorio contra la libertad de niños y niñas era la venta como esclavos (as)(Goff, 1969).

Grecia y Roma

En las grandes civilizaciones antiguas, el asesinato de infantes era un medio para eliminar a todos los recién nacidos con defectos físicos o por presentar problemas de salud, deficiencias físicas psíquicas o según sus criterios considerados niños débiles en Esparta.

En la antigua Grecia había viviendas en las que era costumbre sacrificar al primogénito cuando la vida del Rey estaba bajo amenaza, consiguiendo con esta inmolación calmar la ira de los Dioses. Incluso las grandes personalidades del mundo griego consentían el abuso infantil; también los niños fueron usados para demostrar la piedad de sus padres en los mitos griegos (Gallardo, 1988).

En la antigua Roma, el derecho a la vida era otorgado por el padre en un ritual; al nacer el bebé era depositado a los pies de su padre, quien podía optar por levantarlo en brazos y de esta manera reconocer públicamente que era su hijo (a) o no hacerlo, en este caso el bebé era dejado desnudo a la intemperie, expuesto al hambre, al frío, o al ataque de animales, pudiendo ser recogido por quien quisiera convertirlo con posterioridad en esclavo, también eran sacrificados en los altares exclusivamente dedicados a estos fines, y proyectados contra las paredes (Tonon, 2001).

Las formas de infanticidio más comunes eran:

- Ψ *La asfixia*: el adulto yacía sobre él (la) niño (a) hasta su muerte.
- Ψ *El ahogamiento*: en letrinas o en cisternas.
- Ψ *El entierro*: en los cimientos de puentes (Tonon, 2001p. 10).

En el siglo XIX

A medida que sucedían los siglos, la protección hacia el menor aumentó, por lo que los padres o tutores intentaban enmascarar las violencias físicas cuando eran llevados intencional o accidentalmente al médico, y gracias, a ello, los apaleamientos han sido estudiados con profundidad, sin embargo, al aumentar este control social, se empezó a generalizar una costumbre muy antigua: el *abandono*.

El primero que estudió esta problemática y sentó las bases del concepto de maltrato infantil fue Ambroise Tardieu (citado por Gallardo 1988), profesor de medicina legal en París que publicó un estudio sobre 32 niños menores de cinco años contrastando los hallazgos clínicos y las justificaciones que dieron los padres.

En otros países, además de existir el maltrato infantil en el ambiente familiar, se institucionalizó un maltrato laboral, como el que se daba en la Revolución Industrial en Gran Bretaña durante el siglo XIX en las minas; a los niños, al tener bajo rendimiento por desnutrición, se les daban bofetadas y

golpes de todo tipo para que se esforzarán más. Con el tiempo las mismas minas fueron remplazadas por fábricas y continuaron las mismas condiciones, convirtiéndose la infancia en una mano de obra barata, que entregaba el escaso salario a sus padres.

En nuestro siglo

En 1955 Woolley y Evans citan por primera vez la importancia del entorno en el que se mueve el niño como desencadenante de crisis de violencia, destacando que cuando estos niños son separados de sus padres las lesiones curan rápidamente, no apareciendo otras nuevas.

Pero el avance más sobresaliente para definir el maltrato infantil fue el que dio en 1971 Henry Kempe, en donde manifiesta un cuadro clínico de niños pequeños que han recibido malos tratos severos, que pueden ser causa de lesiones permanentes e incluso de muerte. El síndrome debe ser considerado en cualquier niño que muestra fracturas, golpes, trastornos del crecimiento, malnutrición, higiene deficiente, hinchazón de tejidos blandos, contusiones y en cualquier niño que fallece repentinamente o bien en los casos en que existen diferencias entre los hallazgos clínicos y los datos aportados por los padres.

En 1963, Fontana introduce la denominación niño maltratado, un concepto más amplio que abarca todo tipo de violencias ejercidas en la persona del niño, siendo una de ellas la emocional que empieza a ser considerada como una agresión muy importante.

Como se ha observado cuanto más se retrocede en la historia universal mayor es el porcentaje de niños golpeados, violados, abandonados y asesinados. Ciertamente a lo largo de los siglos, la población infantil se vio envuelta en todo tipo de maltrato por unos padres que se deshacían de sus hijos con facilidad: los abandonaban sin que ellos experimentasen el menor sentimiento de culpa (DeMause, 1974).

Este mismo autor (1991), menciona que "la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco; cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, y los abusos sexuales. El niño, hasta hace tres siglos, era considerado como un adulto en miniatura sin necesidades específicas, por lo que es considerado como un invento moderno".

El ideal establecido proviene de valores burgueses, modelo relativo y particular, que no es siempre aplicable a otros momentos históricos, otras sociedades, etnias, clases sociales, etc., y también consideran que la evolución del niño en la sociedad supone una pérdida de libertad y el encasillamiento de los niños son rígidos moldes de encuadramiento social con interés en lograr la uniformidad e intolerancia frente a la diversidad (Aries, 1987).

La importancia de la familia en el proceso de socialización del niño y el papel de las madres en la educación y el padre como jefe de familia, las diferentes tipologías familiares, tradiciones sociales y leyes, entorno social o urbano, han condicionado el desarrollo de la infancia, no siendo hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando la familia adquiere las características según la concepción actual de los lazos familiares y del papel de los niños en ella. Además han influido otros factores en el desarrollo del concepto actual de infancia como el conocimiento científico de las condiciones biológicas de los niños o el estudio de las elevadas tasas de mortalidad infantil (Díaz, 1995).

1.2. CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL

Para Barudy (1998), al definir maltrato se debe partir de los siguientes principios: todos los niños deben recibir los cuidados necesarios para asegurarles su bienestar y un desarrollo armonioso, al mismo tiempo que sus derechos sociales, económicos, cívicos y políticos son respetados, permitiéndoles el desarrollo de sus potencialidades para que todos tengan las mismas posibilidades de vivir, ser libres y felices. Así que se considerará maltrato a toda acción u omisión cometidos por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por estos que prive a los niños del cuidado, de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo.

Según Palacios (1995), se puede considerar que una situación de maltrato esta determinada por las consecuencias físicas y psicológicas que tienen en el menor de 18 años, es decir, por los daños u omisiones reales o potenciales sufridos.

En la definición de Martínez y De Paúl (1993), el maltrato infantil esta determinado por las lesiones físicas o psicológicas no accidentales que son consecuencia de acciones físicas, emocionales, o sexuales, de comisión u omisión y que amenacen el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal en el niño. Cuando los autores hablan de daños u omisiones, daños reales o potenciales se refieren a la no-satisfacción de

las necesidades de la infancia. Cuando se refieren a la necesidad de la infancia, en lo primero que suele pensarse es en las necesidades de tipo físico, como la alimentación, la higiene, cuidado y prevención de enfermedades y riesgos para la salud del menor, etc., sin embargo, aunque estas son necesidades que deben ser cubiertas, existen otras de una importancia vital para el adecuado desarrollo del niño; estas son las necesidades cognitivas y las necesidades sociales y afectivas (Simón, López y Linaza, 2000).

Con relación a las necesidades cognitivas para que el menor tenga un buen desarrollo necesita que el contexto le proporcione una adecuada estimulación sensorial, que le permita y favorezca (sin riesgos) del entorno físico y social. Pero además existen unas necesidades de índole social y afectiva que interactúan con las cognitivas; ya que desde el momento del nacimiento, el bebé necesita sentirse querido, aceptado, tener personas de referencia estables con las que mantenga un contacto directo, necesita interactuar con otros niños y con adultos. El establecimiento adecuado de este vínculo afectivo proporciona al niño seguridad en sí mismo y favorece la autonomía y exploración del ambiente así mismo repercute en la calidad de las interacciones que pueda establecer en un futuro. Existe una estrecha relación entre maltrato y la no-satisfacción de las necesidades de los niños (Simón y cols., 2000).

1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MALOS TRATOS

En algunos casos (De Paúl, Alzate, Ortiz, Echeverría y Arruabarrena, 1988; Pumar, Tyorres, Rivera, Achucarro y Herce, 1996) las tipologías de maltrato infantil se han organizado en torno a dos grandes dimensiones: activo-pasivo y físico-emocional.

- El maltrato activo implica una acción (física o psicológica) por parte de un tercero que provoca un daño al menor.
- El maltrato pasivo hace referencia a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor.

Tipologías de malos tratos en la infancia

MALTRATO	ACTIVO	PASIVO
• Físico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abuso físico ○ Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abandono físico
• Emocional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maltrato emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abandono emocional

Fuente: Simón, López y Linaza (2000), p.129.

La otra tipología es la propuesta por López (1995^a), y para cuya elaboración ha tenido en cuenta las aportaciones hechas por diversos autores (Garbarino, Guttman y Seeley, 1986; Florida DHRS, 1998; ADIMA, 1993; Dubowitz, Black, Starr y Zuravin, 1991; Garbarino, 1993).

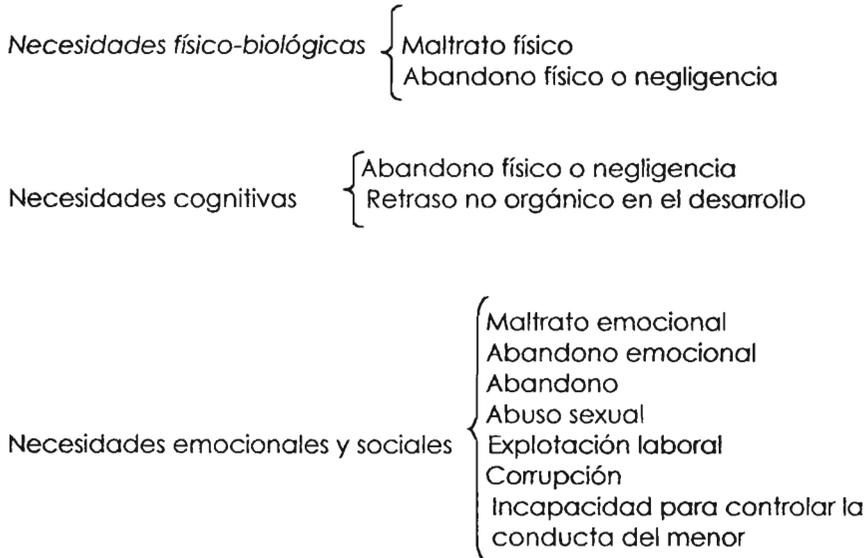
Otras formas de clasificar los malos tratos en la infancia

Autores	Categorías de malos tratos
<p>Palacios, Moreno y Jiménez , (1995)</p> <p>López, Hernández y Carpintero, (1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Maltrato físico o Negligencia o Abuso sexual o Maltrato emocional o Mendicidad o Corrupción o Explotación laboral o Maltrato prenatal o Síndrome de Munchausen por poderes o Maltrato institucional o Abandono emocional o Retraso no orgánico en el desarrollo

Fuente: Simón, López y Linaza (2000). p.130.

La no-satisfacción de las necesidades de los niños se traduce en diferentes formas de malos tratos. En este sentido López (1995b) ha establecido la siguiente relación:

Relación entre necesidades y maltrato infantil



Fuente: Simón, López y Linaza (2000). p.131.

1.4. TIPOS DE MALOS TRATOS

1.4.1. *Abandono físico o negligencia*

Por abandono físico o negligencia se considera al conjunto de acciones deliberadas, consideradas negligentes, irresponsables, provenientes principalmente de la inadecuación de los padres con el niño, es decir, a toda situación en la que las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo en el que convive el niño. Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas y seguridad en el hogar y aspectos educativos. La negligencia o abandono físico, y el maltrato físico son formas de malos tratos que presentan unos indicadores externos claros, tal vez por esta razón suelen ser que se detectan con más frecuencia (Simón y cols. 2000).

Por ejemplo Cobo (1983) menciona estar convencido de la existencia de una correlación entre el maltrato infantil y la reiteración de los accidentes domésticos del niño; en consecuencia, piensa que constituyen un

equivalente o una sustitución del maltrato. Es decir, que los niños deseados y criados con amor son menos propensos a accidentes que los nacidos de embarazos accidentales y partos violentos. Además hay que considerar la influencia de la edad, pues en edad preescolar o escolar, los sucesos caseros disminuyen, aumentando aquellos propios del ambiente callejero.

No obstante se ha logrado establecer una tipología de accidentes, entre los cuales se encuentran:

Cáidas; Según Fontana (1973), generalmente son las típicas caídas de ventana ocasionadas por negligencias muy graves, como en el caso de un lactante que los padres dejan solo o bajo la tutela irresponsable de los hermanos mayores.

Asfixia; Un tipo muy generalizado es el originado por **sumersión**, el cual suele suceder en los niños pequeños de forma accidental al caerse en una bañera, piscina, pozo, barrenos, etc. Cuando son mayores, la muerte por este procedimiento es poco frecuente. Otro tipo de asfixia es la originada por **sofocación mecánica** accidental que puede producirse con lazos, collares, barrotos de cuna, etc., que ocasionan estrangulamientos, o por bolsas de plásticos, bolas, pilas eléctricas, juguetes o pequeños accesorios de las cunas.

Quemaduras; Es otra de las lesiones que llegando a ser graves pueden producir deformaciones epidérmicas que influyen poderosamente en el desarrollo normal afectivo del sujeto en su edad adulta.

Armas de fuego; Originan accidentes que son propios de preadolescentes o adolescentes, que aprovechando un descuido del padre manipulan un arma mal escondida o colocada imprudentemente encima de cualquier mueble.

Intoxicaciones; Se ha incrementado por el uso abusivo de materiales de limpieza que se utiliza en los hogares de tal modo que productos nocivos se alimentan en cocinas y despensas junto con productos comestibles, e incluso se tiene la imprudencia de cambiarlos de envase, lo cual lleva en ocasiones a una negligencia de ingesta por error. Otro de los peligros hogareños, es la posible intoxicación medicamentosa, originada por la existencia de botiquines caseros en los que se suelen almacenar y apilar medicamentos, la mayoría de ellos caducados y fáciles de coger por los niños.

Accidentes de tráfico; Constituyen una de las más frecuentes causas de accidentes infantiles desde los cinco a los quince años de edad

(Fernández y Toledo, 1984). A veces, son el resultado de una negligencia por abandono, pues el niño es obligado a seguir en la calle por unos padres que quieren llevar una vida tranquila en el hogar. Esta situación puede desembocar, si es pequeño y si no está preparado para callejear, en un accidente cuyos responsables únicamente son los padres.

Disputas domesticas; Pueden ocasionar lesiones accidentales a los niños que viven en hogares cuya conducta habitual es la violencia existente entre varios miembros familiares, por ejemplo los niños corren peligro, sobre todo cuando entran en escena armas blancas o de fuego, sin embargo, es obvio que este tipo de incidencia de daños físicos no intencionados sufridos por los niños en tales circunstancias no son conocidos.

Negligencia del cuidado médico; Schmitt y Kempe (1980) señalan que la negligencia en el tratamiento de un niño con una enfermedad crónica curable, puede agravarla ostensiblemente. Tales cosas pueden requerir un enfrentamiento con los padres que se niegan a que sus hijos sean sometidos a intervenciones quirúrgicas, a inyecciones o a transfusiones sanguíneas por motivos religiosos. En estas circunstancias si muere el niño, los únicos responsables son los padres que se han dejado llevar por su fanatismo.

Entre los indicadores de este tipo de malos tratos destacamos los siguientes:

Indicadores físicos y externos	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Suciedad muy llamativa ❑ Hambre habitual ❑ Vitaminopatías ❑ Apariencia física demacrada ❑ Falta de protección contra el frío ❑ Problemas físicos desatendidos ❑ Necesidades médicas ignoradas ❑ Accidentes domésticos repetidos debidos a negligencia por parte del adulto ❑ Periodos prolongados sin supervisión de adultos
Indicadores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El niño se duerme en clase o esta siempre somnoliento ❑ Roba o pide comida ❑ Absentismo escolar ❑ Faltas continuas de puntualidad y/o de asistencia

	<ul style="list-style-type: none"> □ Permanencia prolongada en lugares públicos o en escuela □ Fugas de casa □ Manifestaciones afectivas extremas, pesimismo □ Muestras de desconfianza
--	---

Fuente: Simón, López y Linaza (2000). p.133.

1.4.2. Maltrato físico

De acuerdo con Simón y cols. (2000), por maltrato físico se considera cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Existen una serie de indicadores que pueden aparecer en los padres o cuidadores:

-La forma en que se relata que se ha producido la lesión no es coherente con las lesiones existentes.

-Aparecen historias de los hechos que produjeron la lesión a menudo contradictorias.

-Los mal tratantes suelen ser reacios a proporcionar información.

-Pueden culpabilizar de las lesiones a otras personas.

-Aparecen posturas reacias a la hora de realizar exploraciones y/o seguimientos del menor.

-Suele haber una historia previa de accidentes. Aunque es necesario tener en cuenta que aunque estos se hayan producido en otras ocasiones, no necesariamente han sido detectados (Simón y cols. 2000, p.135).

Los indicadores que suelen aparecer en los niños son los siguientes:

Indicadores físicos	<ul style="list-style-type: none"> a) Lesiones cutáneas: hematomas, moraduras, heridas, cortes, pinchazos, señales de mordeduras, de pellizcos, o de otros objetos (cables, cinturones, palos), quemaduras. b) Lesiones internas: dislocaciones, lesiones en globos oculares, lesiones neurológicas o viscerales. c) Lesiones óseas: fracturas de huesos d) Otras lesiones: intoxicaciones no accidentales, asfixia o ahogamiento.
Indicadores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recelo por parte de los niños para ir a su casa ▪ Recelo del contacto con sus padres y otros adultos ▪ Viste ropas inadecuadas para el tiempo (para cubrir las lesiones) ▪ Puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad extrema. ▪ Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad ▪ Se siente rechazada y no apreciado ▪ Baja autoestima.

Fuente: Simón, López y Linaza (2000). p.134.

1.4.3. Explotación laboral

La explotación laboral se considera aquella situación en la que para la obtención de un beneficio económico se asigna al menor, con carácter obligatorio, la realización de trabajos que exceden los límites de lo habitual, y que deberían ser realizados por adultos, e interfieren claramente en las actividades y necesidades escolares del niño. Entre los indicadores de este tipo de malos tratos destacamos los siguientes:

participación del menor en actividades laborales, de forma continua o por periodos de tiempo. Además, estas actividades impiden al menor participar en las actividades sociales y académicas propias de su edad (Simón y cols. 2000).

1.4.4. Mendicidad

La mendicidad se refiere a toda situación en la que el niño es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o también cuando el menor ejerce la mendicidad por iniciativa propia. El indicador externo es claro: El menor pide limosna sólo o acompañado (Simón y cols. 2000).

1.4.5. Abuso sexual

Por abuso sexual se considera todo contacto o interacción entre un menor y un adulto en la que el niño es utilizado para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto u otras personas. Puede llevarse a cabo por personas menores de 18 años cuando estas son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de control o poder sobre la misma. Se incluyen comportamientos de distinta índole, distinguiéndose habitualmente entre abusos sexuales con o sin contacto físico. Se incluyen los tocamientos intencionados de zonas de naturaleza sexual con o sin agresión. Dentro de los abusos sexuales sin contacto físico esta la utilización de los menores en la pornografía, prostitución, el exhibicionismo, masturbación en presencia del menor, así como las solicitudes indecentes (Simón y cols. 2000).

López (1995c), tiene en cuenta la operacionalización de los abusos sexuales que hacen los Servicios Sociales y de Salud, por lo que se podría especificar lo siguiente sobre el abuso sexual.

- En los abusos sexuales con contacto físico se incluyen: la violación, considerada como penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona, la penetración digital definida como inserción de un dedo en la vagina o en el ano; el coito vaginal o anal con el pene; las caricias o tocar, acariciar los genitales de otro, incluyendo forzar a masturbar sin penetración; la sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo; el contacto genital oral y obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con animales.
- En los abusos sexuales sin contacto físico se considera: la exposición o acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada como en el exhibicionismo; la implicación de los menores en

conductas o actividades relacionadas con la pornografía; la promoción de la prostitución infantil; obligar a los menores a presenciar actividades sexuales de otras personas tanto si se trata de coito, masturbación como de pornografía y las solicitudes indecentes.

Indicadores del abuso sexual en el menor

Indicadores físicos	<p>Indicadores por traumatismo local y/o infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestaciones de difícil identificación y otras relativamente identificables como dolor y/o inflamación perineal, dolor en región anal, hemorragias anales / vaginales... que pueden originar dificultades para sentarse, andar, etc, en el menor. ▪ Enfermedades venéreas.
Indicadores conductuales relacionados con la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductas que no se corresponden al nivel de desarrollo del menor como conductas sexualizadas. ▪ Interacción sexual con iguales (la precocidad puede ser un resultado de este tipo de maltrato). ▪ Acciones o comportamientos verbales sexualizados hacia personas adultas (el menor puede llegar a esperar de los adultos determinadas formas de interaccionar). ▪ Conocimientos sexuales inadecuados a su edad.
Indicadores conductuales no relacionados con la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios repentinos de comportamiento. ▪ Dificultades en la atención y concentración. ▪ Cambios bruscos en el

	<p>rendimiento escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes de desconfianza. ▪ Conductas autodestructivas. ▪ Ansiedad. ▪ Depresión. ▪ Conductas agresivas. ▪ Fobias.
--	---

Fuente: Simón, López y Lhaza (2000). p.139.

1.4.6. Maltrato psicológico o emocional

Palacios y cols. (1995), hablan únicamente de maltrato emocional.

- El maltrato emocional es una situación en la que no se toman en consideración las necesidades psicológicas del niño, particularmente las que tienen que ver con las relaciones interpersonales y con la autoestima.

López (1995a), diferencia entre maltrato emocional y abandono emocional.

- *Maltrato emocional*; hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono y bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de un adulto del grupo familiar o responsable del cuidado del menor.
- *Abandono emocional*; falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta.

Por otra parte Escudero (1995), diferencia entre malos tratos pasivos y activos, y dentro de cada uno considera diferentes formas:

- Pasivos
 - a) *Abandono emocional*: ausencia permanente de respuestas por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño.

b) *Negligencia en el cuidado psico-afectivo*: según Escudero (1995) se considera como tal tanto la ausencia parcial, como las respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, lo que provoca un descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación.

- Activos

a) *Malos tratos psicológicos*: según el autor, se considera como tal, la situación de interacción donde predomina la violencia del adulto sobre el niño, expresada en forma verbal o en actitudes o a través de amenazas, castigos, críticas, culpabilización, aislamiento, etc.

En relación a los indicadores por parte del medio o externos, Garbarino (1993) menciona cinco tipos de conductas de los padres / tutores que maltratan psicológicamente a sus hijos.

Comportamientos básicos por parte de los padres/ tutores que se incluirían en esta forma de los malos tratos (indicadores del medio).

1. Rechazar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No aceptar las iniciativas del niño ▪ Excluirle de las actividades familiares ▪ Manifestarle una valoración negativa cuando esta solo o en presencia de otras personas
2. Aterrorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenaza constante de castigo ▪ Crear en el menor un miedo intenso a un castigo impredecible ▪ Castigarle al no alcanzar expectativas irracionales o irrealizables ▪ Intimidar y asustar al menor ▪ Hacerle creer que el mundo es un lugar hostil y caprichoso
3. Aíslar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privar al menor de las oportunidades para relacionarse con otros adultos y/o iguales ▪ Hacerle creer que esta solo en el mundo
4. Ignorar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invasión constante del espacio del niño ▪ El adulto no le proporciona la estimulación y responsabilidad necesarias para su desarrollo ▪ El adulto le impide su desarrollo intelectual y emocional ▪ Sobreprotección asfixiante
5. Corromper	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El adulto des-socializa al niño ▪ Se le estimula a implicarse en conductas destructivas,

	reforzando esa desviación e incapacitándole para participar de forma adecuada en las experiencias sociales normales.
--	--

Fuente: Simón, López y Linaza (2000), adaptación Garbarino y cols. (1986). p. 142.

En relación a estos indicadores del medio, se destaca la propuesta hecha por Iwaniec (1995), en donde se diferencia entre situaciones que implican una acción del adulto sobre el menor, y situaciones que implican omisión por parte del adulto.

Los indicadores de malos tratos emocionales según Iwaniec (1995), son las siguientes:

Entre las conductas que implican algún tipo de omisión se encontrarían aquellas en las que al niño:

- Se le excluye del ámbito familiar
- Se le ignora
- No se le permite participar en las actividades familiares
- Se le habla con poca frecuencia
- Se le priva de trato particular
- No se le valora
- No se le reconoce cuando realiza conductas positivas
- No se le aprecia ni valora cuando intenta agradar a sus padres
- Se le ignora o desanima cuando intenta atraer la atención o el afecto de otras personas
- Se le mantiene socialmente aislado, no permitiéndole interactuar con otros adultos iguales
- No se le permite mostrar sus emociones
- No hay contacto físico con sus progenitores

Entre las conductas que implican una acción por parte del adulto se encontrarían aquellas a las que al niño:

- Se le castiga con frecuencia.
- Se le critica y ridiculiza de forma sistemática.
- Se le avergüenza y descalifica con frecuencia delante de otras personas.
- Se le acusa de hechos o sucesos que no le corresponden.
- Se le induce a actuar con perjuicios de tipo religioso, racial, cultural, etc.
- Se le atemoriza, amenaza y asusta.
- Se le corrompe con drogas, prostitución, robos, etc.
- Se le manifiesta activamente que no se le quiere.

Fuente: Simón, López y Linaza (2000), p. 142

Los indicadores del maltrato emocional en los niños son los siguientes:

Indicadores físicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en el crecimiento ▪ Enfermedades psicosomáticas ▪ Accidentes frecuentes
Indicadores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades en su desarrollo evolutivo: lenguaje, inteligencia, psicomotricidad, socialización. ▪ Muestras de recelo, pesimismo, ansiedad, depresión, preocupación. ▪ Signos de desórdenes emocionales como movimientos rítmicos, repetitivos, ausencia de comunicación. ▪ Desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial ▪ Extremos conductuales: pasividad o conducta agresiva extrema ▪ Excesiva rigidez y conformismo ▪ Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad ▪ Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles ▪ Pobre autoestima ▪ Fugas de casa ▪ Trastornos en el control de esfínteres, desórdenes en el sueño ▪ Psicopatías

Fuente: Simón, López y Linaza (2000), p.144

1.4.7. *Corrupción*

Simón y cols. (2000), señalan que, la corrupción se refiere a aquellas conductas de los adultos que promueven en el menor pautas de conducta antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o el consumo de drogas. Entre los indicadores externos de este tipo de malos tratos, se destacan los siguientes:

- Creación de fármaco-dependencia.
- Implicación del menor en contactos sexuales con otros menores o adultos.
- Estimulación hacia el robo.

- Utilización del menor en el tráfico de drogas,
- Recompensa de conductas delictivas (Simón y cols. 2000, p. 145).

1.4.8. Maltrato prenatal

Simón y cols. (2000), refieren que el maltrato prenatal hace alusión a la falta de cuidado por acción u omisión del cuerpo de la futura madre, o auto-suministro de sustancias o drogas que de una manera consciente o inconsciente perjudiquen al feto (crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, dependencia de drogas, etc.)

1.4.9. Retraso no orgánico en el desarrollo

Se refiere a aquellos casos en los que existen alteraciones en el desarrollo del niño sin que existan enfermedades orgánicas que lo ocasionen. Estas alteraciones pueden mantenerse en un peso, altura y diámetro craneal por debajo del percentil 3° en las tallas en las que se recoge el crecimiento normativo, con una ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital, y recuperación en el retraso evolutivo en un ambiente con cuidados adecuados. Este tipo de maltrato en ocasiones pasa inadvertido y su detección se produce generalmente dentro del ámbito sanitario. Aparece generalmente asociado a otros tipos de malos tratos como la negligencia o el maltrato emocional (Simón y cols. 2000).

1.4.10. Síndrome de Munchausen por poderes

Por Síndrome de Munchausen por poderes se entiende aquellas situaciones en las que el padre / madre somete al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas patológicos ficticios o generados de manera activa por el propio padre / madre (Simón y cols. 2000).

Como señala Martín (1995), el síndrome de Munchausen fue descrito por Meadows para referirse a un cuadro que se presenta en niños y originado por sus padres quienes inventan historias de enfermedad, basándose en síntomas y signos falseados. Pedreira y Martín (1993; citados en Martín, 1995), especifican cuatro formas en las que se puede presentar este síndrome en la infancia, estas formas suelen darse de forma simultánea, aunque predomine alguna de ellas.

- Doctor Shopping: se caracteriza por un peregrinaje por médicos aludiendo a la presencia de síntomas o quejas sin signos clínicos constantes de forma objetiva.

- Síndrome de Polle: es un síndrome de Munchausen en uno de los padres y de forma simultanea aparece una clínica inducida en el niño.
- Síndrome de Munchausen "by proxy" o por poderes: en este caso uno de los padres provoca algún tipo de somatización en el niño.
- Síndrome de Munchausen verdadero: es infrecuente antes de la adolescencia existe el peligro de que sea la evolución lógica de los cuadros anteriores y se deben considerar los antecedentes médicos.

1.4.11. Maltrato institucional

El maltrato institucional hace referencia a situaciones que se dan en ciertas organizaciones que atienden a menores y en las que por acción u omisión no se respetan los derechos básicos a la protección, el cuidado y la estimulación del desarrollo. Entre los indicadores externos se han destacado: peligro de la seguridad física del menor, discriminación, separaciones prolongadas e innecesarias del contexto familiar, autoridad despótica hacia el menor, falta de consideración de sus características evolutivas por parte del centro o institución en el que se encuentre el niño (escuela, hospital, centro de protección de menores, etc.) (Simón y cols. 2000).

1.4.12. Maltrato alimentario

El maltrato alimentario no solo trata de desnutrición, sino también se considera maltrato a la alimentación con medios artificiales, pasando por la administración de fármacos y terminando con los verdaderos envenenamientos. Por ejemplo Sánchez y Sequeiro (1981) demostraron que por falta de educación sanitaria, al niño se le alimenta incorrectamente desde el mismo momento del nacimiento, o bien algunas veces por el medio ambiente, y otras por el papel político que desempeña el medico, no se le da la alimentación correcta, pudiendo originar unos determinados cuadros de enfermedades digestivas.

Desnutrición; es un maltrato por omisión, realizado en la persona del niño al que por una serie de motivos particulares se le alimenta deficitariamente, pudiéndole causar la muerte, es decir, si un niño es hospitalizado o simplemente localizado por una deshidratación, el menor puede presentar como características; a) Turbaciones del estado general, b) Retraso del crecimiento de causa no orgánica, o, c) Retrasos psicomotores en formas extremas.

Envenenamientos; las sustancias que pueden producir los envenenamientos son infinitas y se encuentran muy a la mano de las madres, según Dine y –McGovern (1981; citados en Saulbury, Chobanian y Wilson, 1984) son normalmente productos caseros, como la sal que se añade al agua o a la leche de biberón para provocar deshidratación; la administración de barbitúricos, tranquilizantes y fármacos de venta libre o bajo prescripción médica son ofrecidos indiscriminadamente, para que las madres puedan hacer con tranquilidad su trabajo o contemplar una película en al T.V., aunque las sustancias que utilizan las madres son, generalmente, productos hogareños, en algunos casos esta regla no se da, pues como sustancia tóxica también es utilizada la gasolina, insecticida, etc.

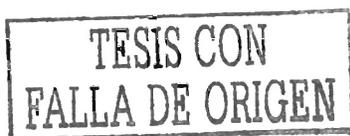
1.5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MENOR MALTRATADO

Sexo del menor

En el estudio de la Comunidad de Madrid se encontró que aunque los malos tratos se dan tanto en varones como en mujeres, parece que hay una tendencia un poco mayor en el caso de los varones (un 52% de los casos son niños y un 48% son niñas) en la aparición de malos tratos. En otras investigaciones realizadas en diferentes comunidades autónomas y provincias españolas, se encontraron también porcentajes similares entre niños y niñas, pero un tanto mayores en el caso de los niños. Concretamente, en los niños aparecen significativamente más casos de maltrato físico y abandono emocional, y en las niñas hay más casos de abuso sexual y de explotación laboral. En otros estudios en los que ha aparecido diferencias significativas en función del sexo, han encontrado que en las niñas, al igual que en el estudio realizado en la Comunidad de Madrid, aparecen significativamente más casos de abuso sexual y explotación laboral en comparación con los niños, mientras que en estos aparecen más casos de negligencia, abandono emocional y corrupción (Simón y cols. 2000).

Saldaña, Jiménez y Oliva (1995), encontraron que:

- Cuando aparecen situaciones de negligencia los niños tienden a sufrir mas accidentes domésticos y periodos de tiempo sin supervisión, y las niñas tienden a sufrir cuadros de suciedad llamativa.
- Cuando se trata de maltrato emocional, los niños tienden a sufrir más rechazo por parte de los adultos.



- En el caso de la corrupción, los niños tienden a ser más estimulados hacia el robo o la agresión y las niñas se ven más implicadas en actividades sexuales y más incitadas a la participación en actividades delictivas.
- Cuando un menor es explotado laboralmente, en el caso de los niños estos realizan más tareas que suponen un beneficio económico y tareas agrícolas, y las niñas tienden a sufrir un exceso de participación en tareas domésticas (Simón y cols. 2000, p. 159).

Edad del menor

En el caso de la edad de los menores que sufren malos tratos encontramos ciertas similitudes y diferencias entre investigaciones; en el estudio de la Comunidad de Madrid (Simón, López y Linaza, 1998) el mayor porcentaje de menores maltratados aparece durante el primer año de vida del menor, a partir de ahí hay una cierta estabilidad que oscila entre un 6 y 8 % de los casos, y que mantienen hasta los 8 años. La mayor incidencia de los malos tratos durante el primer año de vida del menor puede deberse a que en estos momentos el bebé necesita de muchos cuidados por parte de sus padres, a los que se añade que también es un momento en el que esta más vigilado y controlado por diferentes profesionales, del ámbito sanitario (revisiones, controles, vacunas). En el momento en el que aparecen más casos de malos tratos (durante el primer año de vida del menor) se ha encontrado que se presentan principalmente situaciones de negligencia, maltrato prenatal, maltrato físico y abandono emocional (Simón, y cols. 2000).

1.6. FACTORES DE RIESGO

En Gracia y Musitu (1995), se extrajo según el modelo socio-interaccional las variables o factores de riesgo ordenadas en cuatro grupos que hacen referencia a los diferentes niveles del sistema individuo-familia-sociedad y cultura.

Desarrollo ontogénético	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
-Historia de malos tratos. -Historia de desatención severa.	Interacción paterno-familiar: -Desadaptada. -Ciclo ascendente de conflicto y	Trabajo: -Desempleo. -Falta de dinero. -Pérdida de rol. -Pérdida de	-Crisis económica. -Alta movilidad social. -Aprobación cultural del uso de

-Rechazo emocional, falta de afecto en la infancia. -Carencia de experiencia en el cuidado del niño. -Ignorancia de las características evolutivas. -Historia de desarmonía y ruptura familiar. -Bajo CI. -Pobres habilidades interpersonales. -Falta de capacidad para entender a otros (empatía). -Poca tolerancia al stress. -Estrategias para resolver problemas (coping) inadecuadas. -Problemas psicológicos.	agresión. -Técnicas de disciplina coercivas. Relaciones conyugales: -Stress permanente. -Violencia y agresión. Características del niño: -Prematuro. -Bajo peso al nacer. -Poco responsivo. -Apático. -Problemas de conducta. -Temperamento difícil. -Hiperactivo. -Hádicips físicos. -Tamaño familiar. -Padres único. -Hijos no deseados.	autoestima y poder -Stress conyugal. -Insatisfacción laboral. -Tensión en el trabajo. Vecindario y comunidad: -Aislamiento social. -Falta de apoyo social. Clase social.	la violencia. -Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños. -Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad, la maternidad.
--	--	---	---

Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997). p. 30.

Constituye un buen resumen de los factores de riesgo a considerar en la valoración causal, dentro de los cuales existen algunos que por su especial gravedad conllevan a su vez una valoración pronóstica.

- Déficit psíquico acusado en uno o en ambos padres.
- Toxicomanías graves (consumo habitual superior a 6 o 7 años).
- Alcoholismo en la pareja (consumo habitual superior a 6 o 7 años).
- Número muy reducido de conductas de vínculo y calidad afectiva en el trato con el niño.
- Trastornos mentales graves (psicosis, psicopatías).

- Elevado nivel de agresividad y violencia en la dinámica familiar (Gómez, 1995 p. 30).

1.6.1. Factores de compensación y factores precipitantes

Los factores de compensación son aquellos que, de alguna forma, modularían los factores de riesgo, impidiendo la situación del maltrato. Los malos tratos tendrían lugar cuando los factores de riesgo -transitorios o crónicos- sobrepasan o anulan cualquier influencia compensatoria. De acuerdo con esto, los antecedentes del maltrato infantil pueden ser comprendidos únicamente desde una perspectiva multifactorial, en la que múltiples influencias de distintos factores de riesgo y de compensación o protección se consideren simultáneamente (Gómez, 1995).

Estos factores de compensación pueden ordenarse de acuerdo con los niveles ecológicos propuestos por Belsky (1980), Kaufman y Zingler (1987). Finalmente una variable mas a tener en cuenta en este equilibrio relativo entre factores de riesgo y de compensación la constituyen los conocidos como factores precipitantes.

Factores de compensación

Desarrollo ontogénético	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<ul style="list-style-type: none"> -CI elevado. -Reconocimiento de las experiencias de maltrato en su infancia. -Historia de relaciones positivas con su padre. -Habilidades y talentos especiales. -Habilidades interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hijos físicamente sanos. -Apoyo del cónyuge o pareja. -Seguridad económica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyos sociales efectivos. -Escasos sucesos vitales estresantes. -Afilicación religiosa fuerte y de apoyo. -Experiencias escolares positivas y buenas relaciones con los iguales. -Intervenciones terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos. -Divulgaciones de los Derechos del niño reconocidos por las Naciones Unidas. -Prosperidad económica. -Normas culturales

Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997). p. 31.

Factores precipitantes

Desarrollo ontogénico	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<ul style="list-style-type: none"> -Sucesos de las diferentes etapas de la vida. -Interpretaciones que se realizan de los hechos. -Stress subjetivamente percibido. 	<ul style="list-style-type: none"> Sucesos estresantes en la familia: -Separación-divorcio. -Incompetencia parental. -Toxicomanía-alcoholismo. -Trastornos mentales graves. Niños: -Llanto persistente (dolor cólico, aerofagia). -Problemas de alimentación. -No control del esfínter. -Rabietas. -Problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de apoyo social y de la familia extensa. -Emigración, cambio de domicilio. -Falta de equipamientos sociales y educativos. -Medios de comunicación social, televisión, con sus programaciones y manejo informativo. 	<ul style="list-style-type: none"> -No promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños. -Políticas sociales de mala calidad de atención a la infancia. -Aumento de las desigualdades sociales.

Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997). p. 31.

En lo referente al maltrato y abandono físico las familias suelen pertenecer a clases sociales bajas, cercanas a la marginación. Se suelen asociar a situaciones graves de desempleo y de importantes déficit educativos que, en un elevado porcentaje de ocasiones, llegan al analfabetismo. Situaciones que favorecen la aparición de conductas desadaptadas. En lo que respecta al maltrato y abandono psicológico, este se produce también en situaciones de pobreza y desempleo que generan situaciones de frustración e impotencia. Sin embargo, aparece de manera más frecuente en las clases media o media-alta con ambientes alienantes o totalmente desadaptados a las necesidades del niño (Gómez, 1995).

1.7. CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL

Helfer (1970; citado en Green, 1975) postula que la causa del maltrato infantil puede expresarse como una ecuación formada por un padre especial, un niño (también especial), una crisis y una tolerancia cultural en la que se encuentra inmersa la familia, que acepta o anima activamente el castigo corporal como un método disciplinario legítimo. De acuerdo con el esquema de Mardomingo (1985), que divide los factores precursores de la conducta del maltrato en tres niveles: el individual, el familiar y el social.

1.7.1. Factores individuales

1. Según otros autores, el rasgo más frecuente en las historias de las familias que abusan de los niños es la repetición, de una generación a otra, de los hechos violentos y negligencias.
2. Los padres fueron agredidos en su infancia por los suyos de la misma forma que lo están haciendo con sus hijos.
3. Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y la responsabilidad de los hijos.
4. Por lo general el agresor es la madre y en mucho menor proporción el padre o sustituto, debido quizás al mayor tiempo que tiene que estar con el hijo. Cuando el padre o la madre pegan, alguno de los dos instiga o encubre al otro.
5. Para Lynch (1975), los problemas de embarazo que tuvieron las madres pueden convertirse en verdaderas espoletas generadoras de maltratos porque creen que sus hijos son expresiones vivas de los padecimientos que tuvieron durante el periodo de gestación o responsables de un parto difícil, causantes de sus actuales dolencias orgánicas.
6. Los padres disciplinarios (Fontana, 1973) son aquellos que tienen la convicción de que la fuerza bruta es el método más eficaz para la educación de sus hijos.
7. Cuando el concepto del niño ideal que tenían los padres ha sido trastocado ante la realidad de un niño determinado, bien porque haya nacido con alguna deformidad física y/o psicológica y/o son difíciles o hiperactivos se genera una gran desilusión que pueden llegar a desarrollar abandono y/o castigos físicos importantes así como negligencias graves (Gallardo, 1988, p. 101).

1.7.2. Factores familiares

1. Embarazos no deseados por haber demasiados miembros en la familia o por otras circunstancias Hunter, (citado por Fotheringham, 1979).
2. Hijo no deseado porque proviene de una unión extramatrimonial, de un matrimonio anterior, considerándolo un extraño en la familia, al hacerle discriminaciones en el cuidado y atención con respecto a los otros hijos (Kempe y Kempe, 1978).
3. Cuando el niño es adoptado.
4. En algunas familias, la importancia del sexo del neonato es crucial para el inicio del maltrato. Este puede ser diferente del que se esperaba, de modo que es considerado un intruso, ejerciendo la madre no solamente abusos por el sexo en sí, sino porque el mismo le recuerda a un familiar que odia (Rouyer, 1982)
5. Kilwell (citado en Goothuis, 1982), afirma que los padres llegan a ser más punitivos, irracionales y menos soportables cuando el intervalo entre los nacimientos disminuye. Por otro lado Hunter (citado por Fotheringham, 1979), opina que un espacio inadecuado para los niños aumenta la tensión familiar.

1.7.3. Factores sociales

Un punto que genera el maltrato es la falta de soporte, para Solomons (1981), existen tres causas importantes que lo estimula. Por un lado, las tensiones en la familia y la expectativa no realista del niño por parte de los padres; por otro, más importante el aislamiento emocional y social de los padres. Seguramente la mayoría de los autores son de la opinión de que la falta de soporte familiar (amigos, vecinos, etc.), produce un bloqueo tal en la pareja que no saben actuar adecuadamente en un momento determinado con un hijo difícil, hiperactivo, etc., originándole unas lesiones muy graves.

1.8. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

En las consecuencias del maltrato infantil se toman en cuenta los siguientes puntos: a) factores del propio niño como momento evolutivo en el que se encuentre el menor, su capacidad de autocontrol, su estilo atribucional, sus recursos personales, etc, b) factores externos al niño, que forman un continuo de factores interrelacionados, y que van desde los más

inmediatos como quien es el maltratado (un familiar, una persona del entorno pero no de la familia, un desconocido), el sistema familiar (características, recursos, relación con el menor, apoyos que le ofrece) hasta los más lejanos como los relacionados con la cultura del grupo, pasando por otros como los apoyos sociales, red social, intervención psicosocial, etc (Simón y cols. 2000).

1.8.1. Consecuencias en el desarrollo psicológico

El maltrato infantil puede tener consecuencias en prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona que lo sufre. Así, estas pueden ser de tipo orgánico, social, afectivo e incluso de índole cognitiva.

Con respecto a lo anterior, Cerezo (1995) hace una revisión sobre este tema y menciona lo siguiente:

- a) No todos los niños maltratados desarrollan problemas.
- b) No todos los niños maltratados desarrollan los mismos problemas, no hay un patrón ni cognitivo ni conductual característico o típico del niño maltratado.
- c) No hay un patrón diferencial de síntomas o problemas, ni cuantitativo ni cualitativo que distinga a niños maltratados de la población de niños clínicos (Simón, y cols. 2000, p. 180).

El niño necesita sentirse atendido, querido, sentir la seguridad de que hay alguien a su alrededor, por lo cual busca la proximidad y el contacto con sus figuras de apego y que a partir de un determinado momento, muestre claras señales de angustia ante la separación de los padres. Una manifestación clara de esta necesidad primaria, que aparece en las situaciones de maltrato; aun cuando el niño se encuentra en una situación amenazante o dañina para él, busca la proximidad de la figura de apego y esto, según Ainsworth (1980), ocurre incluso cuando esta situación amenazante es provocada por la propia figura de apego. Para el niño es muy difícil encontrar explicaciones o motivos para el rechazo, la agresión o la indiferencia, lo que ocasiona obviamente la confusión y el conflicto emocional. Hasta el punto que se pueden considerar <<merecedores del castigo>> por que piensan que han hecho algo malo.

Como señala Cerezo (1995), el miedo que sienten los niños maltratados puede activar conflictos entre la tendencia a buscar la proximidad y el contacto con la madre, y su tendencia a evitarla o rehurla debido a las experiencias previas de rechazo, lo que la convierte en poco predecible.

De hecho la teoría del apego considera que debido al maltrato infantil se producen graves alteraciones en el establecimiento y desarrollo de vínculos afectivos en el niño, lo que a su vez origina en ellos alteraciones socio-emocionales (Ainsworth, 1980).

Díaz-Aguado, Segura y Royo (1996) señalan que los casos de apego inseguro tienden a aparecer con más frecuencias en las situaciones familiares más problemáticas; los niños que manifiestan durante el segundo año de vida un apego de evitación, presentan en edades superiores un progresivo deterioro en sus interacciones sociales. Entre las manifestaciones de este deterioro destacan el aumento de problemas de comunicación (que conduce al aislamiento), alteraciones en el estado de ánimo y conductas disruptivas que podrían ser utilizadas instrumentalmente, es decir, como medio para buscar atención negativa.

La privación social ocasiona que los niños que la sufren sean personas muy dependientes de la aprobación de los demás, que necesiten ser reforzados por terceros, lo que a su vez limita su autonomía, con las lógicas repercusiones en la forma de relacionarse y enfrentarse a las tareas escolares (Aber, Allen, Carlson y Cicchetti, 1989; Díaz-Aguado, Martínez y Baraja, 1992; Harter, 1978; Cicchetti, 1987). Parecen que los maltratantes tienen unas expectativas negativas hacia la conducta y rendimiento de sus hijos. Esto, unido a una falta de habilidades adecuadas para la resolución de problemas favorece el maltrato e influye en el estilo motivacional y atribucional del hijo.

En otros casos se ha encontrado que los niños que han sufrido abuso atribuyen las cosas negativas que les ocurren a factores internos y estables por ejemplo "por que soy malo". Cerezo y Frías (1994) han denominado a esta forma de explicar y razonar sobre el medio de los niños maltratados "perspectiva de la entidad negativa".

En estudios con niños maltratados psicológicamente algunos autores afirman que la interiorización de la desvalorización puede desembocar en cuadros depresivos, y suicidio, especialmente en la adolescencia. Estos menores con frecuencia presentan una autoestima baja, sentimientos de culpa, soledad, resignación. Pueden percibir el mundo como algo hostiles donde sus expectativas sobre el futuro, si las tiene son negativas Loring, (1994; citado en Simón y cols. 2000)

Un dato importante que aparece de forma reiterada en las investigaciones sobre maltrato infantil se refiere a los problemas de conducta que presentan estos niños: agresividad, hostilidad, oposición, absentismo escolar, etc. Tienden a presentar más diagnósticos de trastornos de la

conducta, cuadros depresivos, baja autoestima, bajas expectativas respecto al futuro y sobre sí mismo, tendencia a utilizar la agresión y la auto-agresión como medio para resolver los problemas (Rogeness, Amrung, Macedo, Harris y Fischer, 1986; De Paúl, Alzate, Ortiz, Echeverría y Arruabarrena, 1988; McCord, 1987).

Díaz-Aguado y cols. (1996) en un estudio longitudinal realizado con niños de edades comprendidas entre los dos y los cuatro años y que fueron observados durante dos años, matizan que el maltrato activo ocasiona un deterioro evolutivo diferente al de los niños que han sufrido maltrato pasivo. Los primeros presentan una tendencia mayor a la externalización, a la agresividad y al comportamiento antisocial, algo que parece aumentar con el paso del tiempo.

Mueller y Silverman (1989) muestran diferencias en la forma de relacionarse con el medio en función del tipo de maltrato sufrido, mientras que los niños que han sufrido maltrato físico muestran conductas caracterizadas por la agresividad y evitación de la interacción con iguales, los niños que han sufrido negligencia muestran un mayor retraimiento, aislamiento y dificultades para mostrar afecto.

Jacobson y Straker (1982) consideran que las deficiencias en la interacción social de los niños maltratados respecto a deficiencias en la interacción social de los niños maltratados respecto a los no maltratados se manifiestan tanto en la cantidad como en la calidad de las conductas de participación social; es decir, no solo la interactúan menos sino que además cuando lo hacen es con menos entusiasmos, menos imaginación y menos capacidad para disfrutar de esa relación.

En otros trabajos se encuentra que los niños maltratados tienen dificultades para interpretar de forma adecuada las claves sociales, lo que se traduce en una carencia de estrategias comportamentales para solucionar problemas interpersonales, y en una tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de otros niños (Dodge, Bates y Pettit, 1994).

Además, estos niños presentan comportamientos que pueden considerarse falta de relación empática positiva. Ante el sufrimiento de un igual, en algunos casos se ha encontrado que no muestran intenciones de consolar al niño que sufre, ni aparece en ellos preocupación, ni tristeza como sería de esperar. Incluso parece que tienen menos habilidad para identificar las emociones de otras personas a partir de su expresión facial, déficit para reconocer los sentimientos de las otras personas y persistencia de un egocentrismo social en el sentido piagetano, es decir, dificultades para

adoptar la perspectiva y punto de vista de los demás (Main y George 1985; Mueller y Silverman, 1989; Klimes y Kistner 1990).

1.8.2. Consecuencias en el desarrollo físico

Con respecto a las consecuencias de carácter biológico, son obvias las que se derivan de tipos de maltrato como maltrato prenatal, maltrato físico o abuso sexual, en donde las consecuencias vienen muy determinadas por la gravedad de las lesiones sufridas (prematuridad, desnutrición, daños neurológicos, quemaduras, heridas, lesiones bucales, lesiones óseas, lesiones internas, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, etc.). En el maltrato prenatal se consideran aquellas situaciones en las que durante el periodo de gestación se pone en peligro la salud del bebé. Un indicador claro de este tipo de maltrato es la aparición en el recién nacido del síndrome de abstinencia debido a la toxicomanía de la madre (Simón y cols. 2000).

García (1995), analiza las consecuencias de la ingesta de drogas en el recién nacido en función del tipo de droga consumida por la madre: madre adicta a opiáceos, madre adicta a cocaína y madre adicta a marihuana.

Cuando la adicción de la madre es a la cocaína, las alteraciones sufridas por el recién nacido son muy similares a las del síndrome de abstinencia a opiáceos (retraso en el crecimiento intrauterino, patrones de sueño anormales, temblores, dificultades para la alimentación, hipertonía, vómitos, estornudos, llanto agudo, hipersucción, taquipnea, deposiciones blandas, fiebre, bostezos, hiperreflexia y escoriaciones). Otra de las consecuencias del maltrato prenatal son aquellas derivadas de la ingesta de alcohol durante el embarazo. Las consecuencias del mismo se ponen de manifiesto en lo que se conoce como síndrome de alcoholismo fetal (SAF). Casi todos los bebés con el SAF nacen de madres alcohólicas crónicas que beben alcohol diariamente o en grandes cantidades de un modo intermitente (Simón y cols. 2000).

Villa (1995) agrupa en cuatro categorías las anomalías debidas al efecto teratógeno del alcohol:

- a) Disfunciones del sistema nervioso central
- b) Retraso del crecimiento que se sitúa en la mayor parte de los niños por debajo del percentil 3 en peso y talla.

- c) Malformaciones variables que pueden ser anomalías en la piel y articulaciones, anomalía óseas, anomalías musculares y anomalías viscerales.

1.8.3. Consecuencias a corto plazo

López (1995b) organiza los efectos a corto plazo en cinco categorías:

- Hacia el agresor y/o familiares: el niño muestra desconfianza, miedo, hostilidad, conducta antisocial y pueden llegar a abandonar el hogar. En la investigación realizada por López (1994) apareció desconfianza en un 70 % de las víctimas, miedo en un 59 %, hostilidad o agresividad hacia el agresor en un 53.3 % y hacia la familia en un 9.2 %.
- Hacia si mismos, muestran vergüenza, culpa, estigmatización.
- En relación a lo que denominan tono afectivo, muestran ansiedad, angustia y depresión.
- Respecto a la sexualidad, se han encontrado conductas atípicas para la edad de los niños. Aparece un exceso de curiosidad, precocidad en sus conductas, prostitución infantil, etc.
- Otras conductas alteradas en estos niños suelen estar relacionadas con el sueño y/o la comida y con el colegio (dificultades para atender y concentrarse)(Simón, y cols. 2000, p. 198).

Entre los efectos a corto plazo también se ha mencionado la aparición del Trastorno por stress postraumático, y que se produce al experimentar un stress emocional después de una experiencia traumática, el niño sigue reexperimentando el stress, especialmente aquellos que no tienen mecanismos adecuados de enfrentamiento (Noguerol, 1996).

1.8.4. Consecuencias a largo plazo

López (1995c) menciona que entre los efectos a largo plazo se destacan los siguientes:

- Dentro de los afectivos es muy frecuente la aparición de cuadros depresivos, también aparecen ideas de suicidio, ansiedad, etc.
- Respecto a la personalidad, el autor habla de baja autoestima y menor capacidad de control de la conducta.

- En el ámbito escolar aparecen dificultades que se traducen en fracaso escolar.
- Dentro del contexto familiar aparecen relaciones conflictivas, huida de casa, desconfianza, etc.
- También se encuentran problemas de conducta, como la conducta antisocial caracterizada por delincuencia, drogadicción, hostilidad, desconfianza, etc.
- Con relación a la sexualidad, esta se puede ver afectada de muy diversas formas, como la aparición de prostitución, miedo a las relaciones sexuales, disociación mente-cuerpo, imágenes obsesivas, patrones inadecuados de intimidad, rechazo de actividad o agresividad ante demandas, disfunciones sexuales, hipersexualidad (Simón, y cols. 2000, p.199).

Las relaciones interpersonales también se ven afectadas. Tanto con la propia familia, como a la hora de establecer una relación de pareja, como a la hora de relacionarse con sus propios hijos. Les cuesta establecer una relación de confianza con otras personas, y con frecuencia sienten hostilidad hacia personas del mismo sexo que el agresor, como ya se ha mencionado suelen tener dificultades relacionadas con la sexualidad de muy diversa índole como la insatisfacción sexual, ansiedad sexual, culpa, anorgasmia, promiscuidad, etc (Simón y cols. 2000).

1.9. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALTRATO INFANTIL

La producción del maltrato infantil se ha considerado desde distintos modelos teóricos que sucesivamente se han ido desplazando y complementando (Gómez, 1995):

1. Modelo psicológico-psiquiátrico
2. Modelo sociológico
3. Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato
4. Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño
5. Modelo socio-interaccional.

1.9.1. *Modelo psicológico-psiquiátrico*

Este modelo considera como factor prioritario explicativo las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los perpetradores,

proponiendo como método terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes.

Kempe (1971), advierte que solo un 10 % de los maltratadores padecían enfermedad psiquiátrica específica, señalando la mayor incidencia de determinadas psicopatologías, lo que hizo que este modelo se centrara en características de personalidad, las cuales son las siguientes:

Pobre desarrollo emocional	Baja autoestima	Aislamiento emocional	Soledad depresiva	Bajo control de la agresividad
Inmadurez Dependencia Necesidad de afecto	Baja/pobre autoestima Escasa autoconfianza Sensación de incompetencia Hipersensible Pobre auto-identidad	Aislado Rechaza relaciones humanas Falta de empatía Falta de afecto Desconfiado Dificultad matrimonial	Deprimido Sentimientos depresivos crónicos Apático Triste, infeliz Temor a estar solo	Agresión pobremente controlada Hostil Agresividad y hostilidad perversiva Patrón de agresión y violencia

Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997). p. 28.

1.9.2. Modelo sociológico

El modelo sociológico aparece y dirige la etiología del maltrato a las actitudes socioculturales: el modelo de sociedad que legitima la violencia como modo idóneo de control interpersonal y las familias en situaciones de stress (enfermedad, alcohol, droga, desempleo, dificultades económicas, hacinamientos, problemas matrimoniales, problemas legales, etc.). Desde esta perspectiva, los padres son considerados víctimas de fuerzas sociales, encontrándose el abuso igualmente entrelazado con un conjunto de valores, actitudes y creencias socioculturales acerca de la infancia, la familia y la paternidad (agresión verbal/ castigo corporal como disciplina, arraigo en la idea de privacidad en la vida familiar, problemas legales, etc.) Casado, Díaz y Martínez, (1997).

1.9.3. Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato

La hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato ha ocupado un lugar importante en la teoría del maltrato infantil planteando que existe un ciclo en el cual la violencia genera violencia y se reproduce el maltrato de padre a hijos. En cualquier caso, los adultos que fueron maltratados de niños presentan un mayor riesgo de maltratar a sus propios hijos (Kaufman y Zigler, 1987).

1.9.4. Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño

En él se pretende analizar los factores estresantes derivados del propio niño que, sumados a los anteriores referidos, contribuyen a que puedan producirse estallidos de violencia o desatención severa. Entre otros han sido reseñados: fruto de embarazos no deseados o de relaciones extramatrimoniales, niños prematuros o de bajo peso al nacer, niños afectos de malformaciones o que tienen algún tipo de necesidad especial (física o sensorial), niños hiperactivos o irritables, etc (Gómez, 1995).

1.9.5. Modelo socio-interaccional

Como se ha podido apreciar en el desarrollo de los diferentes modelos, el maltrato infantil no es un fenómeno simple, sino un problema de extrema complejidad, que requiere en un enfoque multidimensional. Ni todos los padres maltratadores padecen problemas psiquiátricos, ni todas las familias socialmente desfavorecidas y en stress maltratan a sus hijos. De hecho, el maltrato se produce en todas las clases sociales, aunque sus niveles de detección o de predisposición sean distintos. Los modelos socio-interaccionales toman en consideración los diferentes niveles: ecológicos, familiares, ambientales, sociales, e individuales del propio niño, interviniendo como factores interrelacionados e interactuando entre ellos, permitiendo a través de un análisis individualizado de cada caso llegar al modelo explicativo del mismo, con su consiguiente utilidad preventiva y terapéutica (Gómez, 1995).

La perspectiva interactiva o transaccional hace posible concebir el fenómeno del maltrato como la expresión de una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente, y no como el mero resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, de alto nivel de stress ambiental o de unas características particulares del niño (Sánchez, Cañas y Muriel 1993).

En esta perspectiva encaja perfectamente el modelo ecológico-ecosistémico planteado por Bronfrenbrenner (1979), en dicho modelo, la realidad familiar, la realidad social y económica y la cultura quedan organizadas como un todo articulado y como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre si de manera dinámica.

En esa misma línea teórica, Belsky (1980), conceptualizaba el maltrato infantil como un fenómeno determinado por múltiples factores que agrupa en cuatro niveles ecológicos:

1. *Desarrollo ontogénético*, se refiere fundamentalmente a todo aquello relacionado con el proceso evolutivo

de un individuo y que determina su estructura de personalidad. Representa la herencia que los padres traen consigo a la situación familiar y al rol parental.

2. *Microsistema familiar*, representan el contexto inmediato en el cual se produce el abuso, es decir, la familia. Se incluyen en este nivel las características del niño, de los padres, el ajuste marital y la composición familiar.
3. *Exosistema*, representa, en términos de Bronfrenbrenner, las estructuras sociales, tanto formales como informales, que rodean al microsistema familiar (mundo laboral, redes de relaciones sociales, vecindario, etc.) Dichas estructuras no contienen en sí misma a la persona en desarrollo, aunque rodea y afecta el contexto inmediato en que se encuentra, influyendo, delimitando e incluso determinando los acontecimientos.
4. *Macrosistema*, se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños, derechos de los padres sobre los hijos, etc., que permiten y fomentan el maltrato infantil a través de la influencia que ejercen en los otros tres niveles, el individuo, la familia y la comunidad (Casado, Díaz y Martínez, 1997, p. 29).

1.10. MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

Es importante señalar que en relación al maltrato existen ciertos mitos o creencias que se basan en las consideraciones de que (ADIMA, 1993):

1. Los casos de maltrato infantil intrafamiliar son escasos e infrecuentes.
2. El maltrato infantil intrafamiliar se produce más frecuentemente en familias que atraviesan situaciones de pobreza.
3. Es mayor el número de casos en los cuales el agresor es el padrastro y/o madrastra, comparado con el número de casos en que el agresor es el padre y/o la madre biológicos.
4. Los padres y/o madres que maltratan a sus hijos(as) son personas que padecen cuadros psicológicos o psiquiátricos graves.
5. No es posible la coexistencia del amor y del maltrato en una familia.

6. La historia se repetirá, es decir, que todo(a) niño(a) que haya sido víctima de maltrato, generará en el futuro actitudes maltratantes con sus hijos(as).
7. El maltrato infantil intrafamiliar se produce más frecuentemente en familias numerosas que conviven en espacios físicos de pequeñas dimensiones (Tonon, 2001, p. 21).

Los mitos y creencias acerca del maltrato infantil intrafamiliar dificultan el avance en la resolución del problema, ya que su construcción resulta una tarea compleja para la comunidad que los sostiene, haciéndose de esta manera más difícil la generación de acciones tendientes a modificar la situación de base. En este sentido Rostad (citado por Tonon, 2001) en el siguiente esquema relaciona el ocultamiento de los casos de maltrato denominado *efecto iceberg*. El iceberg de Rostad se observa claramente como en su base, que corresponde el mayor número, se identifican los casos que son conocidos por la víctima, el agresor o incluso algún otro miembro de la familia, pero no se derivan. Opuestamente el número de casos que corresponde al vértice iceberg, que es el menor, se refiere a los casos que se denuncian judicialmente. El maltrato infantil aún hoy sigue siendo un problema que se genera en el ámbito privado y que si bien ha pasado al ámbito público, no se han tomado las decisiones adecuadas para resolverlo (Tonon, 2001).

Efecto ICEBERG del maltrato infantil



Fuente: Tonon (2001), p. 22.

CAPÍTULO II
DESARROLLO INFANTIL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

DESARROLLO DE LA SEGUNDA INFANCIA

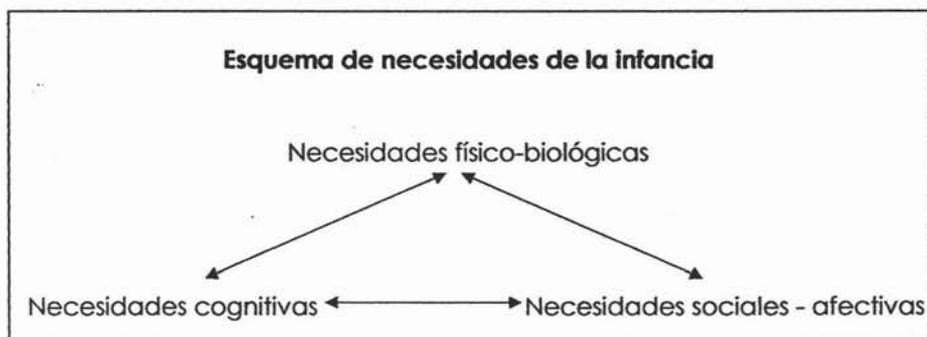
2.1. NECESIDADES DE LA SEGUNDA INFANCIA O EDAD MEDIA

Si buscamos en el diccionario de la Real Academia Española el término "infancia", encontramos que ésta es definida como el período de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad, por consiguiente también es conocida como edad media.

Para que un niño tenga un desarrollo adecuado es necesario que estén cubiertas una serie de necesidades, que partiendo de la propuesta realizada por López (1995 a y b) éstas necesidades pueden organizarse en torno a tres grandes bloques:

- Necesidades físico-biológicas
- Necesidades cognoscitivas
- Necesidades emocionales y sociales

Estos tres tipos de necesidades están interrelacionados, de tal forma que los problemas en uno de estos ámbitos pueden tener una repercusión en los demás. Por ejemplo, las necesidades de carácter físico-biológico deben estar cubiertas para que el sujeto tenga un desarrollo motor adecuado, este desarrollo motor a su vez permite que el sujeto explore su entorno, esta exploración es fundamental para la elaboración de esquemas mentales sobre la realidad que hacen que el sujeto se adapte mejor a su medio que inciden en la construcción de su inteligencia (Simón, López y Linaza, 2000).



Fuente: Simón, López y Linaza (2000). p. 49.

2.1.1. Necesidades físico-biológicas

Según Simón, López y Linaza (2000) estas necesidades se refieren a aquellas encaminadas a preservar la salud (en sentido biológico) del individuo, incluyéndose en esta categoría:

- ✓ Correcta alimentación para cada edad.
- ✓ Condiciones adecuadas de higiene tanto en lo que se refiere al propio niño como a su entorno.
- ✓ Necesidades de dormir durante periodos de tiempo suficientes para cada edad y bajo condiciones ambientales apropiadas.
- ✓ Condiciones adecuadas de temperatura en la vivienda y en el vestido.
- ✓ Realización de actividad física que estimule y favorezca su desarrollo.
- ✓ Protección de riesgos en los diferentes ámbitos en los que se encuentre el menor como ingestión de medicamentos o sustancias tóxicas, utilización de objetos punzantes, escaleras ventanas, etc.
- ✓ Prevención y puesta en marcha de las acciones sanitarias pertinentes ante la aparición de enfermedades (p.49).

2.1.2. Necesidades cognoscitivas

La formación de la inteligencia en los seres humanos no se realiza de forma ajena al propio sujeto, es decir, no es una cuestión exclusivamente de índole madurativa en la que el individuo tiene un papel pasivo. Es necesaria la interacción con el entorno tanto físico como social, de tal forma que el sujeto construye su inteligencia en este proceso de interacción, es decir, las representaciones que se van construyendo de la realidad estarán determinadas por el entorno al que tenga acceso. Es así como el niño va aprendiendo cada vez más cosas en la medida que los adultos o los iguales más capaces le hagan partícipe de actividades que supongan un desafío razonable para él, y le proporcionen contextos de interacción adecuados. Por tanto, para que el niño tenga un desarrollo intelectual adecuado será imprescindible cubrir las siguientes necesidades:

- ✓ Necesidad de exploración del medio. En ese sentido, se le debe permitir al niño (controlando los riesgos derivados de entorno) que manipule objetos, que explore ambientes, que interactúe con diferentes personas o iguales, etc.
- ✓ Muy relacionada con la anterior se encontraría la necesidad de estimulación teniendo en cuenta que ésta debe ser tanto física

como social. El niño debe interactuar no sólo con los objetos, sino también con las personas que le rodean (Simón, López y Linaza, 2000, p. 50).

En definitiva, se debe satisfacer la curiosidad del menor y en este proceso transmitirles a través de nuestras palabras y acciones una serie de creencias, valores y actitudes que le permitan convertirse en una persona íntegra (Simón, López y Linaza, 2000).

2.1.3. Necesidades emocionales y sociales

Desde un punto de vista psicológico, por el momento se cuenta con un importante volumen de investigaciones que demuestran que uno de los pilares de desarrollo humano son los vínculos afectivos y las relaciones sociales que los niños establecen con las personas en general, y aun más, con las figuras paternas, pues para que el niño explore el medio físico y social debe tener cierta seguridad en sí mismo y en su entorno, aquello que se construye a partir de los vínculos afectivos que establece desde el momento del nacimiento. Por tanto, el menor cuenta con una serie de necesidades emocionales y sociales, que López (1995 a y b) agrupa en necesidades sociales, sexuales y con el entorno físico y social (Simón, López y Linaza, 2000).

Respecto a las necesidades sociales:

- ✓ Los niños deben sentirse emocionalmente seguros, algo que construyen a partir del tipo de interacción que establecen con sus figuras de apego.
- ✓ Deben contar con una red de relaciones sociales adecuadas a cada edad.
- ✓ Debe dársele la opción de participar y de lograr una autonomía progresiva, en la medida de sus posibilidades y capacidades y respecto a los temas que le afectan directamente. Para ello, deben ser conscientes de los límites y posibilidades de su comportamiento. Límites que no deben establecerse a través de dinámicas familiares agresivas (López, 1995; citado en Simón y cols., 2000, p. 52).

Por otro lado, López menciona la existencia de necesidades sexuales. A lo largo de la vida de los individuos estas necesidades adoptan formas diferentes. En los niños se pueden manifestar por ejemplo, en la curiosidad por temas como la concepción o por su propio cuerpo. En cada momento estas necesidades deben ser satisfechas de una forma adecuada y sana, escuchando al niño e informándole con claridad y sencillez.

Respecto a las necesidades relacionadas con el entorno físico y emocional:

- ✓ Necesidad de protección contra riesgos y miedos imaginarios, que puedan afectar a su seguridad emocional; a sus vínculos afectivos o a su salud (por ejemplo, miedos a ser abandonados, a perder a los padres, a que les dejen de querer, etc.).
- ✓ Necesidad de jugar que es algo estrechamente relacionado con la necesidad de relacionarse con otros niños. El juego, que también ofrece al niño una gran diversidad de posibilidades lúdicas, de aprendizaje de roles, de fomento del desarrollo motor, etc. El juego está muy relacionado con las capacidades cognitivas de los niños (López, 1995; citado en Simón y cols., 2000. p. 53).

2.2. DESARROLLO FÍSICO Y MOTOR

Durante éste periodo, los niños afinan sus habilidades motoras y se vuelven más independientes. Con las oportunidades de instrucción adecuadas, aprenden a andar en bicicleta, saltar la cuerda, nadar, tirar a la canasta, bailar, escribir y tocar instrumentos musicales. Por primera vez, gracias al progreso de las capacidades físicas y de coordinación, son importantes los deportes de equipo, como el fútbol y el béisbol (Craig, 1997).

En esta época, el crecimiento es más lento y regular que en los dos años anteriores. En promedio, el niño de seis años pesa 20 kilogramos y mide un metro. Al entrar a la escuela se encuentran en un período estable de crecimiento hasta alrededor de los nueve años (las niñas) y a los 11 (los niños). El tiempo y el grado de crecimiento presentan variaciones, pues sufren la influencia del ambiente, la nutrición, el género y los factores genéticos, así como nos lo menciona Craig (1997), también nos lo dice Bruchon, (1992), puesto que para este autor, los principales cambios físicos con una influencia genética son; la estatura y el crecimiento en longitud, las medidas transversales, como la forma del cuerpo y el desarrollo muscular, siendo éstas últimas influenciadas con una genética menor. También concuerda con Craig en cuanto a que el desarrollo físico, está ligado a factores ambientales, como la clase social y el lugar de residencia, la influencia de variables familiares, como rango según el nacimiento, número de miembros y regulación de la autoridad, así como diversos acontecimientos de la vida embrionaria y perinatal. En ambos sexos el tejido muscular aumenta aproximadamente un 75% entre los nueve y los once años, se desarrolla en la misma proporción que el resto del cuerpo lo que le permite al niño adquirir fuerza y vigor. El desarrollo muscular es más rápido en las niñas, aunque al final del crecimiento los

varones poseen mayor masa muscular. Las niñas conservan un poco más de tejido graso que los niños, situación que persiste a lo largo de la madurez. La segunda dentición va apareciendo y queda completa hacia los once años. Los órganos internos crecen rápidamente hasta dos años antes de la adolescencia. En esta etapa comienzan a ser más evidentes los cambios en el sistema genital a diferencia del sistema nervioso el cual desacelera su desarrollo (Mussen, 1965).

Por ejemplo, hasta los nueve años las niñas son algo más bajas y pesan menos que los niños, pero entonces su crecimiento se acelera a causa de los cambios hormonales que empiezan primero y sobrepasan a los niños de la misma edad. También se observa que la estructura de algunas niñas es más pequeña que la de otras, diferencias que pueden afectar la imagen corporal personal y el autoconcepto. Si bien el desarrollo físico sigue un transcurso parecido en la mayoría, no todos los niños maduran al mismo ritmo, ya que hay grandes variaciones en el desenvolvimiento personal, y que tales variaciones se incrementan a lo largo de los años escolares (Craig, 1997).

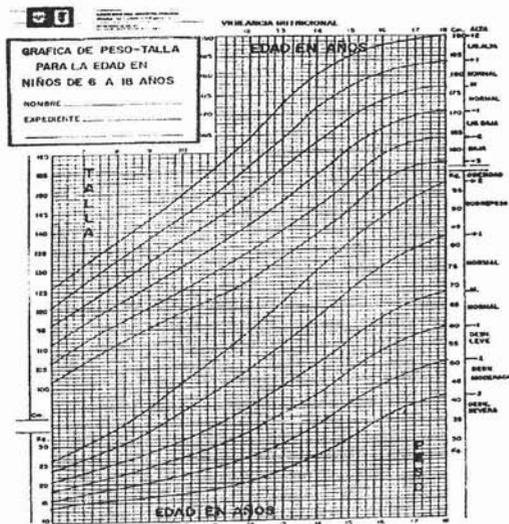
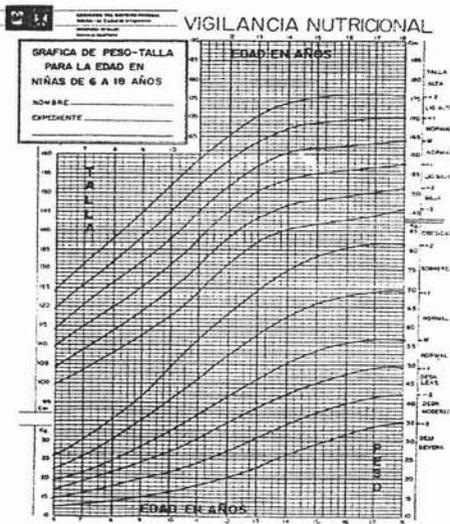
El crecimiento físico durante la infancia y la niñez empieza en el centro del cuerpo y se mueve hacia fuera, la parte superior de los brazos crece antes que la parte inferior y ésta crece antes que las manos. Posteriormente el crecimiento procede en la dirección contraria. Al principio, las manos, las piernas y los pies crecen, y luego el torso, que explica la mayor parte de la ganancia de peso en la adolescencia (Wheeler, 1991; citado en Berk, 2000).

El crecimiento psicofísico durante la preadolescencia sufre transformaciones ya que marca el término de la niñez y la preparación para el inicio de la adolescencia, durante esta transformación la fuerza física se duplica y hay un mayor desarrollo en las capacidades psicomotrices, el deporte sustituye los juegos infantiles, hay independencia de las extremidades superiores e inferiores; existe autonomía funcional de las distintas zonas corporales y dirección motriz de cada una de ellas. Es así como el preadolescente elabora la imagen de su esquema corporal, meta importante para la pubertad (Pedroza, 1976).

De acuerdo con los autores Craig (1997), Mussen, (1965) y Bruchon, (1992) en cuanto al peso y estatura de los niños y niñas proporcionales a su edad, se concuerda con la tabla utilizada por los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal. Esta tabla abarca de los 6 años a los 18 años.

NIÑAS

NIÑOS

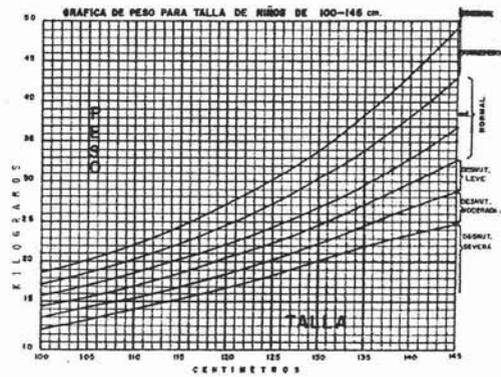
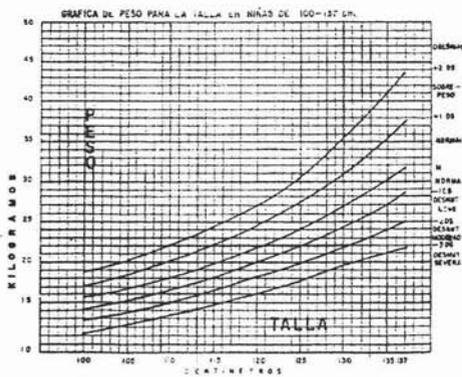


Fuente: Tablas de valores N.C.H.S. Citado en Glinebra, (1983) p. 216.

GRÁFICA DE PESO PARA TALLA

DE NIÑAS DE 100 – 137 cm.

DE NIÑOS DE 100 – 145 cm.



Fuente: Tablas de valores N.C.H.S. Citado en Glinebra, (1983). p. 216.

2.2.1. *Habilidades motoras gruesas*

Se refieren al control sobre las acciones que ayudan al niño a salir al ambiente, por ejemplo el niño es capaz de movimientos controlados y deliberados, pues para el momento en que inicia su educación formal, van apareciendo tres conjuntos de capacidades de movimiento fundamentales:

- ◆ Las capacidades o movimientos locomotores; como caminar, correr, brincar, saltar, dar pequeños saltos y subir, que ejecutan a ritmo constante y con relativamente pocos errores mecánicos. Por ejemplo, en la colocación de los pies o el empleo de los brazos al hacer acrobacias, como es el trepar árboles, o el cruzar arroyos.
- ◆ Los movimientos de manipulación; incluyen lanzar, coger, dar patadas, golpear y regatear.
- ◆ Los movimientos de estabilidad; implican el control del cuerpo relativo a la gravedad, que incluyen inclinarse, estirarse, girarse, balancearse, dar vuelta, regatear, sostenerse sobre la cabeza y caminar por una tabla (Vasta, Haita y Millar, 1999. p. 204).

Según Keogh (1965), el niño de siete años puede lanzar una pelota de béisbol a unos 10 metros, a los 10 años, la enviará al doble de la distancia y al triple a los 12 años, del mismo modo su precisión mejora. Las niñas logran avances parecidos al lanzar y cachar, pero en cada edad la distancia promedio que alcanzan es menor (Williams, 1983).

2.2.2. *Habilidades motoras finas*

En esta época también se desarrollan con rapidez las habilidades motoras finas, las que permiten usar las manos de formas cada vez más refinadas, comenzando incluso antes de entrar al primer grado. Casi todas las habilidades motoras finas que se necesitan para la escritura se desarrollan durante el sexto y séptimo año. No obstante, algunos niños no pueden dibujar un diamante ni dominar la forma de muchas letras sino hasta los ocho años. El dominio que los escolares adquieren sobre su propio cuerpo les produce sentimientos de competencia y valía personal que son esenciales para la salud mental y a la vez los ayuda a ganarse la aceptación de sus compañeros (Craig, 1997).

EDAD	CARACTERISTICAS
5 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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.
7 a 8 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento estable en peso y estatura. ◆ Aumento estable de la fuerza en niños y niñas. ◆ Mayor utilización de las partes corporales. ◆ Refinamiento de las habilidades motoras gruesas. ◆ Mejoras en las habilidades motoras finas. ◆ Mayor variación de las habilidades motoras, pero aún trabajan por separado.
9 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comienza el "estirón" de las niñas. ◆ Aumento de la fuerza de las niñas, con pérdida de flexibilidad. ◆ Conciencia y desarrollo de todas las partes y sistemas corporales. ◆ Capacidad de combinar con más fluidez las habilidades motoras. ◆ Mejor balance. ◆ En general las niñas son más altas y pesadas que los niños. ◆ Comienza el estirón de los niños.
11 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Juicios precisos para interceptar objetos en movimiento. ◆ Prosigue la combinación fluida de habilidades motoras. ◆ Nuevas mejorías en las habilidades motoras finas. ◆ Sigue aumentando la variabilidad en el desempeño de las habilidades motoras.

Fuente: Craig (1997). p. 336.

2.2.3. Influencias hormonales en el crecimiento

La gran cantidad de cambios físicos está controlada por las glándulas endocrinas del cuerpo. Estas glándulas producen hormonas, sustancias químicas segregadas por células especializadas en una parte del cuerpo que cruzan e influyen en células de otra parte. La acción de cada hormona es única porque los receptores de las células responden a unas determinadas hormonas y no a otras (Berk, 2000).

Las hormonas más importantes para el crecimiento humano son liberadas por la glándula pituitaria, localizada en la base del cerebro cerca del hipotálamo. Una vez que las hormonas de la glándula pituitaria entran en el torrente sanguíneo, actúan directamente en los tejidos del cuerpo para hacerlos crecer o estimular la liberación de otras hormonas de las

glándulas endocrinas localizadas en otra parte del cuerpo. El hipotálamo contiene receptores especiales que detectan los niveles de hormonas en la sangre. Por medio de un sensible circuito cerrado de retroalimentación, manda a la glándula pituitaria aumentar o disminuir la cantidad de cada hormona (Berk, 2000).

La hormona del crecimiento es la única secreción de la glándula pituitaria que se produce continuamente y que influye en el desarrollo de todos los tejidos del cuerpo, excepto en el sistema nervioso central y los genitales. Actúa directamente sobre los tejidos pero también lleva a cabo su tarea con la ayuda de un intermediario. Estimula el hígado y las epífisis de esqueleto para liberar otra hormona llamada somatomedina, que desencadena la duplicación celular en los huesos. Aunque parece que la hormona de crecimiento no influye en el crecimiento prenatal, es necesaria para el desarrollo físico a partir del nacimiento. Los niños que carecen de ella alcanzan una altura madura media de 130 cm (Tanner, 1990).

El hipotálamo y la glándula pituitaria hacen que se libere tiroxina, necesaria para el desarrollo normal de las células nerviosas del cerebro y para que la hormona de crecimiento tenga su efecto completo en el tamaño del cuerpo (Tanner, 1990).

La maduración sexual es controlada por las secreciones de la glándula pituitaria que estimulan la liberación de las hormonas sexuales. Aunque se piensa que los estrógenos son hormonas femeninas y los andrógenos hormonas masculinas, ambos tipos están presentes en cada sexo, pero en cantidades diferentes. Los testículos liberan grandes cantidades del andrógeno testosterona, que produce el crecimiento del músculo, el vello facial y corporal y otras características masculinas. También contribuye al aumento del tamaño del cuerpo. Los estrógenos liberados por los ovarios producen la maduración del pecho, el útero y la vagina, y también las proporciones femeninas del cuerpo. Además, contribuyen a la regulación de ciclo menstrual. El cambio en el cuerpo de las chicas también está afectado por la liberación de andrógenos de las glándulas suprarrenales localizadas en la parte superior de cada riñón. Los andrógenos suprarrenales influyen en la aceleración del crecimiento de la mujer y estimulan la apariencia del vello de las axilas y del pubis. Tienen poco impacto en los hombres, cuyas características físicas están influidas principalmente por las secreciones andrógenas de los testículos (Berk, 2000).

2.3. DESARROLLO COGNOSCITIVO

De acuerdo con Piaget los niños a la edad aproximada de entre los dos y los doce años de edad, pasan al estadio conocido como operacional. Este estadio se divide a su vez en dos grandes estadios sucesivos: preoperatorio y operaciones concretas (Berk, 2000).

2.3.1. *Etapa Preoperacional*

Se denomina así porque es el paso previo que debe dar el niño para el logro de lo que se denomina operaciones mentales que caracterizan el estadio de las operaciones concretas, los niños de este estadio tienen una edad aproximada de entre 2 y 6 años. En este momento se pasa de las acciones sensoriomotoras a manipular la realidad de forma simbólica. Lo que caracteriza a este estadio es lo que se denomina función simbólica o semiótica, y se refiere a la utilización de diferentes formas de símbolos por parte del niño. Esta función simbólica implica que el niño diferencie entre significante y significado. Muestras de esta función simbólica son el juego simbólico (jugar con un palo; como si fuera un caballo, jugar a los papás y a las mamás), la imitación en ausencia del modelo que se imita, el dibujo, los sueños, las imágenes internas, el lenguaje (Simón y cols. 2000).

2.3.2. *Etapa de Operaciones Concretas*

Esta etapa según Piaget (citado en Berk, 2000), abarca el período de entre los siete y los once años, como un punto de inflexión en el desarrollo cognoscitivo. Cuando los niños lo alcanzan, su pensamiento se asemeja más al de los adultos que al del niño de las etapas sensoriomotora y preoperacional. El razonamiento operacional concreto es más lógico, flexible y organizado de lo que lo era la cognición durante el período preescolar.

En este momento, el niño es capaz de llevar a cabo operaciones mentales, pues entre los cinco y siete años maduran muchas de las capacidades cognoscitivas, lingüísticas, perceptuales y motoras e interactúan de manera que facilitan y hacen eficiente ciertas clases de aprendizaje. Una operación mental es una acción interiorizada reversible que se combina con otras formando estructuras de conjunto. La puesta en marcha de estas operaciones permitirá al niño concebir la realidad de una nueva forma. El estadio se denomina además concreto por que las acciones que realiza el niño están limitadas a la realidad concreta, es decir, a los objetos y sucesos presentes en su entorno. Para comprender la realidad que nos rodea, los niños deben ser capaces de categorizar y ordenar la realidad y de

entender las transformaciones que se producen en ella (Simón y cols., 2000).

Categorizar y ordenar la realidad

Los niños deben darse cuenta de que en su entorno hay cosas que mantienen semejanzas y diferencias. Deben ser capaces de hacer clases con las cosas que guardan similitudes incluyendo unas clases en otras. Para lograr clasificar la realidad, los niños pasan por un proceso:

- 1) Agrupan cosas no por sus semejanzas, sino porque éstas mantienen relaciones de otro tipo, por ejemplo, si se les dan cuadrados y triángulos hacen una casa.
- 2) Harán agrupaciones en función de un criterio, por ejemplo, si se les dan dinosaurios y perros de colores rojo y verde, separan los dinosaurios de los perros, pero si se les pide que lo organicen de otra forma, no podrán hacerlo.
- 3) Serán capaces de clasificar los objetos que se les presentan, cambiando el criterio de clasificación de los mismos si es preciso, por ejemplo, después de organizar los objetos en dinosaurios y perros, puede cambiar la forma de organizarlos y hacerlo por colores (Simón, López y Linaza, 2000. p. 96).

En base a lo expuesto por estos mismos autores (2000), concuerdan con lo mencionado por Craig (1997), pues éste último nos dice que durante esta etapa la razón se vuelve menos intuitiva y egocéntrica y más lógica. Hacia el fin de la etapa preoperacional las cualidades rígidas, estáticas e irreversibles de pensamiento infantil comienzan a deshielarse, para emplear la terminología de Piaget. El pensamiento, se vuelve reversible, flexible y bastante complejo. Los niños empiezan a advertir uno y luego otro aspecto de los objetos y se sirven de la lógica para reconciliar las diferencias. Pueden valorar las relaciones de causa y efecto, en especial si tienen al objeto enfrente y observan cómo ocurren los cambios. Cuando el pedazo de arcilla se asemeja a una salchicha, ya no les parece absurdo que haya sido una pelota o que se pueda moldear en otra figura, como un cubo. Esta incipiente capacidad de saltar mentalmente más allá de estado o la situación inmediata sienta las bases para el razonamiento sistemático en la etapa de las operaciones concretas y, más tarde, en la de las operaciones formales. A diferencia de los más pequeños, los niños de esta etapa plantean hipótesis acerca de mundo. Piensan y anticipan lo que puede ocurrir; hacen suposiciones sobre las cosas y después verifican sus corazonadas. Por ejemplo, pueden calcular cuántos soplidos les faltan para reventar un globo y seguirán soplando hasta alcanzar o sobrepasar ese límite. Esta habilidad se reduce a los objetos concretos y a las

relaciones sociales que pueden ver y probar. No desarrollan teorías acerca de relaciones, conceptos, pensamientos abstractos hasta que llegan a la etapa de las operaciones formales, que comienza hacia los 11 – 12 años.

2.3.3. *Etapa de Operaciones Formales*

El pensamiento del niño de doce años es muy distinto del de cinco o seis años, y la diferencia se debe no sólo a los mayores conocimientos y datos que el de 12 años ha acumulado, sino también a las diversas maneras en que cada uno piensa y procesa la información. Para Piaget, en esta etapa el niño está desarrollando el pensamiento operacional formal, y las limitaciones características de su raciocinio afectan la percepción personal (Craig, 1997).

Por tal motivo las operaciones formales son el período final en la jerarquía de los estadios de Piaget. Puede dársele un principio pero no un fin, porque una vez que se adquiere, la operatividad formal se considera que dura toda la vida. El comienzo del período suele darse alrededor de los 11- 12 años de edad, aproximadamente. Pero la operatividad formal puede surgir más tarde, o no surgir (Vasta y cols., 1999).

Esta etapa esta señalada por un pensamiento abstracto creciente y el uso de destrezas metacognoscitivas ambos ejercen una influencia radical en el alcance y el contenido el pensamiento y en la capacidad para hacer juicios morales, es decir, es abstracta, especulativa y libre del medio inmediato y las circunstancias (Craig, 1997).

Para entonces ya cuenta con herramientas cognoscitivas que les permiten solucionar muchos tipos de problemas de lógica, comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas, ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos. El cambio más importante en la etapa de las operaciones formales es que el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible (Flavell, 1985; citado en Meece, 2000).

Consideramos es conveniente mostrar algunos logros cognitivos de la niñez y la adolescencia, para englobar cada etapa y percibir las diferencias entre cada una. Como nos podemos dar cuenta cada una de las etapas no tiene una edad exacta de principio y fin, por consiguiente nos enfocamos en la etapa de operaciones concretas, ya que ésta puede abarcar de los 6 – 7 años a los 11 - 12 años.

Edad aproximada	Logros cognitivos
2 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muestra un incremento dramático de la actividad representacional, tal y como queda reflejado en el desarrollo del lenguaje, el juego simbólico, los dibujos significativos y la comprensión de símbolos espaciales. ✓ Toma la perspectiva de los otros en situaciones familiares simplificadas y en la comunicación cotidiana. ✓ Distingue los seres animados de los seres inanimados. ✓ Categoriza objetos sobre la base del funcionamiento común y de la clase de cosa, no por las características perceptivas. ✓ Clasifica los objetos familiares jerárquicamente.
4 a 7 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reemplaza las creencias mágicas sobre las hadas, gnomos y acontecimientos que violan sus expectativas por explicaciones plausibles. ✓ Se fija en las transformaciones, invierte el pensamiento y explica los acontecimientos en contextos familiares desde la causalidad. ✓ Muestra una habilidad mejorada para distinguir la apariencia de la realidad.
7 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Piensa en una forma más organizada y lógica sobre la información concreta y tangible. ✓ Muestra una mejora en la comprensión de los conceptos espaciales, tal y como indica la conservación de la distancia, la habilidad para dar direcciones claras, y los mapas cognitivos bien organizados. ✓ Presenta un dominio secuencial más que completo del razonamiento lógico en diferentes áreas de contenido.
11 en adelante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Razona de forma abstracta en situaciones que ofrecen muchas oportunidades para el razonamiento hipotético - deductivo y el pensamiento proposicional. ✓ Presenta la audiencia imaginaria y la fábula personal, que son más fuertes en la temprana y que gradualmente van disminuyendo.

Fuente: Berk (2000). p. 317.

2.4. DESARROLLO LINGÜÍSTICO

Debido a que nuestro tema se centra en los niños mayores de seis años, nos enfocaremos en dicha época, época en que los niños refinan sus habilidades para el lenguaje oral.

Conforme amplían su léxico, dominan estructuras gramaticales cada vez más complejas y usos más perfeccionados. Por ejemplo, comienzan a usar la voz pasiva, aunque la gramática todavía se tambalee. También aprenden oraciones como "veían a Juan que caminaba por la playa", que llevan al sujeto implícito. Aunque a menudo el progreso del lenguaje oral en este período es radical, suele quedar en el segundo plano de la alfabetización. Se puede sostener que el mayor logro relacionado con el lenguaje es el desarrollo de las habilidades asociadas con la lectura y la escritura (Craig, 1997).

Los niños adquieren los fundamentos de la alfabetización al interactuar con sus padres, hermanos, maestros y compañeros. La naturaleza de esas interacciones es diferente, como lo son las contribuciones de cada una a la creciente habilidad del niño. Por ejemplo, los padres pueden dar las mayores aportaciones por medio de pláticas continuas con sus hijos, que conllevan más intercambios afectivos, antes que concentrarse en actividades con material impreso (Snow, 1993).

Mientras los maestros los instruyen en los conocimientos y las habilidades que necesita para dominar la lectura y la escritura, los intercambios con los compañeros les dan la oportunidad de discutir ideas y problemas de modo espontáneo. En consecuencia, cuando los niños laboran juntos en equipo tienden a hablar más que cuando están frente al maestro, situación que es crucial para el desarrollo de la alfabetización, pues establece un vínculo entre lo que el niño ya sabe y el cuento que escribe o el libro que lee (Craig, 1997).

Durante éste período también sobresale el contexto, es decir, la utilización del estilo lingüístico para transmitir valores culturales, por ejemplo, cuando los niños oyen hablar, aprenden algo más que la simple naturaleza del lenguaje de sus padres, aprenden también mucho respecto a su cultura. La cultura, es un macrosistema importante en el que tiene lugar el desarrollo, e influye en muchos aspectos de la conducta del niño. Una de las formas en que influye en los niños en edad de crecimiento es a través del lenguaje de sus padres. Los padres transmiten información sobre los aspectos culturales a sus hijos no sólo con el contenido específico de su habla sino también por medio de su estilo y funciones (Schieffelin y Ochs, 1986; citado en Vasta y cols., 1996).



2.4. DESARROLLO LINGÜÍSTICO

Debido a que nuestro tema se centra en los niños mayores de seis años, nos enfocaremos en dicha época, época en que los niños refinan sus habilidades para el lenguaje oral.

Conforme amplían su léxico, dominan estructuras gramaticales cada vez más complejas y usos más perfeccionados. Por ejemplo, comienzan a usar la voz pasiva, aunque la gramática todavía se tambalee. También aprenden oraciones como "veían a Juan que caminaba por la playa", que llevan al sujeto implícito. Aunque a menudo el progreso del lenguaje oral en este período es radical, suele quedar en el segundo plano de la alfabetización. Se puede sostener que el mayor logro relacionado con el lenguaje es el desarrollo de las habilidades asociadas con la lectura y la escritura (Craig, 1997).

Los niños adquieren los fundamentos de la alfabetización al interactuar con sus padres, hermanos, maestros y compañeros. La naturaleza de esas interacciones es diferente, como lo son las contribuciones de cada una a la creciente habilidad del niño. Por ejemplo, los padres pueden dar las mayores aportaciones por medio de pláticas continuas con sus hijos, que conllevan más intercambios afectivos, antes que concentrarse en actividades con material impreso (Snow, 1993).

Mientras los maestros los instruyen en los conocimientos y las habilidades que necesita para dominar la lectura y la escritura, los intercambios con los compañeros les dan la oportunidad de discutir ideas y problemas de modo espontáneo. En consecuencia, cuando los niños laboran juntos en equipo tienden a hablar más que cuando están frente al maestro, situación que es crucial para el desarrollo de la alfabetización, pues establece un vínculo entre lo que el niño ya sabe y el cuento que escribe o el libro que lee (Craig, 1997).

Durante éste período también sobresale el contexto, es decir, la utilización del estilo lingüístico para transmitir valores culturales, por ejemplo, cuando los niños oyen hablar, aprenden algo más que la simple naturaleza del lenguaje de sus padres, aprenden también mucho respecto a su cultura. La cultura, es un macrosistema importante en el que tiene lugar el desarrollo, e influye en muchos aspectos de la conducta del niño. Una de las formas en que influye en los niños en edad de crecimiento es a través del lenguaje de sus padres. Los padres transmiten información sobre los aspectos culturales a sus hijos no sólo con el contenido específico de su habla sino también por medio de su estilo y funciones (Schieffelin y Ochs, 1986; citado en Vasta y cols., 1996).

De acuerdo con McCandless, (1984), en la formación del vocabulario, la mayoría de los niños ya dominan las principales reglas del lenguaje, contando con más de 2,562 palabras. Sin embargo, no cesa aquí este desarrollo, siguen aprendiéndose reglas sintácticas más complejas hasta la edad de diez años, y hasta mucho después, pues es aquí donde los menores ya tienen pleno dominio de la operación cognoscitiva de reversibilidad, por ejemplo, "Si Pepe tiene un hermano llamado Paco, entonces Paco tiene un hermano llamado Pepe"; o bien, "Si Paty tiene una hermana llamada Lola, entonces Lola tiene una hermana llamada Paty" por lo que nos menciona, que durante este período la formación del vocabulario depende de cambios continuos en la organización de los factores semánticos que definen las palabras. Este proceso guarda una relación muy estrecha con la adquisición de las reglas de semántica y sintaxis y con el desarrollo cognoscitivo.

2.5. DESARROLLO SOCIAL

Es importante mencionar que desde los primeros años de la vida, la familia es el primer grupo socializador de los niños, desarrollándose poco a poco el interés por los otros niños. No obstante, durante los años preescolares y escolares, la familia sigue siendo el primer grupo socializador de los niños, pero los compañeros de preescolar y posteriormente de la escuela jugarán un papel importante en su desarrollo social, así como también las relaciones con sus hermanos, éstas a veces pueden ser un tanto ambiguas como lo plantea Simón y cols. (2000), ya que los hermanos a la vez que cumplen una importante labor de socialización también pueden ser una fuente de conflictos (Dunn y Kendrick, 1986).

Parece que existen diferencias en las relaciones entre los hermanos en función de variables como el sexo, la edad, el número de hermanos o el lugar que se ocupa entre ellos. Sin embargo, este mismo autor (1986) nos dice que uno de los factores que tiene una gran influencia en el tipo de relación que se establece entre los hermanos es el tipo de relación que éstos, a su vez, mantienen con sus padres.

El factor social influye en ésta etapa, cuando aprenden a manejar algunas de las complejidades de la amistad y la justicia, reglas y costumbres sociales, convenciones sexuales, obediencia a la autoridad y las leyes morales, pues es, cuando los niños comienzan a observar el mundo social entorno y poco a poco llegan a entender los principios y reglas que lo gobiernan (Ross, 1981; citado en Craig, 1997).

Por otro lado, y en lo que respecta a las relaciones con compañeros, la competencia social aumenta gradualmente en estos años, por ejemplo durante el juego, ya que durante su transcurso se percibe como una potente herramienta de adaptación al medio. A través de él los niños aprenden roles, valores, interactúan con iguales, resuelven conflictos, se adaptan a otros niños, cuando éstos son más pequeños, y son, por tanto, instrumento educativo (Simón y cols., 2000).}

Otro aspecto relevante en este período, y que está estrechamente vinculado con el tipo de relaciones que se establecen en este momento, tiene que ver con la concepción que los niños tienen de la amistad. El concepto de amigo varía de unas edades a otras, sin embargo a pesar de una gran diversidad en las definiciones que los niños pueden proporcionar, comparten algunos elementos comunes, pues en cualquier definición un niño, asegurará o implicará que la amistad no es cualquier tipo de relación sino una relación afectiva: los amigos se aprecian mutuamente. Y se estará de acuerdo en que es un proceso recíproco, bidireccional. Un niño puede apreciar a otro, pero su solo aprecio no les hace amigos. Para que exista amistad el afecto ha de ser recíproco. En un primer momento la amistad se considera como el resultado de interacciones más o menos momentáneas, está determinada por factores como la cercanía y evoluciona hasta un momento próximo a la adolescencia, en donde la amistad está más determinada por factores como compartir intereses, vivencias, puntos de vista, ideas, creándose una relación mas duradera (ver tabla) (Vasta, Haita y Miller, 1996).

Etapas de la concepción de la amistad durante la infancia

Niveles	Edades aproximadas	Descripción	Frases típicas
Nivel 1	5-7 años	Los niños son compañeros agradables para mí, y son divertidos para jugar. La amistad es una relación temporal que se establece y termina fácilmente.	"Es mi amigo porque juega conmigo y me da muchos juguetes" "Me aprecia porque le dejo venir a mi casa y jugar conmigo."
Nivel 2	8-10 años	Los amigos son personas que se ayudan unos a otros en una relación de confianza recíproca. Se aprecia al amigo por	"Un amigo es alguien que te ayuda, como si te caes de a bicicleta." "Haces muchas cosas por ellos y ellos por ti y

		ciertas disposiciones o rasgos, y no simplemente por contactos frecuentes para jugar.	puedes confiar en ellos."
--	--	---	---------------------------

Nivel 3	11 años	Los amigos son personas que se comprenden mutuamente y que comparten los pensamientos y sentimientos más íntimos. La amistad es una relación a largo plazo basada en la compatibilidad de intereses y personalidad.	"Alguien con quien puedes hablar y contarle tus problemas y que te comprende." "Te gustan los mismos tipos de cosas y se pueden decir lo que quieren el uno al otro."
---------	---------	---	--

Fuente: Vasta, Haita y Miller (1996). p. 737.

Además, no hay que olvidar la importancia de la habilidad de inferir pensamientos, esperanzas, sentimientos e intenciones de otros que cumple una función central en la comprensión de lo que significa la amistad, como lo dice Craig, (1997). Así como también menciona que los niños que pueden ver las cosas desde el lugar de otro, son más capaces de establecer relaciones fuertes e íntimas con los demás.

No obstante, Grupo Oceano, quien edito una obra enfocada a la psicología del niño y del adolescente, expone que no todos los niños tienen la misma facilidad para hacer amigos, y aquellos niños que son más populares poseen las siguientes características:

- ✓ Son extrovertidos. hacer valer sus puntos de vista en otras.
- ✓ Aceptan fácilmente a otros en sus juegos, y por tanto son más aceptados.
- ✓ Saben expresar sus derechos y sentimientos, pero, a la vez, tienen en cuenta los que poseen los demás.
- ✓ Poseen un nivel alto de autonomía y, al no ser dependientes de adultos o padres, buscan más a los otros.
- ✓ Respetan las reglas sociales.
- ✓ Saben resolver conflictos (pueden ceder en ocasiones, y de sus compañeros.

- ✓ Comparten sus cosas y ayudan a otros.

(citado en Océano2000,p.249).

Selman (1981) explica cuatro etapas de la amistad, de acuerdo a un estudio realizado:

- ✓ La primera (antes de los siete años), está basada en consideraciones físicas o geográficas, y es más bien autocentrada. Un amigo es sólo un compañero de juego, alguien que vive cerca, que va a la misma escuela o que tiene juguetes codiciables.
- ✓ En la segunda etapa (de los siete a los nueve), comienza a formarse la idea de reciprocidad y una conciencia de los sentimientos del otro. La amistad se ve sobre todo en términos de los actos sociales de una persona y las evaluaciones subjetivas que otro hace de esos actos.
- ✓ En la tercera etapa (de los nueve a los doce años), la amistad se funda en un toma y daca genuino: los amigos se ven como personas que se ayudan unas a otras. Los niños advierten que pueden evaluar los actos de sus amigos y que éstos, a su vez, hacen lo mismo. Aparece por primera vez el concepto de confianza.
- ✓ En la cuarta etapa (que sólo rara vez se encontró en los sujetos de once y doce años del estudio), los niños ven la amistad como una relación estable y continuada cimentada en la confianza. Ahora pueden observarla desde el punto de vista del tercero. Selman arguye que la clave de los cambios en el desarrollo de las amistades infantiles es la habilidad de ponerse en el lugar de otro (citado en Craig, 1997).

ETAPA	EDAD	CARACTERISTICAS
Primera	Hasta los 6	La amistad depende de factores físicos o geográficos; los niños están centrados en ellos mismos, sin comprensión alguna del punto de vista de los demás.
Segunda	7 a 9	La amistad comienza a fundarse en la reciprocidad y en la conciencia de los sentimientos del otro, así como en los actos y evaluaciones sociales de ambos.

Tercera	9 a 12	La amistad se basa en un genuino toma y daca; los amigos se ven como individuos que se apoyan unos a otros; hay evaluaciones mutuas de los actos de cada cual; aparece el concepto de confianza.
Cuarta	11 ó 12 en adelante	Se ve a la amistad como una relación de confianza estable y duradera; pueden observarla desde el punto de vista de un tercero.

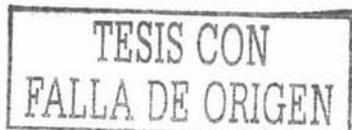
Fuente: De Selman, 1981; citado en Craig (1997). p. 385.

2.6. DESARROLLO MORAL

Los valores están referidos a las maneras de esforzarse, de creer y de hacer en las cuales participan un propósito y una dirección definida o en las que se ejercen la opción y el juicio. La existencia de valores está implícita en la importancia relativa que atribuye el individuo a distintos objetivos y actividades, en sus creencias morales, sociales y religiosas y en sus preferencias estéticas. Los valores son el fundamento de las formas aceptadas de conducta y de interacción con otros individuos en una cultura determinada, y de las clases de rasgos de la personalidad que se idealizan. Por consiguiente, los valores son factores importantes en la determinación de objetivos y de los procedimientos tendientes a satisfacerlos, de pautas de conducta y de sentimientos de obligación para acatar dichas pautas y para inhibir todo comportamiento que las contraríe (Ausebel y Sullivan, 1991).

Por tal motivo estos autores (1991), nos explican tres problemas que intervienen en la transmisión intracultural de valores:

- ✓ *Factores modeladores externos*; son aquellos a los que el niño está expuesto y que influyen en él de manera selectiva, haciendo que interiorice ciertos valores con preferencia a otros.
- ✓ *Mecanismos de interiorización*; se refiere a las pautas externas, es decir, las diferentes maneras de interiorizar los valores de otras personas o grupos, por ejemplo, cuando se habitúa a un determinado conjunto de normas, los valores que las sustentan pueden adquirir una aureola de verdad axiomática y aceptarse como válidos por evidencia propia. O bien otro mecanismo es la imitación mecánica simple; los valores que expresa una persona sirven como estímulo para incitar a otra a aceptar valores comparables.



- ✓ Y sanciones internas y externas; que mantienen a los valores en una forma relativamente estable una vez que han sido internalizados (Ausebel y Sullivan, 1991. p. 223).

Partiendo de aquí estos mismos autores (1991), explican lo que es la moralidad, siendo ésta la parte de nuestros sistemas de valores cultural y personal que se refiere a los fines correctos de las actividades y los esfuerzos del hombre, a los problemas del bien y el mal y a la responsabilidad o justificación del comportamiento.

Una determinada edad no presupone un nivel de desarrollo moral ni viceversa, porque el desarrollo moral no es un producto exclusivo de la maduración intelectual del individuo. El planteamiento que se tiene en la actualidad con respecto a este tema es que la maduración constituye una razón necesaria, aunque no suficiente para adquirir en un cierto nivel de desarrollo moral, es decir, parece que resulta necesaria una cierta capacidad de razonamiento lógico para manifestar un razonamiento moral consecuente, pero el mero hecho de alcanzar un nivel operatorio elevado no implica que el desarrollo moral de esa persona sea igualmente elevado (Díaz-Aguado, 1997).

Kohlberg descubrió seis etapas del desarrollo moral que organizó en tres niveles. Esta teoría contenía los siguientes principios del desarrollo cognoscitivo de Piaget: cada etapa incluye modos cualitativamente diferentes de pensar; supone una reestructuración de los procesos y estructuras del pensamiento correspondientes a etapas anteriores; las etapas forman una secuencia invariable. En la teoría de Kohlberg, el desarrollo moral realizaba la transición de razonamiento egocéntrico a razonamiento orientado a reglas y a razonamiento regido por principios. Sin embargo, a diferencia de Piaget, Kohlberg no pensaba que éstas etapas fueran universales. El avance por las etapas depende de las habilidades de adoptar papeles, del pensamiento abstracto y de las experiencias de socialización, de aquí, el hecho de que no todos los adultos alcanzan el tercer nivel (Meece, 2000).

Nivel preconvencional: los niños que se encuentran en este nivel abordan los problemas morales desde una perspectiva hedonista. No les interesa lo que para la sociedad es la forma correcta de conducirse, sino sólo las consecuencias concretas de sus acciones. En esta etapa, los niños dicen que hay que obedecer las reglas y las leyes porque se recibe un premio o un castigo. Este tipo de razonamiento es común entre los niños de primaria y disminuye entre los 10 y 13 años de edad (Hersh, Paolitto y Reimer, 1979; citado en Meece, 2000).

Nivel convencional: el niño acepta y obedece las reglas sociales del bien y del mal, aún cuando no se le premie ni se le castigue. Buscan orientación en otros, especialmente en las figuras con autoridad, y obedecen las reglas para agradecerles y obtener su aprobación. A este razonamiento Kohlberg lo llama orientación del "buen niño / buena niña". Más tarde, cuando el niño inicia la etapa de "la ley y el orden", busca en la sociedad normas de lo que es bueno o malo. En esta etapa, quiere ser un buen miembro de ella. En esta etapa es muy común entre niños de los últimos grados de primaria, entre la mayoría de los de secundaria y en muchos adultos (Hersh y cols., 1979; citados en Meece, 2000).

Nivel posconvencional: los individuos han desarrollado su propio conjunto de principios éticos que definen lo que es moralmente bueno o malo. Rara vez lo alcanzan antes de la enseñanza superior y hay quienes no lo alcanzan (Colby, Kohlberg, Gibbs y Lieberman, 1983; citado en Meece, 2000). Las reglas y las leyes se consideran contratos sociales celebrados a través de un proceso democrático. Las reglas de la sociedad han de obedecerse no porque sean la "ley", sino porque protegen los derechos básicos del hombre como la igualdad, la justicia, la libertad y la vida. Las leyes deben desobedecerse cuando no se establecen en un proceso democrático o cuando violan los principios éticos (Meece, 2000).

ETAPA	RAZONAMIENTO ILUSTRATIVO	
NIVEL I	PRECONVENCIONAL (BASADO EN CASTIGOS Y RECOMPENSAS)	
Etapa 1	Orientación al castigo y la obediencia.	Se obedecen las reglas para evitar castigos.
Etapa 2	Hedonismo instrumental ingenuo.	Se obedece para obtener recompensas, para recibir favores.
NIVEL II	CONVENCIONAL (BASADO EN LA CONFORMIDAD SOCIAL)	
Etapa 3	Moralidad del "buen chico" para mantener buenas relaciones, aprobación de los otros.	Conformidad para evitar la desaprobación o el rechazo de los otros.
Etapa 4	Moralidad de mantener la autoridad	Conformidad para evitar la censura de las autoridades legítimas, con la culpa resultante.
NIVEL III	POSCONVENCIONAL (BASADO EN PRINCIPIOS MORALES)	
Etapa 5	Moralidad contractual, de derechos individuales y leyes democráticamente aceptadas.	Acatamiento de las leyes del lugar para el bien de la comunidad
Etapa 6	Moralidad de principios de conciencia individual.	Acatamiento de los principios éticos universales.

Fuente: Craig (1997). p. 387.

Carol Gilligan (1982) afirma que Kohlberg basó su teoría en su trabajo con sujetos del sexo masculino y no consideró la posibilidad de que el desarrollo moral pudiera acontecer en forma algo distinta entre las mujeres. En otras palabras, acusa a Kohlberg de sesgos sexuales. Gilligan descubrió que, en general, niñas y mujeres obtienen calificaciones inferiores en la prueba de dilema moral. Pero, asegura, no se debe a que su razonamiento tenga un nivel inferior, sino sólo a que emplean distintos criterios para sus juicios morales. Según Gilligan, niños y niñas son enseñados desde la infancia a valorar diferentes cualidades. Se entrena a los chicos para que luchen por la independencia y valores del pensamiento abstracto. En cambio, las niñas aprenden a ser acogedoras y solícitas y a estimar las relaciones con los demás. Gilligan cree que hay dos clases distintas de razonamiento moral: uno basado en el concepto abstracto de justicia, el otro en las relaciones humanas y el afecto. La orientación justiciera es característica del pensamiento masculino, mientras que interesarse por los otros es más común entre las mujeres. Los sujetos de Gilligan fueron sobre todo adolescentes y adultos jóvenes. Otros investigadores han considerado a niños pequeños y no han encontrado diferencias sexuales en los juicios morales de menores de 10 años. No obstante, algunos chicos de 10 y 11 años dieron respuestas más bien agresivas (Craig, 1997).

Al respecto de las diferencias sexuales, Eisenberg también encuentra que las niñas de 10 a 12 años muestran más solicitud y compasión en sus respuestas que los niños de la misma edad. Sin embargo, Eisenberg piensa que se debe a que las niñas maduran más rápido, y que los niños se ponen al corriente al final de la adolescencia; ella y sus colaboradores hallan pocas diferencias sexuales en las respuestas de los adolescentes mayores (Eisenberg, 1989; citado en Craig, 1997).

CAPÍTULO III

*TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1. LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria es para el hombre, al igual que para otros seres vivos, una de las formas en que se realiza el intercambio constante con el medio ambiente, que cualquier ser vivo precisa para el mantenimiento del equilibrio vital y de la misma existencia. Mediante la comida se aportan al organismo los elementos necesarios tanto para la constitución y sostén de la estructura biológica, como para el funcionamiento de los procesos metabólicos y el mantenimiento de las necesidades energéticas (Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce, 1990).

De acuerdo con estos mismos autores, para el hombre, la acción de comer no representa sólo una conducta biológica destinada a la supervivencia, sino que tiene una gran significado sociocultural e incluso personal. Muestra de esto es la diferente calidad de las sensaciones de hambre y apetito. Hambre se define como la <<necesidad de comer>>, sensación visceral, independiente de la voluntad, vital e indiscriminada; se tiene hambre como necesidad íntima biológica de reponer las energías gastadas. Al contrario, el apetito es el <<deseo de comer>>, el elemento volitivo consciente, psicológicamente activo, específico, no indeterminado. El hambre como fenómeno, es una sensación más bien desagradable, el apetito, por el contrario, se aprecia como algo placentero. El acto de comer tiene un gran significado social y cultural. Las formas de alimentarse varían según las diferentes culturas ya que son una manifestación de las mismas, y cada sociedad establece sus propios códigos.

Las diferencias entre hambre y apetito suelen estar encubiertas en aquellas comunidades en donde la comida es insuficiente y prevalece el hambre, la desnutrición y el bajo peso. El significado de la comida y de la conducta alimentaria varía también en dependencia del ambiente sociocultural y socioeconómico. Comer bien puede ser signo de riqueza y poder; comer refinadamente, de elegancia y distinción; el estar gordo o delgado va a ser un valor o un contravalor según la moda alimentaria que impera en un momento o época determinada (Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce, 1990).

La evolución de las preferencias sociales hacia el físico estilizado ha llegado a tal extremo, que para un número cada vez más elevados de personas, sobre todo mujeres, alimentación normal y dieta baja en calorías son equivalentes. Por otra parte, el acto de comer es un fenómeno de comunicación social. Cuando una familia o un grupo de amigos se reúnen alrededor de una mesa, existen muchas cosas implicadas además de la necesidad de comer. El vínculo entre comida y afecto se producen en las etapas de la vida, las vivencias de satisfacción o desvalimiento van modelando a veces la expresión de conflictos emocionales que pueden estar relacionados con la inseguridad, el miedo, la frustración, etc. Así, el rechazo de la comida puede ser símbolo del rechazo de un ambiente o de una situación que no se puede tragar, o expresión del afán de independencia, de no necesitar a nadie. Por ejemplo algunos niños pueden utilizar la angustia que provocan en sus madres cuando no comen para mantenerlas más tiempo pendientes de su persona (Cervera y cols., 1990). Con frecuencia los trastornos de la alimentación expresan sufrimientos, inadaptación al medio, conflictos internos, actitudes de oposición, angustias, etc.

3.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria, se presentan con frecuencia como síntomas de otras enfermedades, y no como una enfermedad en sí misma. La pérdida del apetito y de la sensación de hambre acompaña a un gran número de enfermedades de tipo orgánico. En las enfermedades psíquicas ocurre otro tanto: la depresión se acompaña de una pérdida de las ganas de comer, mientras que los estados de ansiedad pueden dar lugar a una exacerbación del apetito (Cervera y cols., 1990).

En la actualidad, a medida que se han ido conociendo mejor las consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos alimentarios y su potencial resistencia a todo tipo de tratamientos, se hace hincapié en que cualquier descuido de la prevención primaria de estas alteraciones puede originar un aumento todavía mayor de éstas, y que los factores socioculturales son la diana más apropiada para los esfuerzos preventivos (Katz, 1985).

3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden analizarse cuantitativamente, cuando lo que se halla alterado es básicamente la cantidad de la ingesta; o cualitativamente, cuando es la calidad de la misma la que se afecta. Entre los trastornos cuantitativos se encuentran la obesidad simple, por ingestión de calorías superior a las consumidas; de acuerdo al DSM-IV (1995) existen como trastornos específicos; la bulimia nerviosa, caracterizada por atracones alimentarios, y la anorexia nerviosa o disminución del hambre- apetito, con restricción severa de la ingesta.

Trastornos de la conducta alimentaria
<p>CUANTITATIVOS</p> <p>Por exceso: OBESIDAD BULIMIA</p> <p>Por defecto: ANOREXIA</p>
<p>CUALITATIVOS</p> <p>De la manducación: DIFICULTADES ALIMENTARIAS RUMIACIÓN</p> <p>Por ingestión de sustancias no alimentarias: PICA</p>

Fuente: Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990). p.17.

Entre los trastornos cualitativos se incluyen las dificultades alimentarias, la rumiación y la pica. Se conocen como aberraciones alimentarias, el primero consiste en una subalimentación por inapetencia o selectividad alimentaria; el segundo en la alteración de la manducación, es decir un conjunto de actos entre -la toma de alimentos, masticación y deglución- que se exceden a la digestión-, y finalmente la pica, en la ingestión de sustancias no alimentarias.

Estos trastornos de la conducta alimentaria se presentan por lo general en la infancia y en la niñez, en ellos lo que está alterado es esencialmente la calidad de la ingesta, dando lugar a graves aberraciones nutricionales y complicaciones graves, peligrosas para la vida misma.

3.3.1. Dificultades alimentarias

Las dificultades menores alimentarias son muy frecuentes en la infancia, la inapetencia y los caprichos alimentarios dan lugar a una supuesta subalimentación que la mayoría de las veces indica expectativas alimentarias maternas insatisfechas. En muchas ocasiones el niño toma los alimentos con mayor facilidad de otros familiares o adultos, que de la propia madre o de la persona que habitualmente lo cuida (Cervera y cols., 1990).

Sin embargo las dificultades alimentarias se deben considerar como trastorno únicamente si se presentan en un grado superior a lo normal, con rechazo de la alimentación y actitudes de capricho exagerado ante un aporte alimentario correcto.

Criterios (CIE-10) para el diagnóstico de dificultades alimentarias

- Dificultades en la alimentación claramente superiores a la media normal.
- Si la naturaleza del problema alimentario es por sus características cualitativamente anormal.
- Si el niño tiene clara tendencia a ganar o perder peso en un período de al menos un mes.

Fuente: Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990). p.18.

3.3.2. Rumiación

La rumiación o mericismo es un trastorno muy poco frecuente, caracterizado por la regurgitación repetida de la comida del estómago a la boca, de donde es expulsada o masticada indefinidamente. El niño tras la ingesta presenta con frecuencia, un estado de ensimismamiento, adopta una posición forzada con la espalda arqueada y la cabeza dirigida hacia atrás, y mediante movimientos de succión con la lengua, regurgita la comida parcialmente digerida; actividad que parecería resultarle agradable.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno
por rumiación en la infancia

- Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un período de por lo menos 1 mes después de un período de funcionamiento normal.
 - La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (por ejemplo, reflujo esofágico).
 - La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.
-

Fuente: DSM-IV-TR (2002). p. 65.

3.3.3. *Pica*

La pica o picacismo se caracteriza por la ingesta persistente de sustancias no nutritivas, tales como pintura, yeso, cuerdas, cabello o ropa e incluso excrementos de animales, arena, insectos, hojas o piedras. La pica puede ser un síntoma más de otras enfermedades, tales como el trastorno autista, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo, etc., o constituir un trastorno con entidad propia. Este trastorno es más frecuente en niños con retraso mental, pero puede aparecer en niños pequeños con inteligencia normal, y en adultos normales, sobre todo en mujeres y especialmente en embarazadas (Cervera y cols., 1990).

Se piensa que aparece con mayor frecuencia en medios socioeconómicos bajos y está demostrado que la negligencia y la falta de atención de los adultos es un factor predisponente. Normalmente, la pica remite hacia el principio de la niñez aunque puede persistir durante la adolescencia, o más raramente continuar hasta la vida adulta. Una gran mayoría de niños en algún momento de su infancia algún tipo de pica que ha pasado inadvertida para los que lo rodean como por ejemplo: pequeños trozos de lápiz o goma de borrar, de tiza, sus propias uñas -la onicofagia sería una forma de pica cuando el sujeto no se limita a morderlas y cortarlas, sino que se las traga- o mucosidades (Cobo, 1983). La anemia y los trastornos digestivos son la consecuencia de la disparatada alimentación y de una dieta alimentaria desajustada.

Criterios DSM-VI-TR para el diagnóstico de pica

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.
- La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Fuente: DSM- IV-TR (2002). p.64.

3.3.4. Obesidad

La obesidad es un trastorno caracterizado por el aumento anormal del tejido adiposo del organismo, que da lugar a un incremento del volumen corporal, con un sobrepeso respecto a la estatura y edad del individuo. Se incluye dentro de las alteraciones de la alimentación porque, aunque se presume una predisposición genética en la base del trastorno, son los hábitos alimentarios con ingesta de calorías superior a los requerimientos energéticos del organismo, los que parecen ser responsables de su desarrollo (Hirsch y Leible, 1988).

Se valora como obesidad todo sobrepeso que exceda en un 20% del peso ideal de un sujeto sano, de la misma edad, sexo, altura y constitución corporal. Un sobrepeso de un 10% un 20% del peso ideal se considera como un <<exceso de peso>>, pero no se valora como obesidad. Por encima del 30% del peso ideal, la obesidad, se considera peligrosa para la salud, ya que por las complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias y respiratorias a que suele dar lugar aumenta el índice de mortalidad (Cervera y cols., 1990).

Puede desarrollarse a cualquier edad, aunque en un alto porcentaje de obesos el trastorno empezó en la infancia o en la adolescencia. Se ha comprobado que alrededor de un 70% de obesos de 10 a 13 años siguen siéndolo cuando llegan a la edad adulta (Abraham, Collins y Novdsieck, 1971).

Además es un factor de riesgo para la salud, tanto por su estrecha relación con otras enfermedades -trastornos cardiovasculares, metabólicos y respiratorios-. Los riesgos parecen diferir en dependencia de la distribución de la grasa corporal, habiéndose señalado que la obesidad abdominal es más peligrosa para la salud (Björntorp, 1986).

Este trastorno constituye también un factor predisponente para otros trastornos de la alimentación -bulimia nerviosa y anorexia nerviosa- y que supone un contravalor sometido a discriminación y rechazo sobre todo en la mujer (Allon, 1982). Esta presión sociocultural puede ser, en parte, la causa de ciertas alteraciones psicológicas que se asocian con la obesidad, especialmente hipersensibilidad respecto al propio aspecto físico, inseguridad en las relaciones interpersonales, vivencias de aislamiento y distorsión de la imagen corporal (Wadden y Stunkard, 1985).

Por otra parte las dietas encaminadas a perder peso pueden dar lugar a síntomas afectivos menores: ansiedad, inquietud psicomotriz, debilidad e irritabilidad, e incluso a síntomas depresivos graves: la llamada <<depresión de la dieta>> (Stunkard, 1990).

Factores predisponentes

Su etiología, multifactorial y compleja, comprende factores genéticos, metabólicos, psicológicos y socioculturales, sin que este bien determinada la preponderancia de ninguno de ellos, ni la interrelación que hay entre sí. Aunque no hay duda de que los factores psicológicos y socioculturales influyen en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso, estudios recientes demuestran que el peso corporal, incluida la obesidad, se encuentran bajo un fuerte control genético (Cervera y cols., 1990).

Así se ha demostrado que los hijos de padres obesos tienen más probabilidades de ser obesos que los hijos de padres delgados y más del 60% de pacientes obesos tienen uno o ambos padres obesos (Bray, 1976).

Algunos autores como Saldaña y Russell (1988) han planteado la posible existencia de hábitos y estilos de alimentación, característicos de los sujetos obesos como responsables del desarrollo y mantenimiento del problema; el tipo y ritmo de ingesta del obeso dependería más de la estimulación externa provocada por los alimentos que de la sensación interna de hambre o que la sobreingesta es una conducta aprendida, inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés y que los sujetos obesos presentarían mayor número de conductas de ingesta emocional que los sujetos de peso normal.

Muchas de las características y alteraciones de personalidad asociadas a la obesidad (pasividad, timidez, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, desarrollo inadecuado de la personalidad, ansiedad, depresión, psicosis, etc.) parecen surgir más el rechazo sociocultural y de pérdidas de peso por dieta restrictiva que de alteraciones psicológicas previas del individuo (Saldaña y Russell, 1988).

Los hábitos alimentarios anómalos y los patrones de inactividad física aprendidos en el grupo familiar y cultural son decisivos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. En la medida en que la sociedad convierte el alimento y la ingesta en símbolos de salud, de bienestar o de poder adquisitivo y asocia la alimentación con acontecimientos sociales y actividades de diversión, promueve la sobrealimentación. La publicidad en general, y especialmente la televisiva, juega un papel importante tanto en el comportamiento alimentario, como en la tendencia al sedentarismo, ya que se ha asociado significativamente el tiempo que se pasa ante el televisor y la prevalencia de la obesidad (Dietz y Gorimaker, 1985).

Todo ello facilita enormemente cualquier predisposición constitucional o personal a la sobreingesta, al sedentarismo y a la disregulación, del balance energético.

3.3.5. Bulimia nerviosa

La bulimia es un trastorno de la alimentación caracterizado por la ingesta de gran cantidad de comida, seguida por lo general, de vómitos autoprovocados o de abuso de laxantes. A veces los episodios de bulimia son un síntoma más de un cuadro de obesidad o de anorexia nerviosa.

El peso y el estado nutricional de la persona con bulimia suelen estar dentro o muy cerca de los límites de la normalidad, sus fluctuaciones, generalmente debidas a fases alterantes de comilonas y ayunos, nunca son tan extremas como para amenazar la vida del enfermo, como en el caso de la anorexia nerviosa. Suele iniciarse tras el intento de controlar el peso mediante regímenes dietéticos voluntarios, vómitos autoinducidos y el uso de laxantes y diuréticos (Mitchell, Davis, Goff y Pyle, 1986).

De acuerdo a el DSM-IV la Bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, es decir, consisten en atracones (consumo a lo largo de un período corto de tiempo -inferior a 2 horas- de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería) y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Los

individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas.

El *método compensatorio inapropiado* más usual es la provocación del vómito, y sus efectos inmediatos consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los *atracones* se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimulado posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan por una rápida ingesta del alimento.

La bulimia nerviosa de acuerdo al DSM-IV-TR (2002), especifica el tipo que es:

- ✓ *Tipo purgativo*; durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- ✓ *Tipo no purgativo*; durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes diuréticos o enemas en exceso.

Los atracones, imprevistos o planificados -a veces con el fin de vomitar después-suelen realizarse en secreto o al menos disimuladamente, y terminan con sensación de malestar por distensión abdominal, somnolencia, sentimientos de culpa y autodesprecio, y vómito autoprovocado que reduce la ansiedad y el miedo al sobrepeso.

El trastorno empieza normalmente en la adolescencia o en la primera etapa de la fase adulta, y al igual que la anorexia predomina en el sexo femenino, aparece predominantemente en las adolescentes de clase media o media alta, aunque últimamente parece existir un desplazamiento del trastorno hacia clases sociales más bajas (Garfinkel y Garner, 1982).

Cervera y cols., (1990), refieren los siguientes puntos sobre la bulimia nerviosa:

- Episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo, por lo general inferior a dos horas)
- Al menos tres de los siguientes síntomas:
 - Consumo fácil de alimentos con muchas calorías durante la comilona.
 - Ingesta disimulada de alimentos durante la comilona.
 - Terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoprovocado.
 - Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos autoprovocados, o empleo de laxantes y/o diuréticos.
- a. Conciencia de que el patrón de ingesta es anormal y temor a no ser capaz de parar de comer voluntariamente.
- b. Estado de ánimo depresivo y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad (citado en Cervera y cols., 1990. p. 369).

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de bulimia nerviosa

- 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) en 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 parar 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, como 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 corporales.
 - E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
-

Fuente: DSM-IV-TR (2002). p. 250.

Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad suelen ser la deshidratación, que dan lugar a complicaciones orgánicas serias, como tetania -trastorno del metabolismo con disminución de calcio en la sangre-, arritmias cardíacas y debilidad muscular. Otras consecuencias de la bulimia son los trastornos menstruales, la erosión del esmalte dental, aumento del tamaño de las glándulas salivales y dilatación gástrica (Herzog y Copeland, 1985).

Factores predisponentes

Este trastorno es resultado de la influencia de diversos factores: variables biológicas, rasgos de personalidad, actitudes culturales, y que al igual que en el resto de los trastornos de la alimentación, la variable ambiental (sociocultural) aparece como factor primordial, determinante de su prevalencia. Existen datos que sugieren la existencia, en este trastorno, de un componente hereditario, cuya base genética está sin precisar (Scott, 1986).

En la actualidad los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos son variantes de una etiología común. Esta hipótesis muestra que los trastornos afectivos se dan con más frecuencia en familias de pacientes con bulimia que en las de sujetos normales. También se ha encontrado en los pacientes con bulimia una mayor proporción de alteraciones psiquiátricas familiares sobre todo de alcoholismo (Strober, Salkin, Burroughs y Morrell, 1982).

Así mismo se ha comprobado que los pacientes con bulimia nerviosa tienen más tendencia a la obesidad y un mayor número de trastornos de obesidad en la familia que los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva.

Tanto la predisposición al sobrepeso, que induce a la dieta restrictiva como la tendencia a los trastornos afectivos o impulsivos que facilitan el descontrol de la ingesta, podrían ser determinantes en la configuración del trastorno bulímico (Garfinkel y cols., 1982).

Otro factor importante que la bulimia sigue frecuentemente es un largo período de dieta severa, se ha postulado que la incapacidad de mantener una dieta baja en carbohidratos conduciría a una mayor necesidad de los mismos, y ocasionalmente al vómito y a la purga. Lo que en realidad parece probable es que las dietas repetidas constituyan un factor de riesgo para la bulimia ya que ante la restricción alimentaria se tiende a reaccionar con sobreingesta (Smead, 1985).

Al cierto tiempo de iniciarse los atracones, sobrevendrían los vómitos, que al reducir la ansiedad y el miedo al sobrepeso, facilitarían la frecuencia de los atracones y con ello la de los vómitos también. Finalmente, planear el vómito puede ser parte del ritual que permite al paciente comer vorazmente sin experimentar el temor a engordar o liberarse de un estado de ansiedad.

Los rasgos de personalidad de las personas que padecen este trastorno no son muy específicos entre ellos se encuentra: inmadurez, hipersensibilidad, impulsividad y poca tolerancia a la frustración, inseguridad, minusvalía, baja autoestima, falta de confianza en si mismas, insatisfacción con el medio y consigo mismas, actitudes fóbicas, entre otras (Cervera, Casanova, Aguirre, Lahortiga y Gurpegul, 1984).

En ciertos estudios comparativos con personas afectadas de anorexia, las pacientes con bulimia nerviosa se caracterizan por poseer una personalidad más marcada, y una mayor extroversión y relación interpersonal; así mismo presentan mayores dificultades en el control de impulsos con predisposición a conductas más impulsivas como episodios de hurto, abuso de drogas y alcohol (Johnson, 1982).

Es difícil establecer hasta que punto éstas características forman parte de un trastorno más básico de la personalidad que responde ante la frustración de la obesidad con dieta y bulimia; o representen arrebatos de predisposiciones premórbidas debidas al trastorno alimentario (Johnson, 1982).

Aunque las alteraciones de la alimentación pueden tener un origen genético en características de personalidad y temperamento, también parece depender de influencia y experiencias de aprendizaje del

ambiente familiar. Entre los factores relacionados con la familia asociados con alteraciones de la alimentación, en particular de la bulimia, destacan las relaciones familiares disfuncionales acompañadas a menudo de psicopatologías en los padres (Strober y Humphrey, 1987).

Diferentes estudios sobre interacción familiar han coincidido en señalar actitudes de hostilidad y negativismo por parte de las familias de bulímicas frente a las necesidades emocionales de sus hijas. Las pacientes bulímicas perciben sus ambientes familiares conflictivos y desintegrados que los sujetos normales. Por ejemplo en un estudio realizado por Jonson (1982) encontraron que las pacientes bulímicas percibían en sus familias menos cohesión, menor apoyo y ayuda, independencia, conductas autosuficientes y afectividad. Así mismo, les atribuían un mayor grado conflictivo junto a una menor expresión emocional. Finalmente tanto la orientación sociocultural, énfasis en actividades sociales e intelectuales, como la actividad recreativa eran más bajas. Se puede especular que el síntoma <<atracción-purga>> corresponde a profundos problemas familiares. El entorno familiar de los bulímicos comprometería el desarrollo de una identidad estable y de una adecuada autonomía, a través de una serie de alteraciones de la estructura familiar: rechazo o sobreprotección emocional, pobreza en la resolución de conflictos y falta de afecto o empatía (Strober y Humphrey, 1987).

Existen otros factores como son los socioculturales, ya que la sobrevaloración de la apariencia física, incluido el aspecto delgadez, de la cultura de sociedades desarrolladas influye en las conductas y actitudes alimentarias. Los medios de comunicación, la industria de la moda, de la dietética y del adelgazamiento enseñan a la mujer cuál debe ser el ideal de imagen femenina y como conseguirla a través de dietas, del ejercicio físico, de los cosméticos y del vestuario (Polivy y Herman, 1987).

El ambiente familiar, escolar o comunitario, sensibilizado -la sugerencia de algún familiar o amigo-, el haber sido ridiculizado por el peso, puede ser un factor determinante para que los jóvenes experimenten los rápidos cambios corporales a que se hallan sometidos, como una amenaza al modelo estético cultural y con ello a su autoestima, autoconfianza y seguridad y se dedica a adelgazar a través de una restricción intensa de dieta (Johnson, 1982).

3.3.6. Anorexia nerviosa

De acuerdo al DSM-IV (1995), la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, es

decir tiene un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona suele mantener un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla.

La organización mundial de la salud define esta enfermedad de la siguiente manera: "Trastorno cuyas manifestaciones son el activo y persistente rechazo a ingerir alimentos y la marcada pérdida de peso. El trastorno afecta típicamente a chicas adolescentes, pero puede algunas veces empezar antes de la pubertad, rara vez se presenta en hombres. La amenorrea es habitual y puede haber una variedad de otros cambios fisiológicos, incluso lentitud del pulso y de la respiración, baja temperatura corporal e hinchazón. Son típicos los hábitos alimentarios inusitados y las actitudes anómalas hacia los alimentos; algunas veces el ayuno aparece tras un lapso de sobrealimentación (Cervera y cols., 1990).

Cuando este trastorno inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso, por ejemplo cuando el sujeto crece en altura. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterios para el diagnóstico según el DSM-IV-TR de la anorexia nerviosa

- A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Pérdida de peso de un 15% debajo del peso normal o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en 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 en 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 sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Fuente: DSM-IV-TR (2002). p.249.

Es preciso especificar de acuerdo al DSM-IV-TR (2000), el tipo de anorexia, pues existen dos:

- ✓ *Tipo restrictivo*; durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- ✓ *Tipo compulsivo/purgativo*; durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Este trastorno se desencadena por factores relacionados con tensiones y conflictos característicos de la pubertad y la adolescencia, tales como los que se derivan de las relaciones intrafamiliares, de los cambios corporales que acontecen en la pubertad o de las incertidumbres que se originan en la búsqueda de identidad personal en la adolescencia.

Factores predisponentes

Se ha supuesto que la anorexia nerviosa expresa una incapacidad para asumir el papel de adulto e integrar las transformaciones de la pubertad. El conflicto central parece situarse en la función simbolizante del cuerpo como totalidad: idealización de la delgadez, terror existencial a engordar. Ante ello, los pacientes interpretan la delgadez como cualidad de alto valor, y encuentran horrorosa la obesidad; de esta forma, la alimentación ya no es regulada por mecanismos fisiológicos sino por la percepción del tamaño corporal, percepción cada vez más distorsionada cuanto mayor es el adelgazamiento.

Bruch (1987), constata que las reacciones maternas inapropiadas unas veces y contradictorias otras, impiden que la niña adquiera la capacidad de discriminar las sensaciones corporales y la vivencia de control sobre ellas. Estas imposiciones no sólo originan alteraciones en la percepción del hambre, sino también privan al sujeto del sentimiento de vivir su propia vida, por el contrario, se sienten propiedad de sus padres, desvalidas bajo la influencia de impulsos internos y de demandas externas y sin guías interiores. La enfermedad, representa el esfuerzo por establecer un sentido de identidad y por escapar de un papel en el que están sometidas a una excesiva demanda por parte de los padres.

Russell (1977) esquematiza de un modo particular la relación entre la pérdida de peso y los cambios psíquicos:

- a) El trastorno mental origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso.
- b) La desnutrición agrava el trastorno mental, por lo cual resulta ser anomalía directamente autodestructiva.
- c) Es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la comida típica de la anorexia nerviosa.
- d) El trastorno hipotalámico podría afectar las funciones psíquicas del paciente, dando lugar a actividades anómalas hacia la comida, el tamaño corporal y la sexualidad (citado en Russell, 1977. p. 225).

En la anorexia nerviosa se agrupa una serie de síntomas, unos de tipo psíquico y otros de tipo físico o somático.

A) Características psicológicas y trastornos de conducta.

1. Alteración en la percepción de la imagen corporal.
2. Hiperactividad.
3. Restricción dietética rigurosa.
4. Manera de comer llamativa y bizarra.
5. Uso de laxantes y diuréticos.
6. Búsqueda ciega del sentido de identidad.
7. Temor a perder el control (no sólo en la comida).
8. Interpretación rígida de las relaciones humanas.

9. Capacidad para el pensamiento abstracto deficiente.
10. Ánimo triste.
11. Negación de la enfermedad.

B) Signos físicos.

1. Pérdida de peso.
2. Amenorrea (supresión del flujo menstrual).
3. Bradicardia (ritmo excesivamente lento de la contracción cardiaca).
4. Lanugo (vello, pelusa).
5. Hipertricosis (desarrollo excesivo del cabello).
6. Estreñimiento.
7. Caquexia (estado de extrema desnutrición).
8. Piel escamosa, descamada y sucia.
9. Edemas (hinchazones blandas).

Fuente: Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990). p.61.

La anorexia nerviosa es un trastorno en el que un miembro joven de la familia desencadena una particular movilización del entorno, lo cual constituye un elemento típico del cuadro clínico. La mayoría de las veces, la enfermedad aparece cuando la paciente no se ha independizado, y vive todavía en casa de sus padres, y son estos los que detectan una serie de cambios en su hijos(a). Durante la pérdida progresiva de peso se da un aspecto físico alarmante, el rostro sufre un cambio debido a la pérdida del tejido adiposo, la piel se vuelve seca y rugosa, sobresalen los huesos, los ojos se hundén y aparecen ojeras, todo ellos sobre una gran palidez. Igualmente el cuerpo muestra signos de gran desnutrición. Además se acompaña de cambios psicológicos y de conducta, lo que aumenta el desconcierto de los padres, ahora la niña se muestra distante, arisca, manipuladora del entorno, apareciendo como misteriosa ante el resto de la familia que no comprende su actitud (Cervera y cols., 1990).

Hay una negación a ingerir alimentos, rehusa sentarse con todos a comer a la mesa y en algún caso abandona el hogar a la hora en que la familia se reúne para las comidas. Por otro lado se observa un extraordinario gusto por cocinar y porque los demás coman en abundancia, sobre todo los hermanos pequeños. La familia detecta también cambios en el humor: por cualquier pequeño motivo hay enfados, llanto, conductas de rebeldía y terquedad. No permiten que se les lleve la contraria. Pero existe un incremento de la dependencia de la paciente con respecto a la madre buscando mimos y caricias, reclamando continuamente su presencia.

Cervera y cols., (1990), entre otros autores, han descrito un modelo de funcionamiento familiar <<tipo>> en la anorexia nerviosa. Se trataría de familias de clase media-alta, aparentemente estables, en las que hay una falta de comunicación verdadera, hay una cierta resistencia a manifestar abiertamente los sentimientos, preferentemente a nivel de la relación conyugal. Esta tensión entre los padres tiende a dispersarse hacia los hijos, a menudo la madre se convierte en sobreprotectora y directiva, fomentando la actitud de la hija que tiende a preocuparse en como conseguir la aprobación de los padres.

Bruch (1987), describe con detalle los rasgos de estas familias; familias anteriormente felices, al menos en apariencia, se encuentran en una situación tan preocupante como la de tener una hija desnutrida y que rechaza la comida, situación que provoca intensa frustración, manifestada en expresiones de rabia y enfado. Según la autora los padres muestran una actitud exigente hacia la hija, son ambiciosos, admiran la belleza y se preocupan mucho de las apariencias exteriores; muchos de ellos han estado preocupados por la obesidad. Sobrevaloran a sus hijos y esperan de ellos belleza, obediencia, buena conducta y altos rendimientos, que se presentan durante la infancia.

3.3.7. Trastorno de la conducta alimentaria no especificada

Ahora bien según el DSM-IV-TR (2002), existe la categoría de **trastorno de la conducta alimentaria no especificada**, la cual se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Y algunos ejemplos son:

- ✓ En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- ✓ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- ✓ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- ✓ Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un

individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

- ✓ Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- ✓ Trastorno por atracon: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (citado en DSM-IV-TR, 2002, p. 249).

3.4. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Gómez Pérez-Mitré (citado por Cadena, 2002), menciona que los factores de riesgo son aquellos que tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste y desequilibrio ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermarse y el número o severidad de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo principales con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria pueden dividirse en cuatro grandes grupos: Factores de riesgo asociados con imagen corporal: (satisfacción/ insatisfacción), alteración (sobrestimación/ subestimación), preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/ delgadez, autoatribución (positiva/ negativa), figura real e imaginaria, peso deseado y atraktividad entre otras; factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: seguimiento de dieta restrictiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, consumo de productos light y atracones; factores de riesgo relacionados con el cuerpo real o biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual (precoz/ tardía); factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias: ejercicio excesivo (10 horas a la semana o más), uso de productos para el control de peso inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos), y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra (Gómez Pérez-Mitré; citado por Cadena, 2002).

Algunos factores de riesgo comúnmente aceptados se han asociado a una morbilidad psiquiatría general fueron: la presión paterna para comer más, hacer ejercicio para perder peso, percibir estrés en el hogar y registros

de ansiedad y depresión en la historia familiar (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1998).

Los factores de riesgo no constituyen necesariamente la etiología de la enfermedad pero si son factores que aparecen asociados a ella y varían de una población a otra y de una enfermedad a otra. Estas variaciones se deben especialmente a los modos de vida, a los comportamientos frente a la salud, a los cambios en las condiciones ambientales de vida, a la demografía, entre otros (San Martín, 1984).

Cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que se conjuguen habrá mayor probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno alimentario (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999; Unikel, Villatoro y Medina, 2000).

Aquellos que se relacionan con factores socioculturales hacen referencia al incremento en las exigencias académicas, el inicio de las relaciones de pareja, la presión de la familia y compañeros, el medio social y el pertenecer al género femenino (Unikel y cols., 2000).

En determinadas investigaciones se ha observado que la percepción del cuerpo infantil ideal esta relacionada con las preferencias y creencias de las madres (González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré, 1999).

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, Williams y Conner, 1996).

Los factores biológicos de riesgo hacen referencia a la predisposición genética hacia la obesidad, familiares con trastorno afectivo, trastorno alimentario y/o adicciones, los cambios corporales que se presentan durante la pubertad y el pertenecer al sexo femenino (Chinchilla, 1995).

En los factores de riesgo que se relacionan con características psicológicas se encuentran la motivación para adelgazar que es la excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto por un gran deseo de perder peso como un desmesurado temor a ganarlo; experimentar inefectividad que son los sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida; desconfianza interpersonal la cual se refiere a la aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas; miedo a madurar en el

que se manifiesta un deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes debido a las exigencias de la vida adulta; perfeccionismo, que son las expectativas exageradas sobre los posibles logros personales con énfasis excesivo sobre el éxito; miedo a engordar; insatisfacción de la imagen corporal y baja autoestima a causa de la apariencia (Mançilla y cols., 1999).

CAPÍTULO IV

*RELACIÓN ENTRE
TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA
Y MALTRATO*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y MALTRATO

Consideramos importante mencionar que de acuerdo con los datos encontrados existen investigaciones que se han enfocado principalmente a la relación madre - hija, es decir, están enfocadas más hacia el sexo femenino dejando de lado al hijo como varón, sin embargo, las conclusiones suelen ser muy parecidas. Por lo que hacemos referencia primeramente a estudios sobre los desórdenes asociados con disturbios en la relación con la figura materna (los cuales no están enfocados a un sexo en específico), la gran mayoría de estos disturbios caen dentro de tres tipos:

1. Cuando el niño es separado de su madre y deja de desarrollarse normalmente por lo inadecuado del nuevo ambiente. Este síndrome se ha llamado "hospitalismo", "depresión anaclítica" (Spitz, 1965), "deprivación materna" y "trastornos del apego" (Bowlby, 1976).
2. Otro punto de vista considera que hay algo tóxico en la relación entre la madre y el hijo que causa síntomas físicos y psicológicos en el niño, a esto se le ha llamado "deprivación psicosocial" y "fracaso no orgánico para crecer" (FTT). El FTT se refiere a que el niño no gana peso de la manera esperada, encontrándose por debajo del quinto percentil; por lo que en esta definición se destacan los factores físicos, mientras que con el término "deprivación psicosocial", se enfatiza la sintomatología psicosocial del trastorno. La investigación ha demostrado que la mayoría de niños con trastorno del apego pertenecen a esta última categoría (Moser y Volkmar, 1994).
3. Un tercer enfoque es el de Mahler (1975), quien introdujo el término "psicosis simbiótica infantil" con el que se refiere a un trastorno en el lazo emocional entre el niño y su madre; pero en éste, más que una deficiencia en el apego hay un exceso, por lo que el niño y su madre quedan fusionados en la órbita simbiótica impidiendo que se dé el proceso normal de separación-individuación (Solloá, 2001. p. 63).

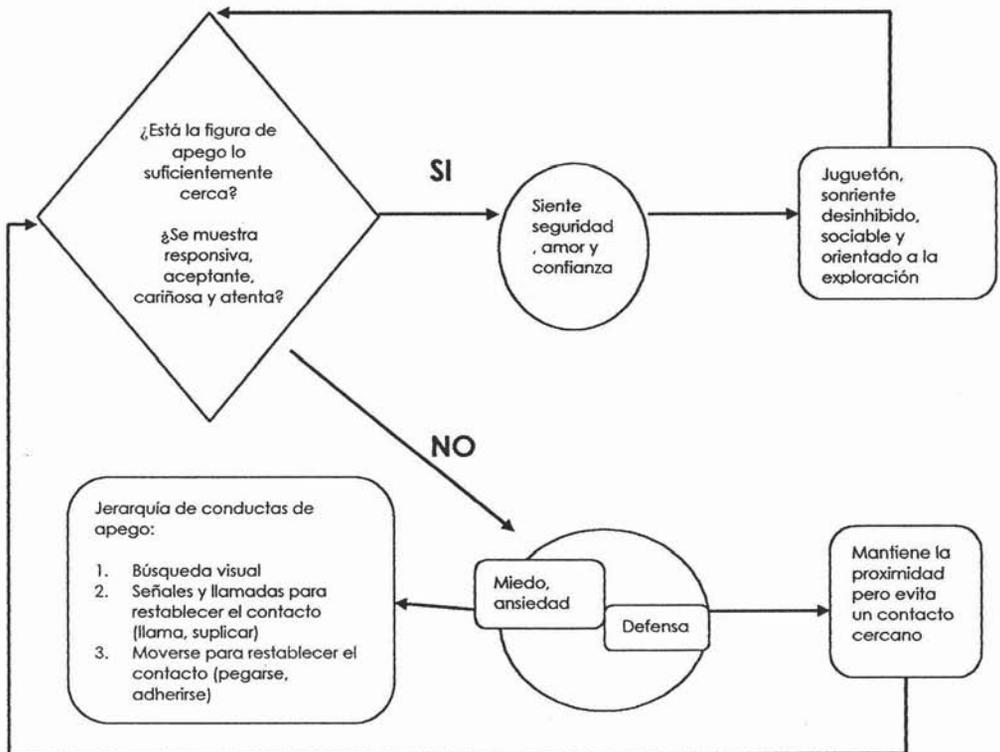
4.1. HISTORIA

En 1946, el pediatra psicoanalista René Spitz publicó un trabajo acerca de la reacción de los bebés ante la separación de la madre, observó que cuando los lactantes que habían desarrollado un vínculo normal con sus madres eran separados de éstas al llegar a los seis meses, reaccionaban con actitudes quejasas y llanto; más tarde caían en un estado de retraimiento y letargo, y yacían en sus cunas con expresión ausente, sin prestar atención a lo que sucedía a su alrededor; respondían con llantos y chillidos cuando se les acercaba un extraño. Si el lactante no volvía a reunirse con su madre, desarrollaba poco a poco un síndrome que Spitz denominó "depresión anaclítica", caracterizado por pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a las personas, inexpresividad y mirada extraviada. Si madre e hijo volvían a estar juntos al cabo de un periodo de tres a cinco meses, el síndrome era reversible; pero si la separación se prolongaba más allá de dicho plazo, el estado del niño se consolidaba, haciéndose irreversible. En este último caso, los niños presentaban deterioro en distintas áreas de desarrollo, así como mayor predisposición a la enfermedad; este cuadro fue denominado "hospitalismo". Del mismo modo conjeturó que el niño dirige la agresión contra sí mismo porque no cuenta con un objeto externo materno capaz de absorber sus impulsos destructivos y de neutralizar los instintos agresivos mediante una fuerte respuesta libidinal (Solloá, 2001).

Bowlby (psiquiatra y psicoanalista que documentó cuidadosamente el proceso de apego y separación del bebé en relación con la figura materna), partió de las observaciones de Harlow, de la teoría de "impronta" de Lorenz, de la teoría de los sistemas y de procesamiento de información de los aportes de Piaget reformulando la teoría de la libido propuesta por Freud. Para Bowlby no hay un instinto, sino diferentes conductas instintivas dentro de las que se encuentra la conducta de apego y cuyo fin último es la adaptación y la supervivencia. Según Bowlby la ansiedad es una respuesta fisiológica, una señal de alarma ante un peligro que se presenta en ocasión de la separación de la figura de apego que tiene una función protectora (Solloá, 2001).

Bowlby explicó que la madre despierta actitudes instintivas de apego en el bebé y este a su vez moviliza actitudes innatas de apego en ella y que el periodo más sensible de ciclo vital para el desarrollo del apego y la estructuración de la conducta se da durante los primeros cinco años de vida. También propuso tres etapas en el proceso de separación:

1. Etapa de protesta: el bebé está muy trastornado y trata, mediante llanto, chillidos y sacudidas, de restablecer el contacto con su madre.
2. Etapa de desesperación; durante la cual el bebe todavía parece tener esperanzas de reunirse con la madre, pero su llanto es menos convulso y constante. Poco a poco cae en el silencio, disminuye sus movimientos y termina por impresionar como profundamente deprimido.
3. Etapa de defensa, desapego o desvinculación; el bebé parece recuperado de la pérdida y reacciona ante otros adultos, se muestra otra vez contento y sociable, pero ya no individualiza a su madre y hasta puede ignorarla si ésta reaparece. Cuando estos niños pasan por reiteradas separaciones, su apego hacia las figuras maternas es cada vez menor y con el tiempo se transforman en adultos incapaces de experimentar emociones y empatía (Solloá, 2001).



Fuente: Shaver y Clark, 1994; citado en Solloá (2001). p. 66.

4.2. DESARROLLO DE APEGO

El apego es el lazo emocional permanente que une a una persona con otra, el apego se muestra comúnmente como un esfuerzo por buscar proximidad y contacto con la figura del apego, especialmente bajo situaciones que provocan estrés. Es el desarrollo gradual de una relación recíproca de afecto entre el niño y la madre durante los primeros años de vida (Bowlby, 1976).

El tiempo de interacción, también la intensidad y calidad de la relación son factores importantes para el apego; una responsividad materna adecuada incrementa el apego así como su habilidad para aliviar la ansiedad y el miedo en el niño (Moser y Volkmar, 1994).

Para que un bebé logre desarrollar un apego seguro, es esencial la consistencia y la disponibilidad de la madre, especialmente durante los primeros seis meses de vida. Además de la cantidad de tiempo que el niño se apegará a aquellas figuras consistentes, predecibles y que respondan de manera apropiada a sus necesidades (Solloá, 2001).

Tipos de apego

La mayoría de las investigaciones sobre apego han utilizado el paradigma de "situación extraña" diseñado por Ainsworth y Bowlby en 1950, para determinar la seguridad del apego; este paradigma consiste en exponer al infante a situaciones estresantes que consisten en dos eventos de retiro de los padres y un evento de interacción con un extraño. Lo que se evalúa es cómo el niño organiza su conducta en estas situaciones y cómo muestra su apego al reencontrarse con la madre. Con este paradigma se han determinado tres tipos de apego:

a) *Apego seguro*. Las díadas en las que hay un apego seguro muestran al niño como juguetón, sonriente, desinhibido, sociable y orientado a la exploración. Estos niños sienten que la madre estará accesible y responsiva a sus llamados aun cuando está temporalmente ausente, son exploradores incansables del medio. Este tipo de apego lo muestra 65% de los niños; los infantes utilizan a los padres como un base segura desde la cual exploran su medio, cuando entra un extraño buscan la proximidad de los padres y dejan a un lado la exploración aunque solo temporalmente; cuando los padres salen, los niños tratan de hacerlos volver llorando o jalándolos, y cuando regresan, los niños dan muestras de alegría, se aproximan a ellos o buscan contacto aunque sea a distancia, por ejemplo, sonríen, muestran juguetes, etc (Thompson, citado en Solloá, 2001).

Estos niños confían en sí mismos y en sus figuras de apego, por lo general están contentos, son empáticos, creativos, cooperadores y fáciles de manejar; se llevan bien con sus padres y con sus maestros y se muestran independientes y seguros para enfrentar y resolver problemas, pero si lo necesitan aceptan la guía y el apoyo. Tienen relaciones de amistad cercanas y profundas; y en general parecen haber dominado la complejidad de las relaciones afectivas lo suficiente como para permitirse la exploración y el juego sin tener que estar vigilando a su cuidador o protegiéndose de él (Shaver y Clark, 1994; citado en Solloá, 2001).

b) *Apego ansioso – ambivalente*. Los niños con apegos ansiosos ambivalentes despliegan búsqueda visual, señales y llamadas para restablecer el contacto (llamar, suplicar), moverse para restablecer el contacto (pegarse, adherirse), se muestran angustiados cuando los padres los dejan, y se comportan de manera ambivalente cuando se reúnen con ellos, buscan contacto e interacción pero cuando se les da, lo rechazan con enojo; o bien, se muestran sumamente pasivos o exhiben una conducta caótica en la reunión, se encontró que 15% de los niños muestran apegos ansiosos ambivalentes (Bowlby, 1996; citado en Solloá, 2001).

Estos niños no logran resolver problemas de manera independiente, y cuando entran a la escuela, por lo general son muy dependientes de las maestras, quienes a su vez tienden a sobreprotegerlos. En sus relaciones sociales tienden a ser victimizados por los otros niños, especialmente por aquellos que muestran un apego de evitación. Así, con el tiempo su excesiva dependencia los lleva a ser personas sumamente vulnerables y estar continuamente expuestos a ser lastimados por los demás, lo que provoca sentimientos de inseguridad y enojo (Shaver y Clark, 1994; citado en Solloá, 2001).

c) *Apego inseguro de evitación*. Las díadas con apegos de evitación mantienen la proximidad pero evitan un contacto cercano. Estos niños parecen prematuramente independientes y despreocupados de la madre, no se muestran estresados cuando los padres los dejan, y al reunirse con ellos los evitan o los ignoran; 20% de los niños mostraron apegos inseguros de evitación en las investigaciones de Bowlby. Al entrar al colegio, sus relaciones con los compañeros se caracterizan por ser poco profundas (son poco responsivos y poco involucrados emocionalmente) y más hostiles. Con frecuencia exhiben un comportamiento hostil y retador que los lleva a ser niños rechazados tanto de sus maestras como de sus compañeros; de mayores son los que tendrán más problemas en el área interpersonal, y de hecho, parecen no comprender las formas en las

relaciones sociales. Así, lo que comenzó como un intento por adaptarse a una figura de apego poco responsiva y cercana se va convirtiendo en una autoconfianza matizada con enojo y resentimiento que se acompaña de relaciones frías, rígidas y distantes (Bowlby, 1978; citado en Solloá, 2001).

Como se puede observar en los siguientes resultados, no todos los niños están apegados a sus padres de igual manera. Se realizó una investigación para ver cuáles son las conductas de la madre que promueven un apego seguro y se encontró que:

- ◆ La habilidad de la madre para interpretar adecuadamente las señales del niño y responder a ellas congruentemente ayuda al bebé a desarrollar una sensación de confianza; confianza en su propia capacidad de influir en su medio, y confianza en la predecibilidad de las personas que lo cuidan.
- ◆ Los padres de niños con apegos seguros muestran conductas más deseables socialmente; son padres menos restrictivos, más atentos y más cariñosos.
- ◆ Los padres de niños con apegos inseguros tienden a sobre o infraestimular al niños, sus respuestas no son contingentes ni congruentes a la conducta de su hijo, y en ocasiones se muestran fríos, rechazantes y un tanto ineptos para comprender sus necesidades (Lamb, 1981; citado en Thompson, 1991).

La forma en que se establece el apego parece mantenerse constante durante los dos primeros años de vida, sin embargo, está sujeta a sufrir variaciones por cambios ambientales y circunstancias de la vida. Se ha encontrado que las diferencias culturales, las formas de crianza y el temperamento son variables que pueden influir de manera importante en el desarrollo del apego. Chess y Thomas (1991; citado en Solloá, 2001) explican que el temperamento del hijo influye de manera importante en el ajuste que se da entre el hijo y sus padres. Encontraron que 70% de los niños que tienen "temperamento difícil" eventualmente desarrollan problemas conductuales, y que sus padres, como reacción al temperamento del hijo, son emocional y conductualmente inconsistentes.

En cuanto al curso del apego, la investigación señala que al crecer los niños con un apego seguro muestran formas de interacción más maduras con sus compañeros, índices más altos de motivación de logro y persistencia, y se muestran más seguros en situaciones de reto o que son estresantes (Solloá, 2001).

El DSM-IV-TR (2002) considera que una crianza intensamente patógena (desatención permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto, desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño, o cambios repetidos del cuidador primario, lo que impide la formación de vínculos estables) es una característica definitoria del trastorno reactivo de la vinculación. Sin embargo, cuando una crianza intensamente patógena no provoca alteraciones relevantes en el área social puede hablarse de abandono o maltrato infantil, o bien, de problemas en las relaciones padre - hijos, pero no de un trastorno de vinculación.

Además el DSM-IV-TR (2002) define como característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación, una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño que se inicia antes de los cinco años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica.

El trastorno reactivo de la vinculación de acuerdo al DSM-IV-TR (2002), puede asociarse a retrasos del desarrollo, trastornos de la alimentación como pica o rumiación y con malnutrición. Aparece en los primeros años de la vida y, por definición, antes de los cinco años. Su curso parece variar en función de factores individuales del niño y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación psicosocial asociada y la naturaleza de la intervención.

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, pues bien, la alimentación de un bebé no se reduce exclusivamente a la extinción de hambre fisiológica, sino que representa el prototipo de las interacciones humanas. Freud distinguió entre la necesidad alimentaria en sí (el hambre) y la "primera de placer" (succión), en esta última se organizan en el bebé las primeras interiorizaciones de las relaciones humanas, sobre las cuales se establecerán ulteriormente las diversas elecciones objetales del niño. Actualmente se tiende a considerar que de esta "prima de placer" participan no sólo la succión y la satisfacción de hambre, sino también el conjunto de acciones entradas en el niño (Winnicott): contactos corporales, palabras, miradas, caricias o balanceos maternos, etc., y su necesidad de vinculación (Bowlby)(citados en Ajuriaguerra, 1996).

El DSM-IV, considera que este trastorno reactivo de la vinculación es poco frecuente, ya que los datos de prevalencia extrapolados de la bibliografía sobre maltrato infantil señalan que este trastorno reactivo de la vinculación ocurre en 1% de la población infantil (Zeanah y Emde, por Moser y Volkmar en Solloá, 2001).

El trastorno reactivo de vinculación en la infancia tiene como origen una crianza patológica, como son los efectos de la privación materna, el maltrato infantil y la institucionalización. Shaw y Vondra (1993), examinaron la relación entre las causas de estrés familiares crónicas y la seguridad de apego a los 12 meses. En este análisis los autores encontraron que las familias con niños que presentan apego inseguro, tienden a mostrar un número significativamente mayor de estresantes crónicos, a diferencia de las familias de los niños que mostraron un apego seguro. De las madres de los niños que presentaron apegos inseguros, 67% manifestó tener una relación de pareja insatisfactoria, y 56% reportó sintomatología depresiva y problemas económicos. Se concluyó que los estresantes familiares acumulativos pueden hacer la diferencia entre niños que muestren aspectos de seguridad y niños que muestren apegos inseguros. Los autores puntualizan que existe evidencia de que la desorganización en el apego está asociada también de manera importante a la disfunción familiar severa, particularmente con el maltrato de los niños (Solloá, 2001).

4.3. COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS

De acuerdo a Ajuriaguerra (1996), las madres de los anoréxicos, descritas como autoritarias, manipuladoras y dominantes, están lejos de presentar un perfil psicopatológico preciso. Por el contrario, en todas ellas la relación alimentaria parece ser el eje de interacción privilegiado, enmascarando bajo la necesidad de alimentar al bebé una viva angustia de no ser una buena madre, o bien una angustia de abandono o de muerte, etc. La anorexia puede ser entendida como una tentativa para evitar la fase de repleción y de calma, experimentada como potencialmente dañina al haber desaparecido toda tensión. Spitz considera que el desviar la cabeza del seno o del biberón a fin de indicar la saciedad representa el prototipo del gesto semántico "no" y que en este sentido la anorexia es una conducta masiva de rechazo en la relación madre-hijo (Ajuriaguerra 1996).

Los niños con trastorno reactivo de vinculación en la infancia y la niñez, muchas veces son vistos en primer lugar por el pediatra debido a que presentan algún problema médico severo como infecciones o problemas alimentarios: rumiación, regurgitación, vómitos, etc (Solloá, 2001).

Rumiación; el niño guarda parcial o totalmente los alimentos en la boca y los mastica antes de volverlos a deglutir. Se admite que este tipo de actividad es secundaria a un síndrome de carencia materna. Las madres son distantes, frías, poco cariñosas. Crían a su bebé en un marco ritualizado y obsesivo. Los frecuentes temores acerca de una posible enfermedad o

muerte del niño se interpreta son el reflejo de la agresividad inconsciente dirigida contra él. Si se establece una relación calurosa, cesa el comportamiento de rumiación. A menudo el niño se muestra ávido de contacto afectivo sin reticencia alguna. Debido a ello, algunas veces se ha recomendado la separación proporcionando al niño el maternaje adecuado (Lebovici y Weil – Halpern, 1995).

Regurgitación; la distinguimos del vómito por la expulsión sin esfuerzo por la boca, de sustancias contenidas en el esófago o estomago, mientras que el vómito sí logra afectar a la sustancia contenida, además de que se requiere de algún esfuerzo para arrojar lo que no se quiere, provocando así náuseas. A menudo se trata de bebés anoréxicos en los que la interacción alimenticia entre madre e hijo es precozmente conflictiva (Lebovici y Weil – Halpern, 1995).

Vómitos psicógenos; su manifestación particular es a veces como una simple náusea por una vivencia emotiva intensa o de una contrariedad. En el niño forman parte de la patología psicósomática de la desorganización. El rechazo se obtiene tras penosos esfuerzos o con la introducción de los dedos en la faringe, pero también pueden aparecer espontáneamente. Su aparición es por lo general progresiva (Lebovici y Weil – Halpern, 1995).

Manierismo y desagrado electivos; son comportamientos que en ocasiones son alternados con períodos de anorexia. Conciernen a ciertas especies de alimentos, ya sea como preferencia o como desagrado (Ajuriaguerra, 1996).

Potomanía; recordemos que trata de la necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua o, en su defecto, de cualquier otro líquido, ya que ha sido posible que cuando se intenta limitar dicha conducta, existen niños capaces de beberse su propia orina (Ajuriaguerra, 1996).

Pica; parece ser un comportamiento observado en niños con carencia afectiva profunda o en situación de abandono. También en niños psicóticos, asociado a otras perturbaciones, especialmente trastornos de la función alimentaria y digestiva (anorexia, diarrea / estreñimiento, incontinencia, etc.), (Ajuriaguerra, 1996).

Coprofagia; las madres de los niños coprofágicos son con frecuencia frías, poco afectuosas y hasta hostiles, llegando incluso a maltratar al niño (Ajuriaguerra, 1996).

Mericismo; las circunstancias de su aparición son las carencias afectivas debidas a la irregularidad de la investidura parental. El bebé, abandonado durante largos periodos, es frustrado de una presencia materna confiable. Manifiesta una intensa angustia de separación que se expresa sobre todo cuando se le mete en la cama. Las madres, con frecuencia están demasiado deprimidas como para investir a su bebe, sobre todo si se trata de un niño, ya que varios estudios revelan que deseaban un niña (Lebovici y Weil – Halpern, 1995).

Anorexia simple; aparece como trastorno esencialmente reactivo (al destete, a una enfermedad intercurrente, a un cambio del ritmo de vida, etc.) pasajero, una conducta de rechazo unida habitualmente a una actitud de acoso por parte de la madre. El problema se resuelve rápidamente mediante un cambio en la conducta de ésta, una vez ha sido tranquilizada, o tras algunos acondicionamientos prácticos (Ajuriaguerra, 1996).

Anorexia mental grave; al principio, no se diferencia en nada de la anterior. Pero, sea porque la reacción anoréxica del niño este profundamente inscrita en su cuerpo, sea porque el comportamiento de la madre no es susceptible de cambio, la conducta anoréxica persiste. Pueden aparecer otros trastornos: perturbaciones del sueño, cóleras intensas, espasmos de sollozo, etc. Frente a la comida, el niño muestra un desinterés total o un vivo rechazo (Ajuriaguerra, 1996).

Anorexia neonatal; el recién nacido atraviesa por un periodo de inapetencia, a veces favorecido por circunstancias perinatales difíciles (parto con anestesia, enfermedades, tratamientos maternos....). El bebe es poco reactivo, incluso somnoliento, y no manifiesta hambre. Mama sin vigor y se interrumpe pronto. Este estado es transitorio si uno lo sabe respetar y lo decide con demasiada rapidez una alimentación forzada (Lebovici y Weil – Halpern, 1995).

Ajuriaguerra (1996), hace mención que la obesidad y/o la anorexia aislada son equivalentes depresivos en el menor, pues de igual forma aparece como modificación inhabitual del apetito y/o del peso, en las 10 conductas que destacan como síntomas más importantes de la depresión infantil.

También nos dice esta misma autora (1996) que 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, por ejemplo, cuando la madre se queja de que

"la leche materna no le cae bien a su hijo" y que constantemente tiene problemas digestivos, incluso recurren frecuentemente a la hospitalización del niño, ya que el niño no sube de peso, el hijo presenta dificultad para dormir y continuamente llora de todo, él no tiene deseos de comer y a medida que va creciendo el niño expresa "comer no, comer no" esto desde el punto de vista clínico muestra que el niño no puede aceptar el cariño materno, así como biológicamente no metaboliza adecuadamente sus alimentos, la madre se desespera y lo obliga a comer o de otra manera lo va a golpear. Existen hogares en los cuales la comida se convierte en un verdadero desorden, la madre suplica, amenaza y golpea ante la insistente negativa del niño para comer y cuando la situación llega al climax, el grito y el llanto son la culminación de este microdrama que se repite diariamente.

No obstante, se dice que las madres de los anoréxicos, descritas como autoritarias, manipuladoras y dominantes, están lejos de presentar un perfil psicopatológico preciso. Por el contrario, en todas ellas la relación alimentaria parece ser el eje de interacción privilegiado, enmascarado bajo la necesidad de alimentar al bebe una viva angustia de no ser una buena madre, o bien una angustia de abandono o de muerte (Ajuriaguerra, 1996).

Ahora bien, no hay que olvidar aquellas investigaciones sobre el papel familiar en el aprendizaje de las conductas alimentarias, por ejemplo Saucedo (1996) nos dice que dentro de los mecanismos del aprendizaje social, en la teoría del reforzamiento se enfatizan las consecuencias de la recompensa y del castigo de las acciones como una aproximación para la comprensión del proceso de aprendizaje. Desde este punto de vista, hay tres clases de consecuencias que pueden ocurrir en relación con la conducta del niño:

1. La actividad puede acercar al niño hacia alguna meta importante y facilitar el logro de la misma (recompensa).
2. La actividad puede colocar al pequeño en situación de dolor o angustia lo cual interfiere con el logro de la meta (castigo).
3. La actividad puede producir cambios no apreciables con respecto a las metas, ni interfiere ni facilita el logro de la misma (no recompensa).

Por lo que de acuerdo a esta teoría podemos ver que la estabilidad de las conductas sociales depende en gran parte de la manera en que los

padres manejen este mecanismo al reforzar las conductas infantiles. En el proceso de la 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. Pues con frecuencia los padres emplean gestos simbólicos en la crianza de sus hijos tales como: enfado, ya sea real o fingido, amenaza, advertencia, castigo o agrado. Los emblemas son probablemente los gestos con menor relevancia psicológica, pero no por ello dejan de imprimir su huella en aquellos que lo reciben y más aun si estos son reiterativos. Ya que la literatura afirma que los padres son los encargados de transmitir a sus hijos las normas sociales, las costumbres, las creencias y valores, la forma de vida, las formas de comunicación, los hábitos, las actitudes, los estilos de solución de conflictos, la forma de vestir, de comer, los gustos y gracias a todo ello los niños se van adaptando a la sociedad (Dencik, 1992).

De acuerdo a lo anterior podemos darnos cuenta el por qué de algunas investigaciones, por tanto enunciaremos algunas de ellas:

- ✓ Cooper y Burrows (2001). Realizaron un estudio piloto de madres con desordenes alimentarios, donde se encontró una relación entre el desorden y la familia; se encontró que generalmente ataca a las hijas, siendo estas niñas con bajo peso y conductas negativas. Mencionan que este desorden se presenta cuando las madres tienen creencias falsas sobre la alimentación, ya que consideran sus hijas tienen sobrepeso, por lo que su preocupación general son sobre el peso, su figura y forma de comer. La madre se toma como el modelo a seguir de la hija, puesto que sus comentarios parecen ser importantes, debido o a través del aprendizaje social. Los resultados revelan la posibilidad de que las mujeres con sobrepeso pueden tener y llevar preocupaciones elevadas a sus hijas. Tomando en cuenta de que en este estudio se encontró que las madres de las jóvenes con sobrepeso eran más pesadas que las madres del grupo consideradas con peso promedio.
- ✓ Stein y Robinson (2001). Encontraron en su estudio que generalmente una madre que padece un trastorno de obesidad difícilmente puede enseñar una correcta forma de alimentación y por lo general las hijas de estas mujeres padecen síntomas como despertares nocturnos, dificultad para dormir y una conducta negativa.
- ✓ Marson (2000). Menciona que la sociedad Americana generalmente vive obsesionada con la talla, la buena figura y el bajo peso; la

mayoría de las mujeres que presentan estos trastornos tienen una imagen distorsionada de su propia imagen corporal; a su vez; la falta de una buena percepción del alimento como un nutrimento, por lo que las madres enseñan a sus hijas la manera equivocada de la ingesta haciéndolas vulnerables, descontentas con su cuerpo, teniendo una lucha constante por lucir siempre delgada.

- ✓ Eliot y Baker (2000). Realizaron estudios utilizando el DSM-III, donde encontraron y dieron a conocer la relación entre el estrés de la madre y un posible desorden alimenticio en la hija. Uno de los principales problemas de las hijas era la depresión, abuso sexual e identificación suicida. Con respecto a las madres de estas jóvenes, el 25% de ellas declararon estar deprimidas alrededor del tiempo del nacimiento de su hija o bien se les diagnosticó desordenes alimentarios. Se menciona que Fairburn (1995) sugirió que la depresión por parte de la madre puede ser un factor de riesgo en desordenes alimentarios, mientras que Garfinkel, Garner, Rose, Darby, Brandes, O'Hanlon, and Walsh, (1983) no encontraron ninguna incidencia. Rastam y Gillberg (1991) encontraron en un grupo de jóvenes anoréxicas evidencia en cuanto a desordenes depresivos. Al comparar subgrupos con anorexia y con bulimia nervosa, en este estudio revelaron no había ninguna diferencia significativa entre los grupos con respecto al Inventario Depresivo de Beck. No obstante se encontró que alrededor del tiempo de nacimiento de las jóvenes casualmente existió; ya sea violencia doméstica, alcoholismo por parte del padre, enfermedad o muerte de un hermano. El 11.6% de las madres informaron la presencia de un desorden alimentario en alguno de sus hijos, y al año del diagnóstico las madres mencionan la existencia de un nuevo evento traumático centrados a las casualidades presentadas en el tiempo del nacimiento, como es la violencia física, abuso del alcohol, entre otros temas como la enfermedad de un hermano y pérdidas por muerte. Los resultados no mostraron ninguna correlación significativa entre los eventos de estrés en las madres que se encuentran dentro del año de nacimiento y el diagnóstico. Se encontró que las madres son agentes importantes, ya que influyen en sus hijas en actitudes y percepciones, sin embargo, el estrés de la madre no se relaciona necesariamente con la enfermedad de su hija. Concluyendo que los desórdenes alimentarios de los adolescentes están dentro de una combinación sociocultural.

- ✓ Maharaj (2000). Realizó estudios en adolescentes para conocer la relación con la diabetes mellitus, la anorexia, y las relaciones

familiares, los resultados fueron que las relaciones que describen las madres con respecto a sus hijas, es que hay una mala calidad en las relaciones familiares, no hay apoyo y existe un desequilibrio en la estructura familiar, el control y la independencia. Resultando así que en las familias menos rígidas o controladoras existe un mejor control metabólico, ya que las familias rígidas es más probable encontrar un desorden alimentario entre las chicas adolescentes.

- ✓ Gutzwillwe-Jurman (2000). Realizó un estudio para conocer la relación entre las madres y padres intrusivos, y madres y padres extremadamente cuidadosos de sus hijas. La relación de esto con el desorden alimentario es que si la chica presenta anorexia al mantener una relación cercana con un padre intrusivo o próximo, la hija padecerá bulimia, siendo esto resultado de las relaciones diádicas entre los miembros de la familia.
- ✓ Salzman (1997). Menciona que la inestabilidad y la falta de una buena experiencia con la madre provoca en adolescentes entre 18 y 22 años sentimientos ambivalentes provocando que padezcan bulimia además de anorexia.
- ✓ Stasch y Reich (2000). Realizaron un estudio con chicas alemanas de familias que padecen bulimia nerviosa, y encontraron que las relaciones con padres son conflictivas, siendo más con la madre que con el padre.
- ✓ Moreno, Selby, Aved y Besse (2000). Mencionan que en el estudio realizado corrobora que las mujeres con desórdenes alimentarios tienen una comunicación pobre con sus madres que las que no tienen enfermedad. Siendo así las anoréxicas más comunicativas que las bulímicas u obesas.
- ✓ Stein, Woolley y McPherson (1999). Realizaron una investigación para conocer los procesos que envuelven el desarrollo de la alimentación y el conflicto entre las infantes y sus madres con desórdenes alimentarios; y señalan que es importante y necesario que las madres conozcan esta enfermedad, para poder integrar con un tratamiento de psicoterapia retomando la parentalidad responsable, en este caso la importancia del buen maternaje.
- ✓ Ritter (1998). Su investigación señala que las relaciones entre la madre dominante y su maternaje afectan al grado de enfermedad de la hija; la creciente crítica por la cultura respecto al peso y al



cuerpo, traen consecuencias severas a la percepción de las adolescentes, haciéndose mas autodestructivas para ser mas atractivas.

- ✓ Spinello (1998). Encontró en su investigación, que la relación de la madre con su hija muchas veces es irregular, poco emotiva, sin presencia, fomentando una profunda inseguridad alterando las funciones neuroquímicas haciéndose más vulnerables.
- ✓ López (1995). Analizó el manejo que se hace con pacientes que padecen trastornos de la alimentación desde diversos enfoques: intención paradójica, conductismo, terapia cognoscitiva, psicoterapia de grupo, psicología del self y terapia familiar. Artículo donde menciona el cambio de los deberes, es decir, del deber y tener dirigen las actividades del paciente, "debo evitar alimentos altos en calorías", "debo estar siempre a dieta", debo hacer ejercicio diario", y esto trae de fondo "debo hacer lo que se espera y no defraudar a mis padres". Punto importante en la relación padres-hija (o). También refiere en su análisis de terapia familiar que los padres tienen dificultad en colaborar en terapia, debido a conflictos maritales no resueltos y desconfianza mutua, por lo tanto hay posiciones opuestas dentro de la familia. De aquí del porque no existen jerarquía y liderazgo que podrían ayudar a la solución de conflictos; las fronteras efectivas entre subsistemas familiares están ausentes, mientras que la frontera que separa a la familia del mundo exterior es muy restrictiva. Finalmente todo el sistema familiar falla en alcanzar sus objetivos. Explicándose de esta forma el fenómeno familiar que mantiene y refuerza el síndrome de anorexia nerviosa.

Según Stierlin y Weber (1990), la infancia de las futuras anoréxicas, de acuerdo a sus observaciones y relatos de las jóvenes y familias con las que trabajaron en su investigación para la publicación de su libro "¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?", encontraron que estas jóvenes hoy anoréxicas, con frecuencia suelen mostrarse particularmente unidas a sus progenitores, pues de acuerdo a los relatos; el nacimiento de las niñas hoy anoréxicas estaba rodeado de ansiedad. La madre se mostraba particularmente nerviosa en el curso del embarazo, y ese nerviosismo no carecía de razón, a raíz del recuerdo de repentinas muertes, pérdidas y catástrofes como resultado del (supuesto) descuido de los padres.

Por lo que nos dicen, enfocándose en un caso especial, que: "la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de la hija, la madre se ve frente a un desafío para su

capacidad materna, por lo que debe dar, amar y proteger todo lo posible. Así, con frecuencia se muestra particularmente preocupada por esa hija, y parece amarla más que a las demás". Pero una observación más detenida les permitió descubrir que esta apariencia es engañosa, pues es frecuente que la madre tenga sentimientos ambivalentes hacia esa determinada hija. Ya que mencionan que en primer lugar, ello adopta la forma de una actitud ansiosa y protectora, una inclinación a malcriar y sobreproteger a la niña, apartándola de todo posible peligro, y asegurándose de que tenga suficiente de comer. El lema parece ser: "Yo te doy muestras de amor dándote buenas cosas que comer, y tú me das muestras de amor comiendo bien" (Stierlin y Weber, 1990).

Estos mismos autores (1990) de igual forma encontraron en una serie de casos, que los progenitores querían tener un hijo varón y, aunque ello nunca se mencionó o discutió dentro de la familia, se sintieron amargamente defraudados con el nacimiento de una niña. Formulando una teoría; que una vez nacida la bebé, la madre debe darse cuenta de que no se sentirá recompensada, halagada o liberada, sino que deberá cargar con otro peso, el de una criatura que le plantea exigencias. Sin embargo, no puede admitir su desilusión, pues contravendría demasiado su propio credo y el de la familia. La desilusión debe ser escindida o negada; pero ello no obstante, hallará expresión en la conducta de la madre. A través de sus actos ella expresa sus deseos ambivalentes de liberarse de la niña, o rechazarla. De manera no verbalizada, comunica el hecho de que se sentiría mucho mejor si no tuviera a la niña, o, al menos, si ésta no fuera una carga tan pesada. Estos deseos no se le escapan a la hija. Cuanto más sensible sea en su relación con la madre, más probable es que capte la comprensible ambivalencia de aquélla hacia sí misma. Se preguntará si realmente es amada y apreciada por sí misma, sin cuestionamientos. Y la duda la acosará toda su infancia, sin poder nunca hallar una respuesta definitiva. Una manifestación clara, después de todo, tal vez implique tener que aceptar la ambivalencia y los deseos de rechazo de la madre, o sea, darse cuenta de que no es amada sin cuestionamientos. De manera que hija y madre deben empeñarse en mantener la respuesta en la oscuridad. Pero en tanto esta duda existencial no sea claramente explicitada ni se le dé respuesta definitiva, se está preparando el terreno para un drama que sólo más adelante —cuando se manifieste la anorexia nerviosa— se revelará en su plena medida (Stierlin y Weber, 1990).

Concluyendo así entonces que el tipo de vínculos que descubrieron en las familias de anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con

sentimientos de ansiedad y culpa. En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar su propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas (abiertas) de la madre y convirtiéndose en una comparación de virtud. En apariencia, a menudo lo logra. Se dice que las pacientes anoréxicas eran niñas particularmente buenas, que se destacaban en la escuela y los deportes. A diferencia de sus hermanas y hermanos más "problemáticos", aquéllas nunca daban motivo de queja (Stierlin y Weber, 1990).

Por otra parte Sherman y Thompson (1999), hacen mención a un factor que suele encontrarse en la mayoría de las familias con un miembro bulímico, el cual es una comunicación deficiente o destructiva y que por consiguiente puede aumentar el riesgo de la bulimia. Pues nos describen que estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta porque los padres nunca aprendieron de sus propios padres (quienes, a su vez, nunca aprendieron de sus padres, y así sucesivamente) a expresar sus sentimientos en una manera confortable y apropiada. Por tanto, los hijos en esas familias crecen en un ambiente en el cual, si acaso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan, la bulímica de la familia recurre a la comida como una forma de enfrentarse a estos sentimientos displacenteros.

Existen conflictos que giran alrededor de la comida familiar y que una de las cosas que con frecuencia señalan las mujeres anoréxicas es su desagrado ante la visión de la ingesta de los padres (Ajuriaguerra, 1996).

CAPÍTULO V

MÉTODO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V**MÉTODO****OBJETIVO GENERAL:**

Determinar si existen diferencias significativas entre maltrato y no maltrato, sexo y/o edad con factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Ψ Analizar si existen diferencias significativas entre la variable maltrato y no maltrato con el factor de riesgo Satisfacción e Insatisfacción con la imagen corporal.
- Ψ Determinar si existen diferencias significativas entre la variable maltrato y no maltrato con el factor de riesgo Actitud hacia la obesidad.
- Ψ Comparación entre los grupos maltrato y no maltrato por edad y sexo.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- ψ Maltrato y no maltrato del niño / preadolescente.
- ψ Edad.
- ψ Sexo.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- ψ Satisfacción e Insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.
- ψ Actitud hacia la obesidad como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES:

La variable **maltrato** se determina por las lesiones físicas o psicológicas no accidentales que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal en el niño (Martínez y De Paúl, 1993).

La variable **edad** se define como la medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona (Encarta, 2001).

La variable **sexo** se determina como las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres (Branguinsky, 1996).

La variable **Satisfacción/ Insatisfacción con la imagen corporal**, tiene un origen de carácter psico-social y de naturaleza cognoscitiva en el que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, por otro lado, es actitudinal ya que además de conocimientos expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La variable **Actitud hacia la obesidad** se encuentra en personas, que sitúan su peso ideal por debajo de la media, ser obeso(a) es sinónimo de ser una persona "dejada" o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva, también es sinónimo de poca salud y se puede definir a las personas obesas como feas, es decir, se tiene una preocupación excesiva de llegar a estar gordo(a) (Raich, 2000).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Operacionalmente la variable maltrato se define como los datos derivados de las respuestas dadas a la escala de detección de mamás maltratadoras (EDMM), que significaron que los hijos son maltratados física o emocionalmente por sus mamás. También por medio de las respuestas dadas a la escala de socialización alimentaria.

Operacionalmente la variable edad se define con la respuesta dada al Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as), asignándose así a su etapa de desarrollo.

Operacionalmente la variable sexo se obtuvo a través de la respuesta dada por los niños / preadolescentes al Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as).

Operacionalmente la variable Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal, se estimó con la selección de la figura actual y la figura ideal. La diferencia entre figura real menos la ideal se interpreta como insatisfacción. A mayor sea la diferencia más grande es la insatisfacción. Una diferencia igual a cero indica satisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Figura actual – Figura ideal =0

(Satisfacción con la imagen corporal)

Figura actual – Figura ideal = (+) o (-)

(Insatisfacción con la imagen corporal)

Operacionalmente la variable Actitud hacia la obesidad se define como los puntajes obtenidos de las respuestas dadas en el Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as) (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños maltratados y no maltratados con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Satisfacción/ Insatisfacción, con la imagen corporal.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Satisfacción/ Insatisfacción, con la imagen corporal.

H3: Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y preadolescentes con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Satisfacción/ Insatisfacción, con la imagen corporal.

H4: Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños maltratados y no maltratados con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Actitud hacia la obesidad.

H5: Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Actitud hacia la obesidad.

H6: Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y preadolescentes con respecto al factor de riesgo de la conducta alimentaria Actitud hacia la obesidad.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue pre-experimental y de campo, debido a que se examinó un fenómeno poco estudiado y se tuvo como propósito ver las diferencias que existen entre dos o más variables dentro de su ambiente natural (Hernández, Fernández y Baptista, 1998; Campbell y Stanley, 1970).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación fue comparativo de 8 grupos no relacionados, con observaciones independientes ya que se estudio a un grupo de niños(as) y preadolescentes (hombres y mujeres) maltratados y un grupo de niños(as) y preadolescentes (hombres y mujeres) no maltratados. Es decir, se compararon:

- Ψ Grupos de maltrato y no maltrato, tanto en niños como en preadolescentes, con lo que respecta a la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.
- Ψ Grupos de hombres y mujeres, tanto en niños como en preadolescentes, con lo que respecta a la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.
- Ψ Grupos de niños y preadolescentes con lo que respecta a la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.
- Ψ Grupos de maltrato y no maltrato, tanto en niños como en preadolescentes, con lo que respecta a la actitud hacia la obesidad.

- Ψ Grupos de hombres y mujeres, tanto en niños como en preadolescentes, con lo que respecta a la actitud hacia la obesidad.

- Ψ Grupos de niños y preadolescentes con lo que respecta a la actitud hacia la obesidad.

MUESTRA

Las muestras no probabilísticas con las que se trabajó quedaron formadas como sigue:

- a) N= 80 niños, de los cuales n= 40 niños de 6 a 8 años y n= 40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, que cursaban el nivel primaria, hijos de las madres maltratadoras que asisten a un Centro de Atención Psicoterapéutico.

- b) N= 80, de los cuales n= 40 niños de 6 a 8 años y n= 40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexo, que cursaban el nivel primaria, hijos de madres que no maltratan a un grado que se caractericen como maltratadoras, aclarando que con estas mamás se detectó como una forma de disciplina más que una forma de maltrato.

INSTRUMENTOS

Se identificó la variable maltrato a través de una Escala de Detección de Maltrato, que mide el grado de maltrato físico y emocional, que consta de 107 reactivos con cuatro opciones de respuesta (siempre, casi siempre, a veces y nunca) aplicada a las madres (Pérez, 2002). También se aplicó un Cuestionario de Socialización Alimentaria que contiene datos sociodemográficos y la relación madre-hijo (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado y Moreno, 1999: citado en Alvarado y Moreno, 2001). Además se aplicó para medir los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria el Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as) (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998), corroborando los datos obtenidos con una entrevista.

PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizó con los hijos de las madres maltratadoras que asisten a un Centro de Atención Psicoterapéutico. Se trabajó individualmente con

cada uno de los hijos de dichas madres, aplicándoles el Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y versión para niños(as), respectivamente. Posteriormente se aplicó a las madres el instrumento que mide socialización alimentaria.

Más tarde se asistió a una escuela pública para seleccionar a los hijos de madres no maltratadoras; a estas madres se les aplicó la Escala de Detección de Maltrato y el Cuestionario de Socialización Alimentaria. Los instrumentos fueron enviados a través de los hijos, en un sobre personalizado. Se realizó una entrevista individual para corroborar los datos arrojados en la Escala de Detección de Maltrato y la Escala que mide Socialización Alimentaria. Después de obtener tales datos se procedió a la aplicación del Cuestionario de Alimentación y Salud versión XX y XY para preadolescentes y niños(as).

Una vez que se adquirieron los datos de los cuestionarios, se procedió a obtener el Índice de Peso para la Talla a través de los datos referidos por las madres en peso y talla. Este se utiliza en estudios de salud pública para la evaluación antropométrica de niños y preadolescentes.

En niños el Índice de Peso para la Talla depende de la distribución del peso por talla que esta indicada por la mediana M y los puntos límite $-2D.E.$ y $+2D.E.$ Los niños que quedan a la izquierda de $-2D.E.$ se clasifican como <<bajos>>, los situados a la derecha de $+2D.E.$ como <<altos>> y los situados entre los dos puntos límite como <<normales>>. Los niños <<bajos>>, <<normales>> y <<altos>> pueden ser, por tanto, <<delgados>>, <<normales>> u <<obesos>> según el peso para la talla y para obtenerla se requiere de la siguiente fórmula y la consulta de las tablas de peso para la talla (ver anexos)(OMS, 1983).

Valor de la $D.E.= \frac{\text{Peso del individuo} - \text{valor de la mediana peso para talla}}{1D.E.}$ por debajo o por encima del peso por talla

Por lo que se consideró que:

- 3 D.E.= Emaciación
- 2 D.E.= Bajo peso
- 1/+1 D.E.= Peso normal
- +2 D.E.= Sobrepeso
- +3 D.E.= Obesidad

Para preadolescentes el Índice Nutricional (IN) se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto respecto al peso y la talla correspondientes al percentil 50 (mediana), considerando el sexo y la edad (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo, Ocampo y Mancilla, 2001).

Índice nutricional percentil 50

Niño	Edad	Peso	Talla	Niña	Edad	Peso	Talla
	10 años	33.3	1.403		10 años	34.7	1.415
	11 años	37.5	1.464		11 años	39.2	1.482
	12 años	42.3	1.53		12 años	43.8	1.546

$(\text{Peso} / \text{talla}) (\text{Peso percentil } 50) / (\text{Talla percentil } 50) \times 100$

- Menos de 77.50% = Emaciación
- Entre 77.51 y 83.5% = Bajo peso
- Entre 83.51 y 119.5% = Peso normal
- Entre 119.51 y 136.5% = Sobrepeso
- Mayor a 136.5% = Obesidad

CAPÍTULO VI
RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI

RESULTADOS

El maltrato es un problema que desde años remotos ha existido sólo que hoy en día es cada vez más visible, publicado y hasta denunciado, así como también se han presentado problemas con la conducta alimentaria, como la bulimia y/o anorexia, o bien los conflictos con el sobrepeso, por tales motivos la presente investigación tiene por objetivo determinar si existen diferencias significativas entre las variables de estudio maltrato y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria tanto en niños como en preadolescentes, ya que en estas etapas de desarrollo es donde casualmente se presenta o es aun mas visible dichos problemas.

De tal forma que para el análisis de los datos de esta investigación se hizo uso del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales) versión 11.0 para WINDOWS, arrojando valiosa información, la cual se desglosará en tres pasos, la primera de ellas es: la descripción de la muestra, seguida del análisis de variables de estudio, es decir, el perfil por grupo comparativo y por último el análisis inferencial de los datos (ANOVA) y la Prueba t de Students para grupos independientes como prueba de hipótesis. Por tanto comenzaremos con el primer paso.

Descripción de la muestra

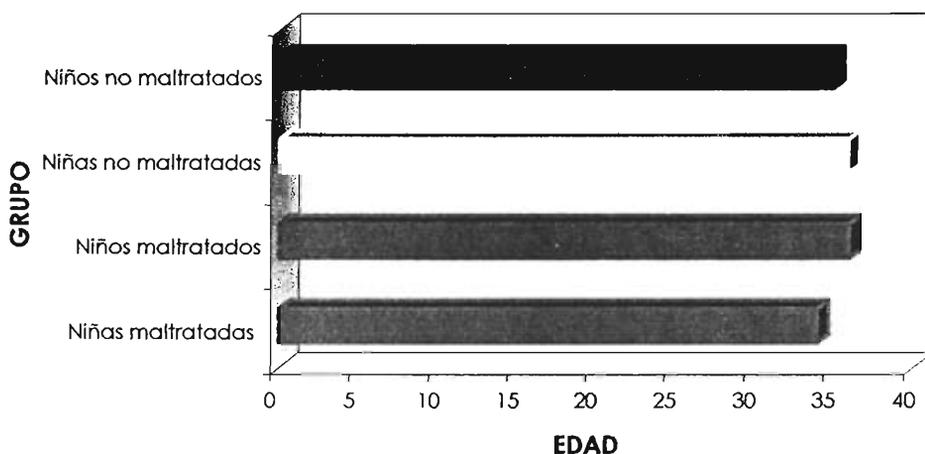
Se observa que hubo una muestra total de 160, de los cuales 80 son niños, con una edad de 6 a 8 años, y 80 preadolescentes de 9 a 12 años de edad. Cada grupo cuenta con 40 maltratados y 40 no maltratados como se muestra en la siguiente tabla (1).

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA POR GRUPO Y SEXO

	Niñas	Niños	Sub- Total	Preado- lescentes xx	Preado- lescentes xy	Sub- Total	Total
Maltratados	19	21	40	18	22	40	80
Porcentaje	12%	13%	25%	11%	14%	25%	50%
No Maltratados	22	18	40	22	18	40	80
Porcentaje	14%	11%	25%	14%	11%	25%	50%
Total	41	39	80	40	40	80	160
Porcentaje	26%	24%	50%	25%	25%	50%	100%

En lo que respecta a la edad de las mamás de los niños, se puede indicar que el promedio de edad de las mismas, en el caso del grupo de niñas no maltratadas se encuentra una $\bar{X} = 36$ años; $S = 5$, así mismo se muestra en los niños maltratados es de una $\bar{X} = 36$ años; $S = 9$, a diferencia de estos las mamás de niñas maltratadas tienen una $\bar{X} = 34$ años; $S = 4$, y la de los niños no maltratados $\bar{X} = 35$ años; $S = 9$, (figura 1).

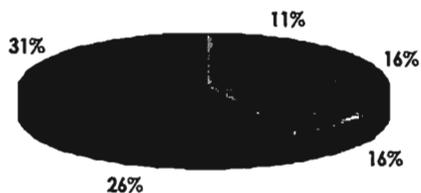
FIGURA 1. EDAD PROMEDIO DE MADRES DE NIÑOS (AS)



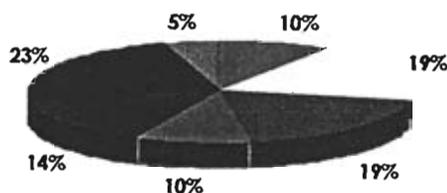
Ahora bien, continuando con las madres de los niños tanto maltratados como no maltratados y en lo que respecta a la escolaridad de estas, observamos que en tres de los cuatro grupos tienen un alto porcentaje de estudios de nivel profesional a excepción de las madres del grupo de niños no maltratados, quienes tienen un número mayor de madres con nivel secundaria. Para ampliar la explicación de las mismas se puede ver las siguientes gráficas de la figura 2.

FIGURA 2. ESCOLARIDAD DE LA MADRE

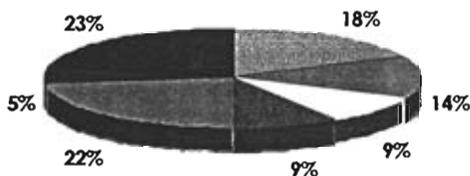
Niñas maltratadas



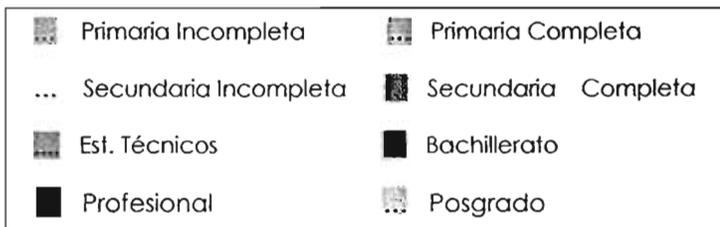
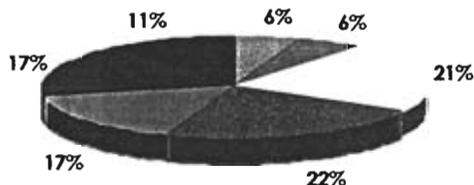
Niños Maltratados



Niñas no maltratadas

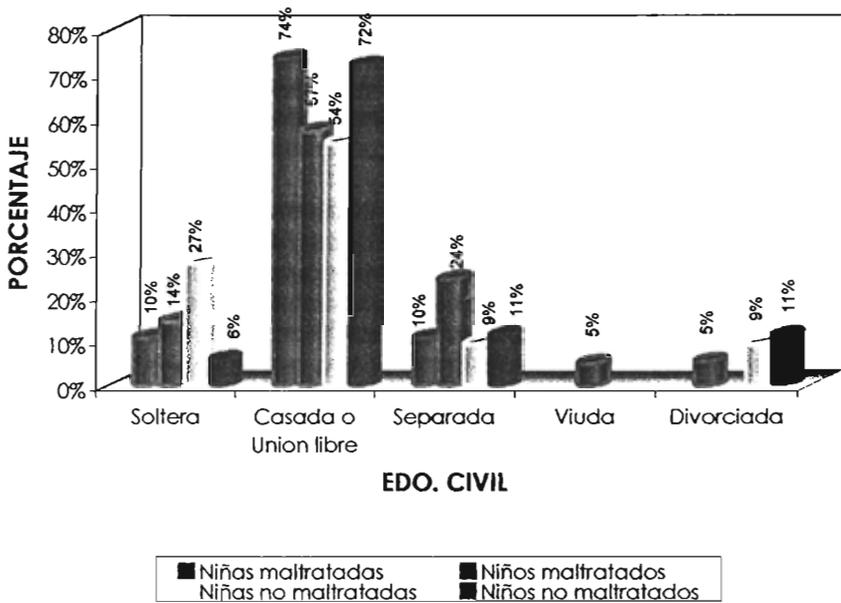


Niños no maltratados



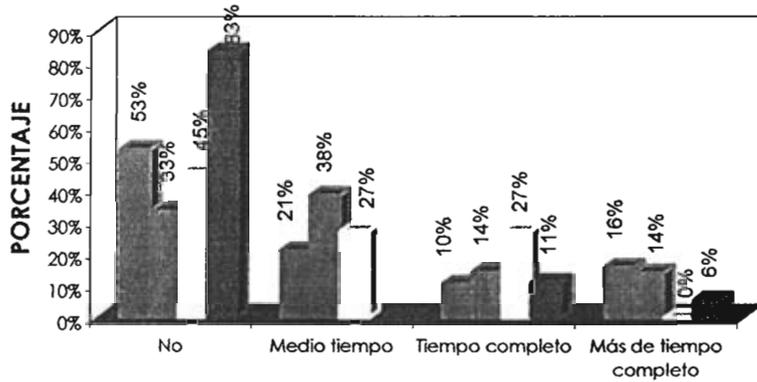
En la siguiente figura se aprecia que en la mayoría de los grupos el estado civil de las mamás es el de unión libre o casadas, teniendo un mayor porcentaje el grupo de las niñas maltratadas 74%, seguidas de los niños no maltratados con un 72%, destacando también el grupo de madres de niños maltratados, pues un 24% refiere son separadas.

FIGURA 3. ESTADO CIVIL DE MADRES DE NIÑOS (AS)



La figura que se presenta enseguida muestra que la situación de las mamás en la mayoría de los grupos es de desempleo (probablemente por ser amas de casa), siendo más evidente en el grupo de niños no maltratados con un 83%, de igual forma las mamás de las niñas maltratadas con un 53%. Esta figura también permite observar que una pequeña parte de mamás trabajan medio tiempo y tiempo completo.

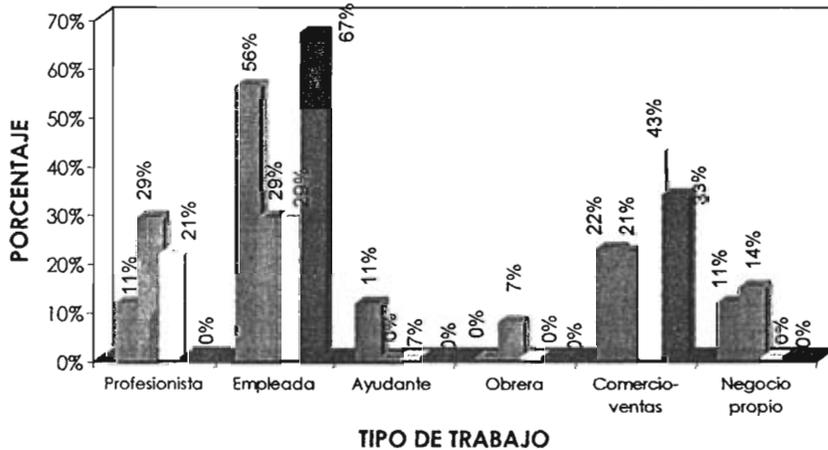
FIGURA 4. SITUACIÓN LABORAL DE MADRES DE NIÑOS (AS)



JORNADA DE TRABAJO

■ Niñas maltratadas ■ Niños maltratados ■ Niñas no maltratadas ■ Niños no maltratados

FIGURA 5. OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS (AS)



TIPO DE TRABAJO

■ Niñas maltratadas ■ Niños maltratados ■ Niñas no maltratadas ■ Niños no maltratados

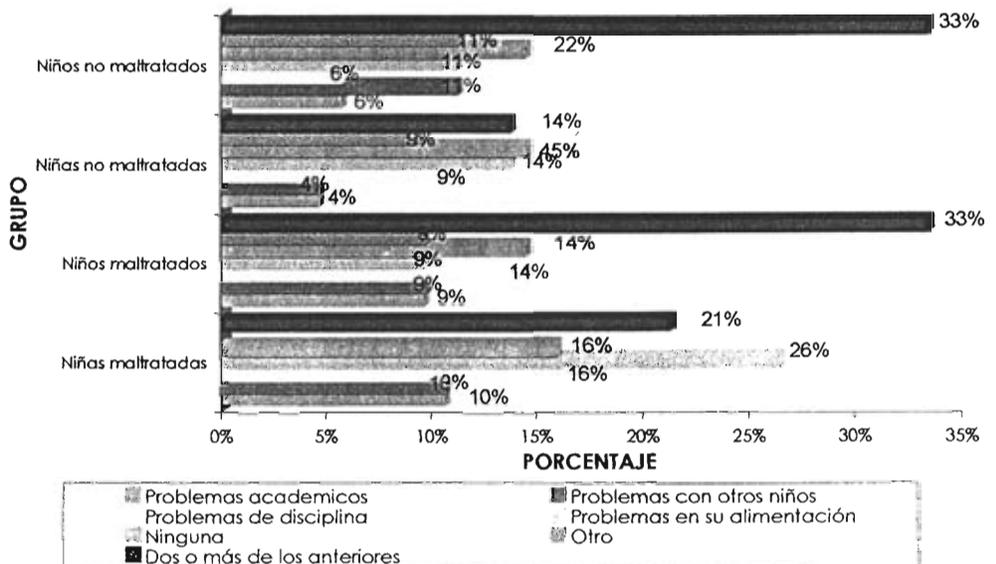
En la figura antes mostrada se ven los datos de la ocupación de las mamás, en donde tanto el grupo de las niñas maltratadas, así como en los niños no maltratados destaca que las mamás de estos, son empleadas mostrando un 56% y 67% respectivamente, otro dato importante es que en los grupos de niños (33%) y niñas (43%) no maltratados las mamás se dedican al comercio-ventas.

Descripción de variables de estudio de las mamás

Los datos que se presentan a continuación, indican información importante de los grupos de niños(as) maltratados y niños(as) no maltratados para esta investigación, la cual es referida por las mamás con respecto a los sujetos de estudio y que será de gran utilidad para los siguientes análisis.

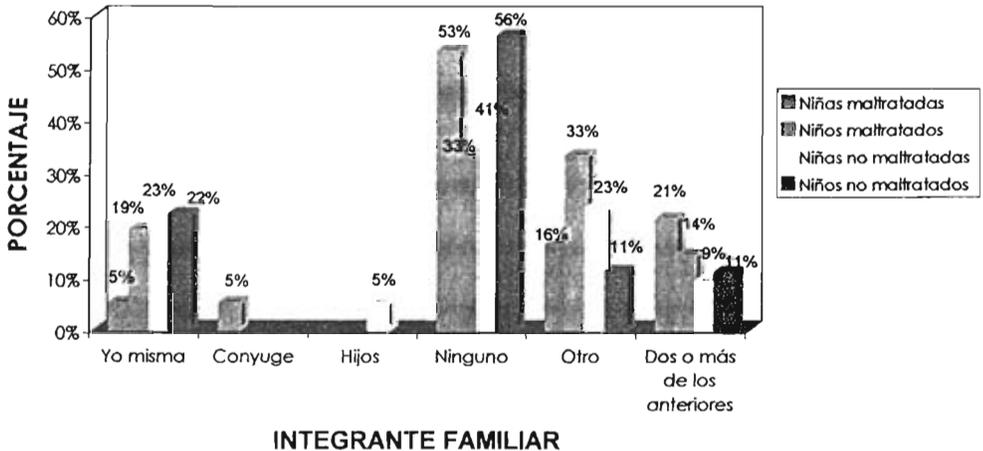
Como se puede ver en esta figura se exponen los problemas que ha tenido el niño(a) en los últimos meses, mostrando el grupo de niñas no maltratadas que no han tenido ningún problema (45%), el grupo de niños maltratados y no maltratados presentan dos o más problemas (33% ambos grupos) y en las niñas maltratadas se manifiesta que han presentado problemas en su alimentación (26%), seguido de la opción 2 ó mas problemas (21%).

FIGURA 6. PROBLEMAS QUE HA TENIDO EL NIÑO (A) EN LOS ÚLTIMOS MESES

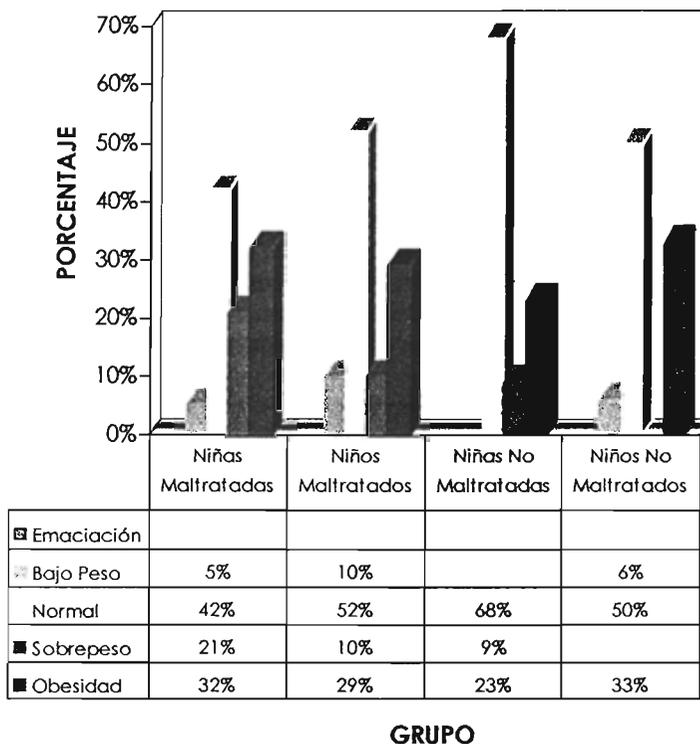


En cuanto a los problemas de obesidad, prevalece que en ninguno de los grupos de sujetos ha habido este tipo de problemas.

FIGURA 7. PROBLEMAS DE OBESIDAD

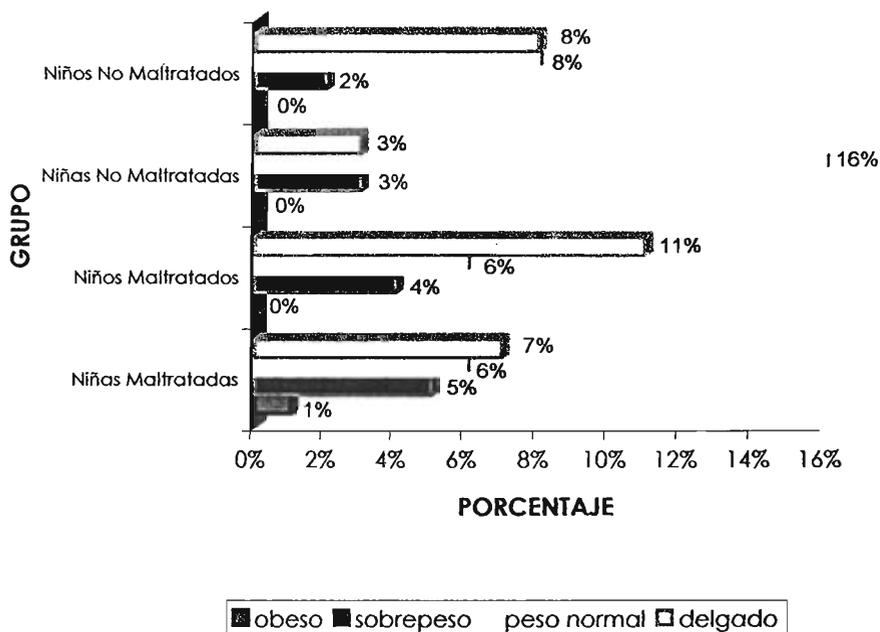


En la figura 8 están graficados los índices de pesos corporales de acuerdo con el indicador peso para la talla, mostrándose notablemente en la misma, que en los grupos de niñas maltratadas y no maltratadas, existen diferencias entre sí. Principalmente a lo que se refiere a los porcentajes de las categorías de bajo peso (maltratadas; 5% vs no maltratadas; 0%), peso normal (maltratadas; 42% vs no maltratadas; 68%) y sobrepeso (maltratadas; 21% vs no maltratadas; 9%). En lo que respecta a los niños maltratados y no maltratados también existen diferencias sobresalientes como es en bajo peso (maltratados; 10% vs no maltratados; 6%), sobrepeso (maltratados; 10% vs no maltratados; 0%) y obesidad (maltratados; 29% vs no maltratados; 33%).

FIGURA 8. PESO PARA LA TALLA EN NIÑOS(AS)

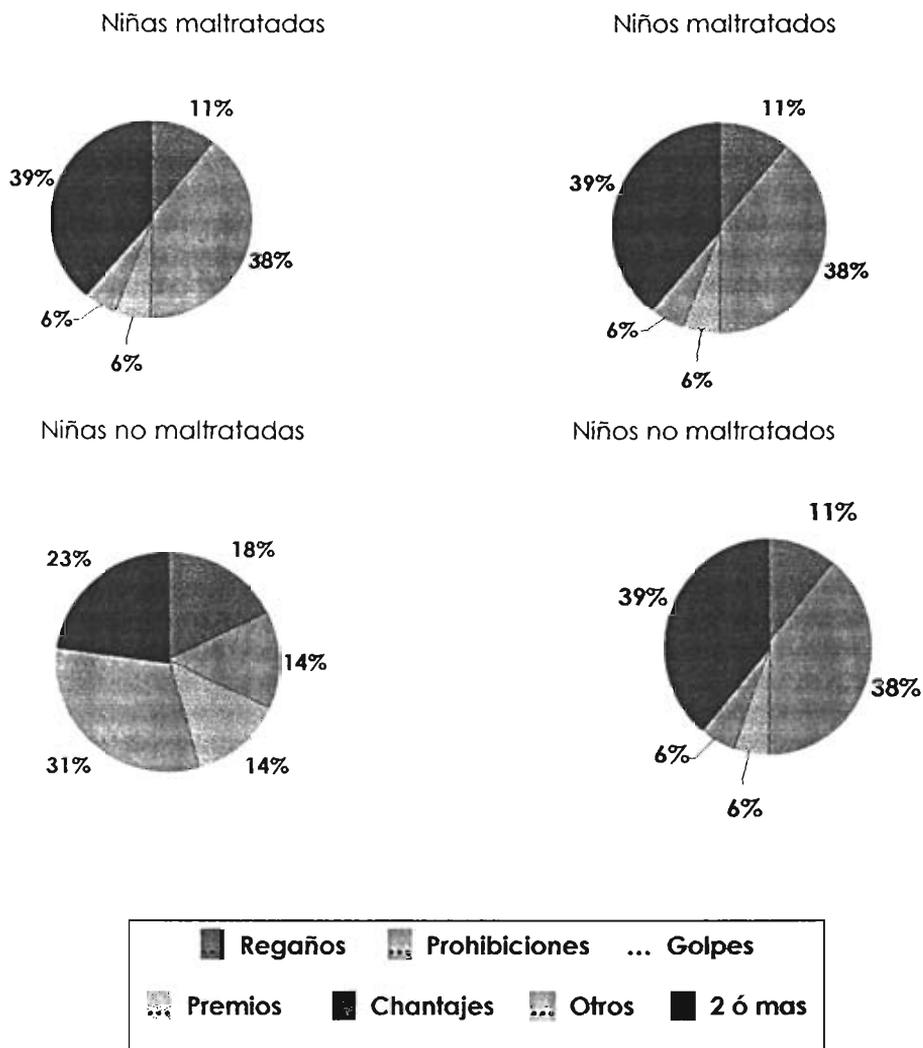
La siguiente figura nos muestra la complejión de los niños según la percepción de su mamá, las cuales en los grupos maltratados en su mayoría los perciben delgados, sin embargo, en los grupos no maltratados, la mayor parte de ellas creen que sus hijos mantienen un peso normal.

FIGURA 9. COMPLEXION DEL NIÑO (A) SEGÚN PERCEPCIÓN DE SU MADRE



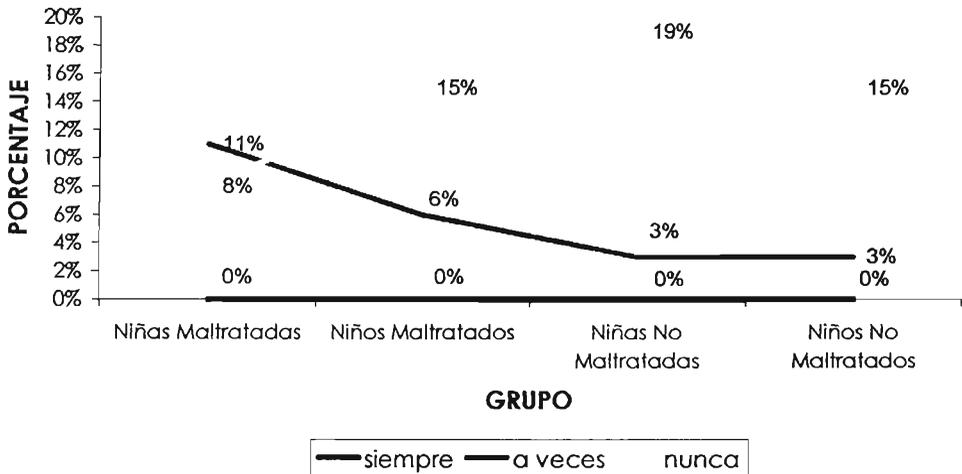
En la figura 10 se pueden observar las diferentes formas que las madres utilizan para disciplinar a sus hijos, y si nos concentramos en la comparación entre los grupos maltratados y no maltratados, podemos ver que tanto en los grupos de niños y niñas maltratados resalta el uso de 2 ó más formas de disciplina, así como las prohibiciones mientras que en los grupos no maltratados, además de esta categoría existen otras, con un porcentaje similar entre sí, como son; los regaños y prohibiciones. También en estos últimos, los premios aparecen como otra manera de disciplinar, mientras que en los grupos maltratados casi no los usan.

FIGURA 10. FORMAS DE DISCIPLINAR A SU HIJO - NIÑO (A)



La siguiente figura nos permite observar que en todos los grupos de los niños ninguna de las madres refiere comparar siempre a su hijo negativamente con otros, sin embargo, sí reconocen comparar a sus hijos con otros en algunas ocasiones sobretodo a las niñas maltratadas, seguidas de los niños también maltratados.

FIGURA 11. COMPARACIÓN NEGATIVA DEL NIÑO (A) CON OTROS NIÑOS



DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO DE LOS NIÑOS

Dentro de las variables de estudio se encuentra la variable satisfacción e insatisfacción, la cual fue explorada mediante las respuestas dadas a la elección de la figura ideal y la figura percibida (o actual) de los grupos de niños(as) maltratados y no maltratados, lo cual se muestra en las siguientes tablas.

En lo que se refiere a la elección de la figura real, se nota que las niñas maltratadas se perciben con sobrepeso (47%), mientras que las niñas no maltratadas señalan estar en un peso normal (59%) al igual que los niños maltratados (43%) y a diferencia de estos grupos los niños no maltratados se observan a si mismos con bajo peso.

Al elegir a la figura ideal, puede percatarse que los grupos de niños y niñas no maltratados así como el grupo de niños maltratados desearían tener una figura dentro del peso normal, a diferencia del grupo de las niñas maltratadas quienes quisieran una figura dentro del bajo peso.

Tabla 2

Distribución porcentual figura actual y figura ideal niños (as) maltratados				
	Figura actual	Figura ideal	Figura actual	Figura ideal
	Niñas	Niñas	Niños	Niños
Emaciación	10%	16%	14%	19%
Bajo peso	21%	47%	33%	38%
Peso normal	16%	37%	43%	38%
Sobrepeso	47%		9%	5%
Obesidad	5%			
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3

Distribución porcentual figura actual y figura ideal niños (as) no maltratados				
	Figura actual	Figura ideal	Figura actual	Figura ideal
	Niñas	Niñas	Niños	Niños
Emaciación	18%	14%	11%	17%
Bajo peso	4%	32%	44%	33%

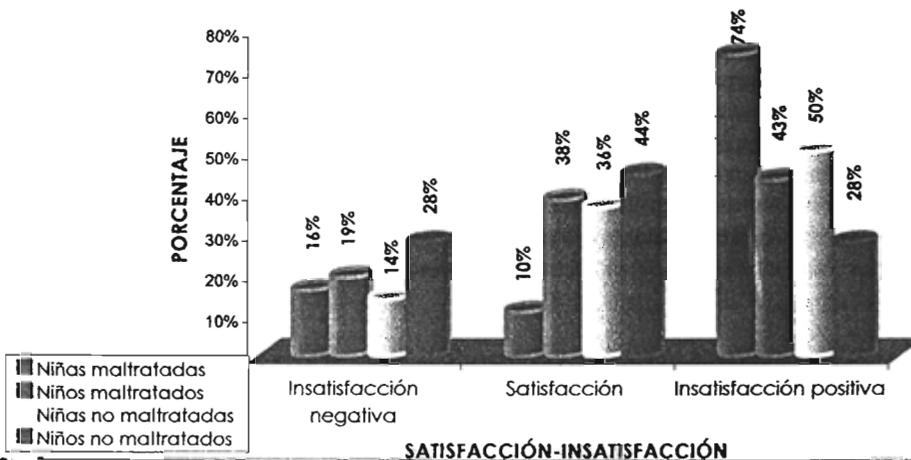
Distribución porcentual figura actual y figura ideal niños (as) no maltratados				
Peso normal	59%	50%	33%	39%
Sobrepeso	14%	4%		6%
Obesidad	4%		11%	6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Lo que se puede ver sobre la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal, es que los niños y niñas maltratadas están insatisfechos positivamente, es decir, desean tener menor peso, mientras que el grupo de niños no maltratados muestra mayor satisfacción en comparación con los otros grupos (44%). Las niñas no maltratadas también desean ser más delgadas (50%), pero en menor proporción que las maltratadas (74%), este grupo presentó el porcentaje más alto de insatisfacción.

Tabla 4

Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal				
	Niñas maltratadas	Niños maltratados	Niñas no maltratadas	Niños no maltratados
Insatisfacción negativa	16%	19%	14%	28%
Satisfacción	10%	38%	36%	44%
Insatisfacción positiva	74%	43%	50%	28%
Total	100%	100%	100%	100%

FIGURA 12. SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL



Ahora bien, en lo que respecta a la variable actitud que pueden o toman los niños en cuanto a la obesidad, se pudo ver por medio del análisis realizado a las respuestas dadas a una serie de preguntas, información proporcionada por los mismos niños, aportando diversas formas de interpretación, ya que los niños se inclinaron la mayoría de las veces hacia el aspecto físico, por tanto es prudente observar los siguientes datos:

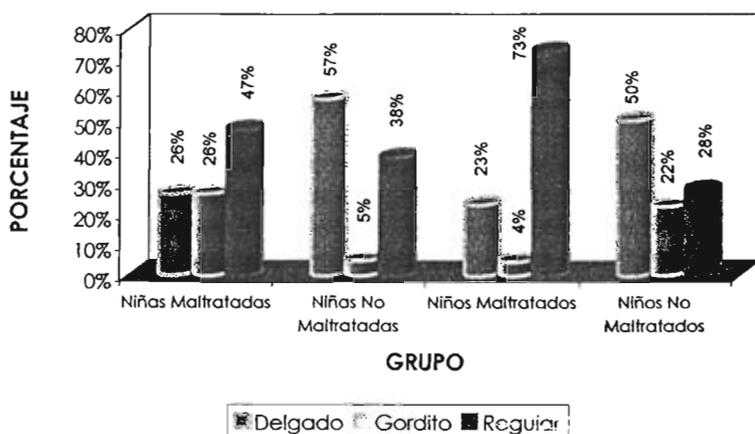
Tabla 5

Distribución porcentual de la variable Te gustan los(as) niños(as) gorditas				
	Niñas maltratadas	Niñas No maltratadas	Niños maltratados	Niños No maltratados
Si	5%		14%	
No	95%	100%	86%	100%
Total	100%	100%	100%	100%

Encontrando de esta manera un alto porcentaje en que tanto los niños y niñas maltratadas y no maltratadas, no les gustan los niños gorditos, destacando aun más los grupos no maltratados, ya que ambos grupos cuentan con el 100% hacia la negativa por el gusto de los niños(as) gorditos(as). Detallándose en la tabla 5.

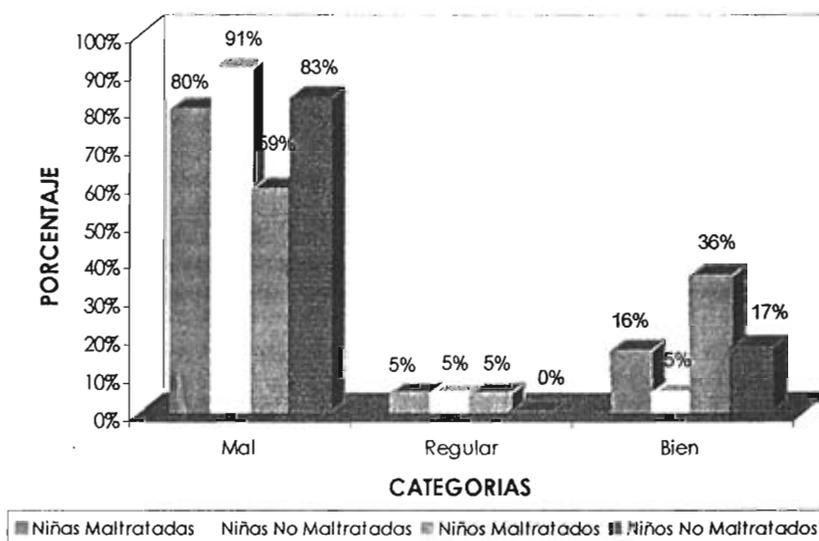
Por ejemplo ante la pregunta ¿y tú como estas? Los niños y niñas maltratadas puntuaron más a la respuesta "regular", sin embargo los grupos no maltratados fue a la respuesta "delgado" con los porcentajes 57% y 50% respectivamente, como se especifica en la gráfica 13. También es importante señalar que más niñas maltratadas que no maltratadas se percibió con obesidad (26% vs 5%).

FIGURA 13. ¿Y TÚ COMO ESTAS?



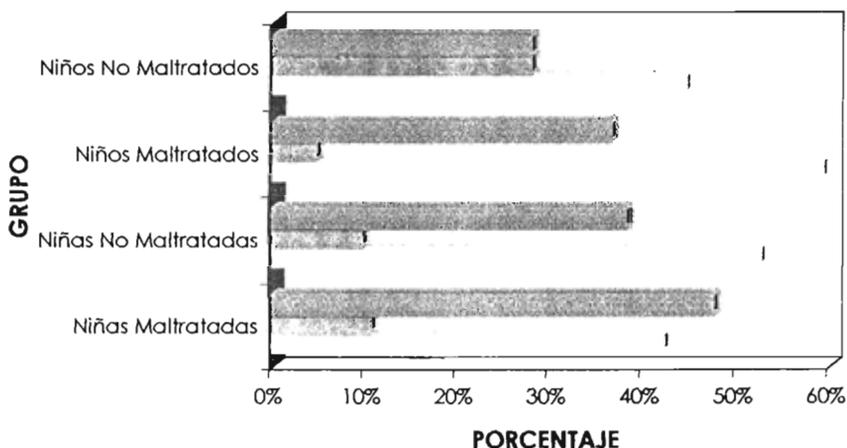
Mientras tanto en lo que respecta a la pregunta: ¿si te pusieras gordito(a) como te sentirías?, los cuatro grupos de niños refieren en su mayoría se sentirían mal, así como se puede observar en la siguiente gráfica (14).

FIGURA 14. ¿SI TE PUSIERAS GORDITO(A) COMO TE SENTIRIAS?



En la siguiente figura se puede apreciar que tanto los niños maltratados como los no maltratados, así como también las niñas no maltratadas les gusta a un alto porcentaje de ellos, el como están, seguido de la respuesta "me gustaría bajar de peso", no obstante las niñas maltratadas el 47% desea bajar de peso y un 42% les gusta el como están. De cualquier manera también se puede ver en la tabla 6.

FIGURA 15. ¿TE GUSTA COMO ESTAS O TE GUSTARÍA CAMBIAR ALGO?



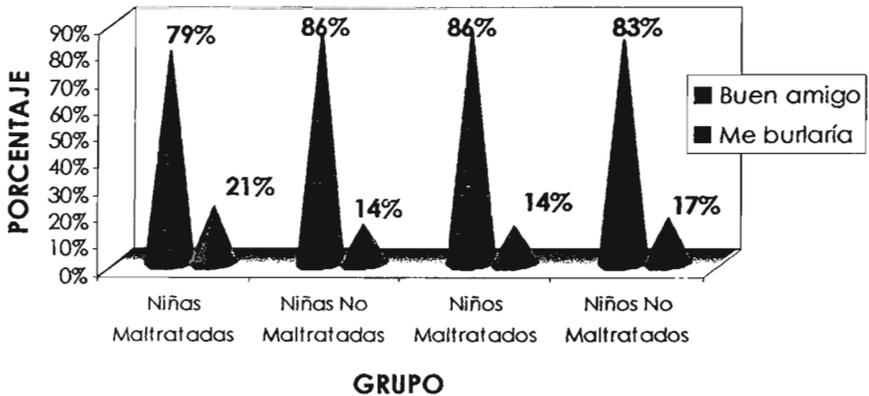
	Niñas Maltratadas	Niñas No Maltratadas	Niños Maltratados	Niños No Maltratados
Bajar de peso	47.40%	38.10%	36.40%	27.80%
Subir de peso	10.50%	9.50%	4.50%	27.80%
Me gusta	42.10%	52.40%	59.10%	44.40%

Tabla 6

Distribución porcentual de la variable ¿Te gusta como estas o quieres cambiar algo?				
	Niñas Maltratadas	Niñas No Maltratadas	Niños Maltratados	Niños No Maltratados
Me gusta	42%	52%	59%	44%
Subir de peso	11%	10%	5%	28%
Bajar de peso	47%	38%	36%	28%
Total	100%	100%	100%	100%

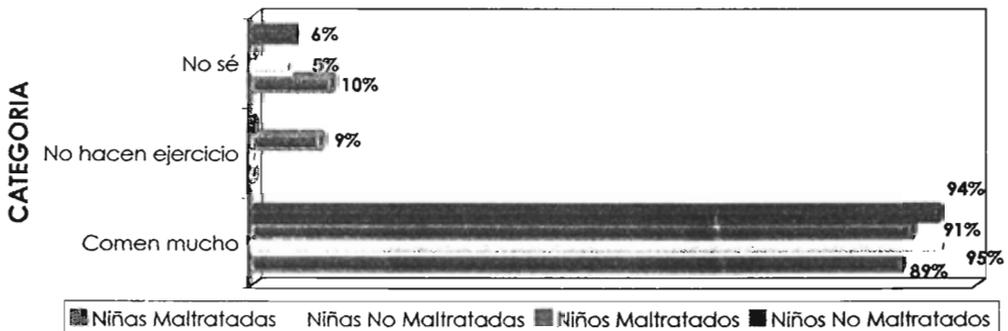
La figura 16 nos muestra que un alto porcentaje de los cuatro grupos refiere serían buenos amigos con niños gorditos, sin embargo, las niñas maltratadas son el grupo con mayor porcentaje ante la opción de burlarse de él (21%).

FIGURA 16. ¿SI TUVIERAS UN AMIGO GORDITO COMO SERÍAS CON ÉL?



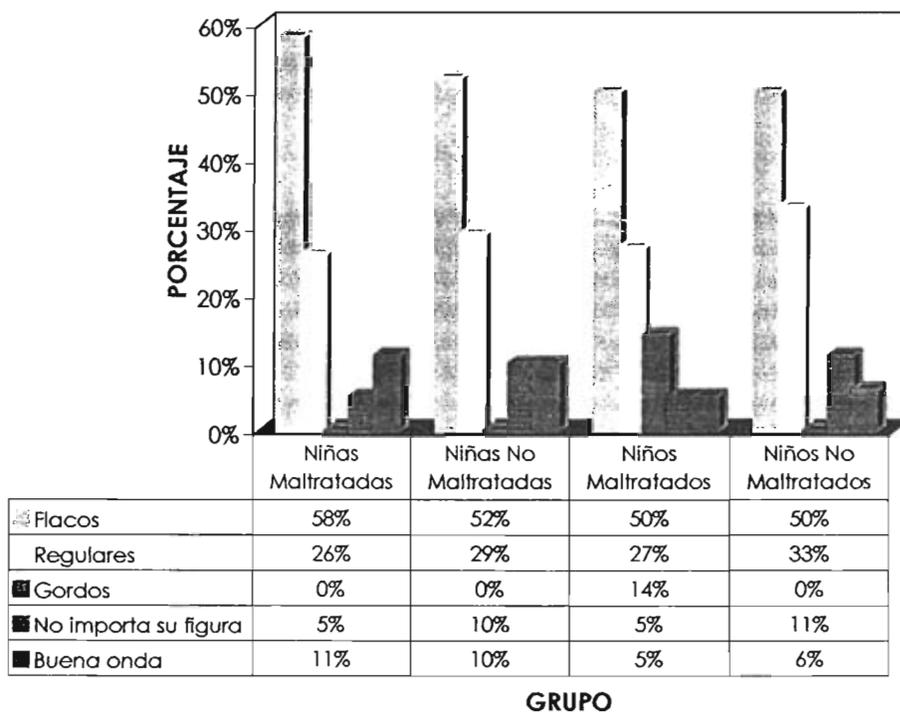
En cuanto a la pregunta ¿por qué crees que hay niños(as) gorditos(as)?, se eleva el porcentaje en los niños tanto maltratados como no maltratados, así como también en las niñas, ya que el motivo que ellos creen y mencionan es por comer mucho, mostrándose en la siguiente figura.

FIGURA 17. ¿POR QUÉ CREES QUE HAY NIÑOS(AS) GORDITOS(AS)?



No obstante, las respuestas a la pregunta ¿Cómo te gusta que sean tus amiguitos? están más inclinadas hacia la opción flacos, en los cuatro grupos y de la misma forma son seguidos del gusto por una figura regular, como se muestra en la figura 18.

FIGURA 18. ¿COMO TE GUSTA QUE SEAN TUS AMIGUITOS(AS)?



ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

Una vez presentado el perfil de la muestra, se procedió a determinar si las diferencias observadas en el análisis descriptivo de las variables de estudio, entre los grupos resultaron estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$.

Al respecto el primer análisis correspondió a la determinación de diferencias entre los grupos en lo que respecta a las figuras ideal y actual, para tal efecto, se utilizó el análisis de varianza de una clasificación (ONEWAY), observando los siguientes resultados.

Las siguientes tablas muestran los datos obtenidos del análisis en los grupos de niños (as), en lo que respecta a esta misma variable hasta ahora vista, no hubo diferencias estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$ entre los grupos. Podemos observar, que existe cierta tendencia a la insatisfacción por parte de los grupos maltratados, ya que es en estos grupos donde se observan mayores puntajes en lo que corresponde a la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal, pues se pueden apreciar diferencias entre los grupos de mujeres y hombres no maltratados con los maltratados respectivamente, ya que estos últimos cuentan con un valor mayor, indicando insatisfacción, no obstante estas diferencias no son estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$ (ver tabla 7).

Tabla 7

ANOVA Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal en niños (as)					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	17.345	3	5.782	2.496	.066
Dentro de los grupos	176.043	76	2.316		
Total	193.388	79			
Medias de Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal en niños (as) maltratados y no maltratados					
Niñas maltratadas	Niños maltratados	Niñas no maltratadas		Niños no maltratados	
$\bar{X}_1= 3.3684$ $S_1=1.57093$	$\bar{X}_2= 2.3182$ $S_2=1.17053$	$\bar{X}_3= 2.1429$ $S_3=1.01419$		$\bar{X}_4= 2.6111$ $S_4= 2.19997$	

En lo que respecta al análisis inferencial de los datos, en esta ocasión se procedió a determinar las diferencias entre los grupos, en lo que corresponde a la variable actitud hacia la obesidad, llevado a cabo por medio del análisis de varianza de una clasificación (ONEWAY).

En cuanto al como se perciben así mismos, se observó diferencias estadísticamente significativas entre los maltratados y no maltratados, tanto en niños como en la media de niñas, ya que muestran un alfa menor a .05 ($\alpha=.033$), siendo más sobresaliente el grupo de las niñas maltratadas (ver tabla 8).

Tabla 8

ANOVA Actitud hacia la obesidad en niños(as) ¿Y tú como estas?					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	7.380	3	2.460	3.065	.033
Dentro de los grupos	61.007	76	.803		
Total	68.387	79			
Medias de actitud hacia la obesidad en niños(as) ¿Y tú como estas? en niños (as) maltratados y no maltratados					
Niñas maltratadas	Niños maltratados	Niñas no maltratadas	Niños no maltratados		
$\bar{X}_1= 2.21$ $S_1= .855$	$\bar{X}_2= 2.50$ $S_2= .859$	$\bar{X}_3= 1.81$ $S_3= .981$	$\bar{X}_4= 1.78$ $S_4= .878$		

La siguiente tabla nos permite observar las diferencias que pudieron presentarse entre los grupos ante la pregunta; si te pusieras gordito(a) como te sentirías, diferencias que no fueron estadísticamente significativas ($\alpha=.061$), sin embargo, son tendentes al $\alpha \leq .05$, entre los grupos maltratados de niños y niñas con respecto a los no maltratados según su sexo.

Tabla 9

ANOVA Actitud hacia la obesidad en niños(as) ¿Si te pusieras gordito(a) como te sentirías?					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	4.531	3	1.510	2.559	.061
Dentro de los grupos	44.856	76	.590		
Total	49.388	79			
Medias de actitud hacia la obesidad en niños(as) ¿Si te pusieras gordito(a) como te sentirías? en niños (as) maltratados y no maltratados					
Niñas maltratadas	Niños maltratados	Niñas no maltratadas	Niños no maltratados		
$\bar{X}_1= 1.37$ $S_1= .761$	$\bar{X}_2= 1.77$ $S_2= .973$	$\bar{X}_3= 1.14$ $S_3= .478$	$\bar{X}_4= 1.33$ $S_4= .767$		

Mediante la prueba t se realizó la comparación entre maltrato/ no maltrato y sexo, referente a las variables de estudio (Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal y Actitud hacia la obesidad).

Con lo que respecta a la Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal en niños, se pudieron ver las diferencias existentes entre los grupos por sexo, y se notó que existen diferencias estadísticamente significativas, en lo que respecta a la figura actual, por lo cual se rechaza la hipótesis nula $H_0=X_1=X_2= 0$ a favor de la hipótesis de trabajo $H_1=X_1 \neq X_2= 0$.

Tabla 10

Comparación por sexo niño(a) en variables relacionadas con la satisfacción con la figura (prueba t)			
Mi cuerpo se parece mas a:	t	gl	Sig.
	1.985	78	.050
Niño	\bar{X}		S
	2.51		.970
Niña	2.98		1.107

En lo que corresponde a la Actitud hacia la obesidad, se pudo ver mediante los datos obtenidos en la tabla 11, que la hipótesis de trabajo $H_{i4} = X_1 \neq X_2 = 0$, a favor de la $H_0 = X_1 = X_2 = 0$, debido a que no existieron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$.

Tabla 11

Comparación entre maltrato y no maltrato en variables relacionadas con la actitud hacia la obesidad (prueba t)			
Si te pusieras gordito como te sentirías:	t	gl	Sig.
	-1.867	78	.066
Maltratados	\bar{X}		S
	1.25		.630
No Maltratados	1.58		.903

El análisis realizado por sexo de las variables relacionadas con la actitud hacia la obesidad no se aceptó la hipótesis $H_0 = X_1 = X_2 = 0$, y se aceptó la hipótesis de trabajo, $H_{i5} = X_1 \neq X_2 = 0$, solamente en tres ocasiones (Te gustan las niñas(os) gorditas(os), ¿Y tú cómo estas? y Si te pusieras gordito como te sentirías), las cuales fueron estadísticamente significativas, como se puede observar en las siguientes tablas (12, 13 y 14).

Tabla 12

Comparación por sexo niño(a) en variables relacionadas con la actitud hacia la obesidad (prueba t)			
Te gustan las niñas(os) gorditas(os)	t	gl	Sig.
	-2.028	78	.046
Niño	\bar{X}		S
	1.90		.300
Niña	2.00		.000

Tabla 13

Comparación por sexo niño(a) en variables relacionadas con la actitud hacia la obesidad (prueba t)			
¿Y tú cómo estas?	t	gl	Sig.
	2.866	78	.005
Niño	\bar{X}	S	
	2.37	.859	
Niña	1.79	.923	

Tabla 14

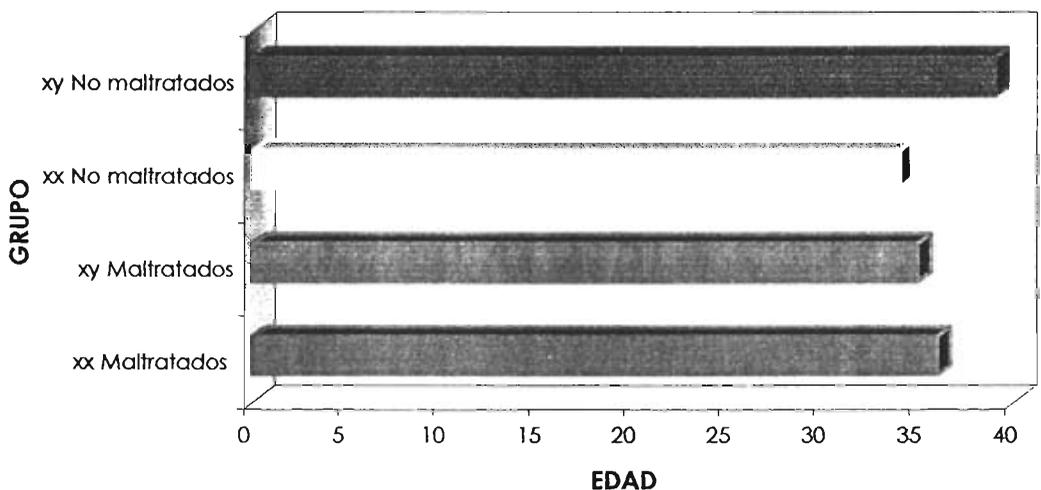
Comparación por sexo niño(a) en variables relacionadas con la actitud hacia la obesidad (prueba t)			
Si te pusieras gordito como te sentirías:	t	gl	Sig.
	2.045	78	.044
Niño	\bar{X}	S	
	1.59	.894	
Niña	1.23	.627	

Para esta investigación fueron muy enriquecedores los datos obtenidos sobre los niños de 6 a 8 años, ya que es una etapa de suma importancia para el desarrollo del ser humano, puesto que es donde los niños suelen aprender conductas para igualar o cumplir deseos de sí mismos y que esperan de ellos sus propios padres, es decir tratan de realizar lo mejor posible las cosas incluyéndose ellos mismos, por ejemplo su mismo cuerpo que es en lo que nos hemos enfocado en dicha investigación, además del maltrato que ejercen sobre ellos y en los que no lo ejercen. Por tal motivo se decidió estudiar un mismo tamaño de muestra en preadolescentes de 9 a 12 años, etapa siguiente hasta la ahora vista, para ampliar los resultados y saber la posible continuidad de los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Nos interesa también esta etapa por la influencia que los medios de comunicación y la misma sociedad presionan cada vez más y más temprana edad, una importancia inexplicable al ser delgado y en ocasiones extremadamente delgado, ya que si hacemos conciencia en épocas anteriores la imagen de una bella mujer y hombre eran ser mas gruesos de los que hoy en día lo son. Es así como a continuación veremos lo que arrojan la serie de análisis en preadolescentes en cada una de las variables igualmente vistas en los niños.

MUESTRA PREADOLESCENTES

Con lo que respecta a los datos de las madres del grupo de preadolescentes, podemos ver en el caso del grupo de preadolescentes mujeres maltratadas tienen una $\bar{X} = 36$ años; $S = 7$, mientras que en el grupo de preadolescentes hombres igualmente maltratados es $\bar{X} = 35$ años; $S = 6.9$, así mismo el grupo de preadolescentes hombres no maltratados tienen una $\bar{X} = 39$ años; $S = 6$, diferenciándose a la $\bar{X} = 34$; $S = 4$, con el que cuenta el grupo de preadolescentes mujeres no maltratadas, como se puede apreciar en la siguiente figura.

FIGURA 19. EDAD PROMEDIO DE MADRES DE HIJOS PREADOLESCENTES

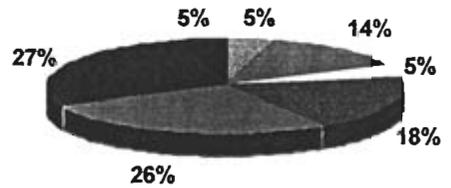
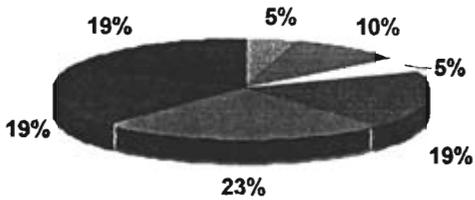


Continuando con los datos de las madres y en lo que se refiere a su escolaridad observamos que en su mayoría tanto en grupo de maltratados como en no maltratados abarcan un nivel de estudios medio superior (estudios técnicos y bachillerato), aunque es conveniente distinguir que en el caso de los grupos no maltratados de preadolescentes se distribuye en todos los niveles de estudios de forma similar, mientras que en el grupo de preadolescentes mujeres maltratadas existen también un alto porcentaje en el nivel profesional, sin embargo con los preadolescentes hombres si sobresale un nivel medio superior. De cualquier forma a continuación la figura 20 muestra una serie de graficas que ilustra los niveles de estudio por grupo.

FIGURA 20. ESCOLARIDAD DE LA MADRE

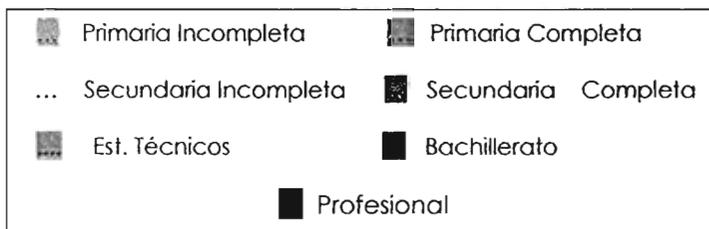
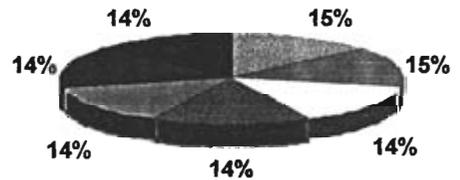
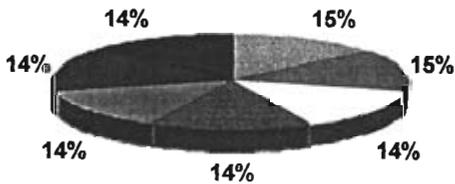
xx Maltratadas Preadolescentes

xy Maltratados Preadolescentes



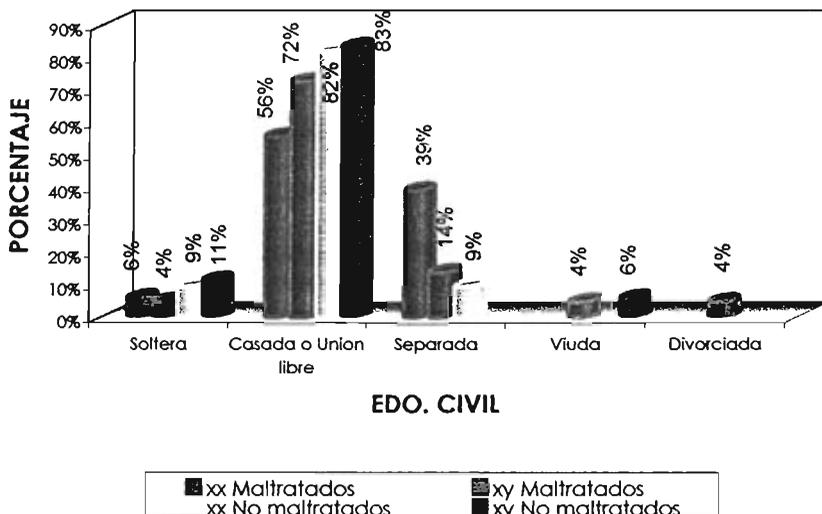
xx No Maltratadas Preadolescentes

xy No Maltratados Preadolescentes



Como podemos ver en la siguiente figura resalta que las madres son casadas o viven en unión libre, en cualquiera de los grupos, puntuando aun más los grupos de no maltratados, puesto que el grupo de mujeres cubre un 82% seguido del grupo de hombres también preadolescentes no maltratados con un 83%

FIGURA 21. ESTADO CIVIL DE MADRES DE HIJOS PREADOLESCENTES



En lo referente a la situación laboral de las madres, es sobresaliente que en los grupos de preadolescentes maltratados y no maltratados, las madres de estos sujetos se encuentran en una situación de desempleo, mostrando las madres de preadolescentes maltratados un 50%, seguidos de las madres de preadolescentes no maltratados con un 68% consecutivamente, posteriormente se percibe que las madres de los preadolescentes maltratados, cuentan un empleo de tiempo completo con un 41%, y un menor porcentaje de estas mamás tienen un empleo de más de tiempo completo con un 6%.

FIGURA 22. SITUACIÓN LABORAL DE MADRES DE HIJOS PREADOLESCENTES

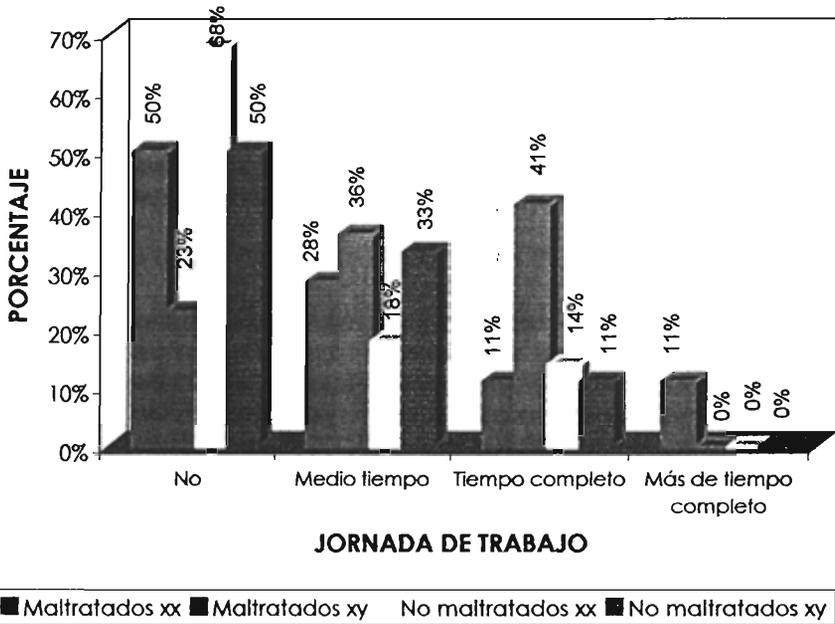
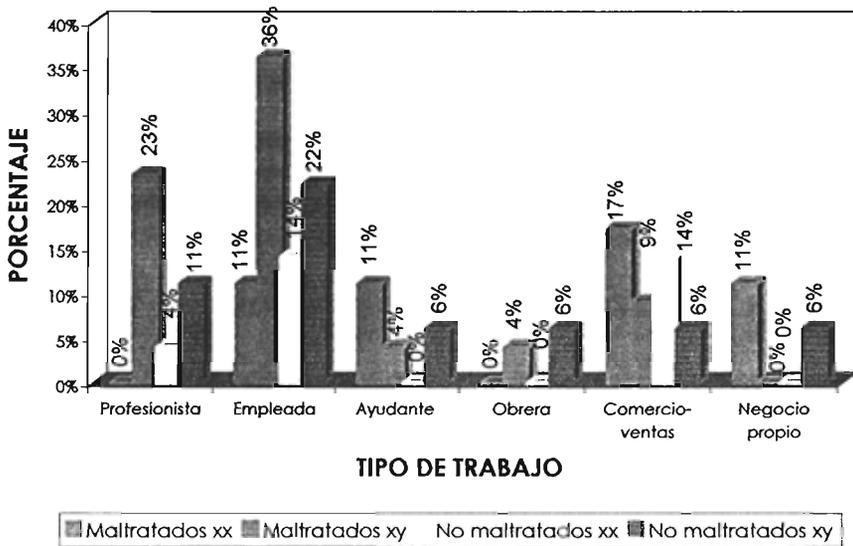


FIGURA 23. OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE HIJOS PREADOLESCENTES

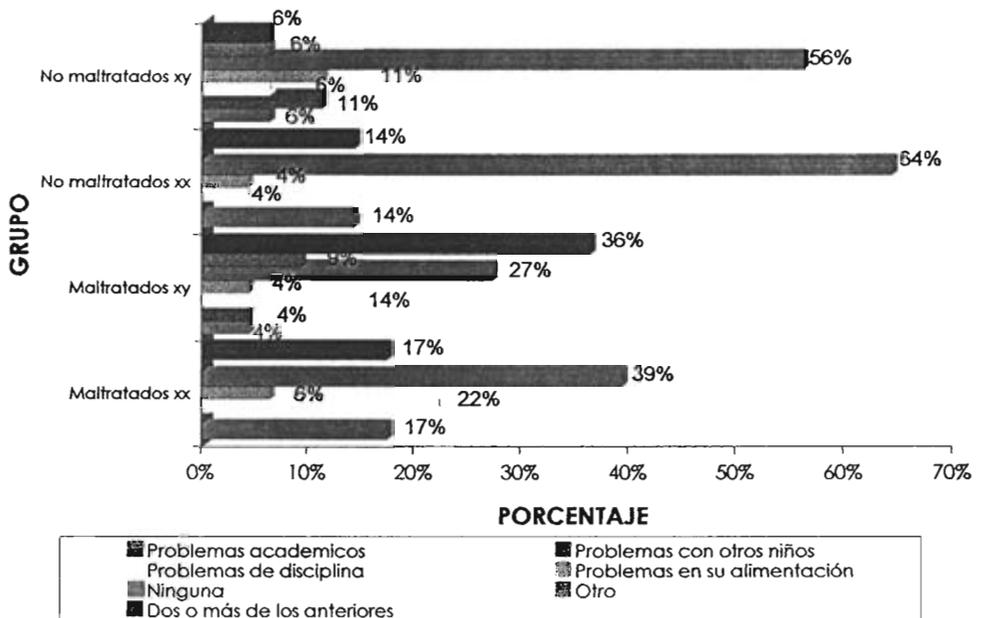


Asimismo en la figura anterior se aprecia que las madres de preadolescentes maltratados son empleadas con un 36%, subsiguiente a estas madres el 22% ejerce su profesión; además un dato interesante es que las madres de los preadolescentes no maltratados en un 22% también son empleadas y otras un 13% se dedican al comercio o las ventas.

Descripción de las variables de estudio de las mamás

Ahora bien, es conveniente ir adentrando poco a poco en lo que respecta a los hijos tanto maltratados como no maltratados, ya que son los sujetos de mayor importancia para nuestro estudio. Los datos que se anuncian a continuación son el resultado a las preguntas hechas a las madres por lo que dichas respuestas son de acuerdo a la percepción de las madres.

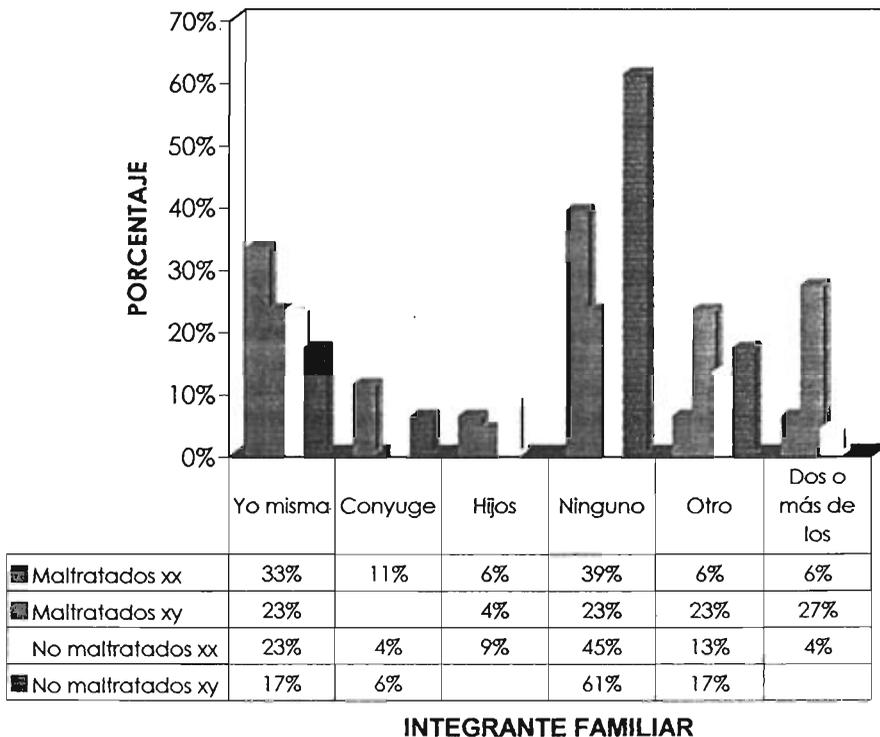
FIGURA 24. PROBLEMAS QUE HA TENIDO EL PREADOLESCENTE EN LOS ÚLTIMOS MESES



En esta figura se nota que los grupos de preadolescentes no han obtenido ningún tipo de problema teniendo un 64%, sin embargo sobresale que un 36% de los hombres preadolescentes maltratados aparecen con 2 o más problemas de los antes mencionados. También es importante señalar que más preadolescentes maltratados presentaron problemas de disciplina y académicos.

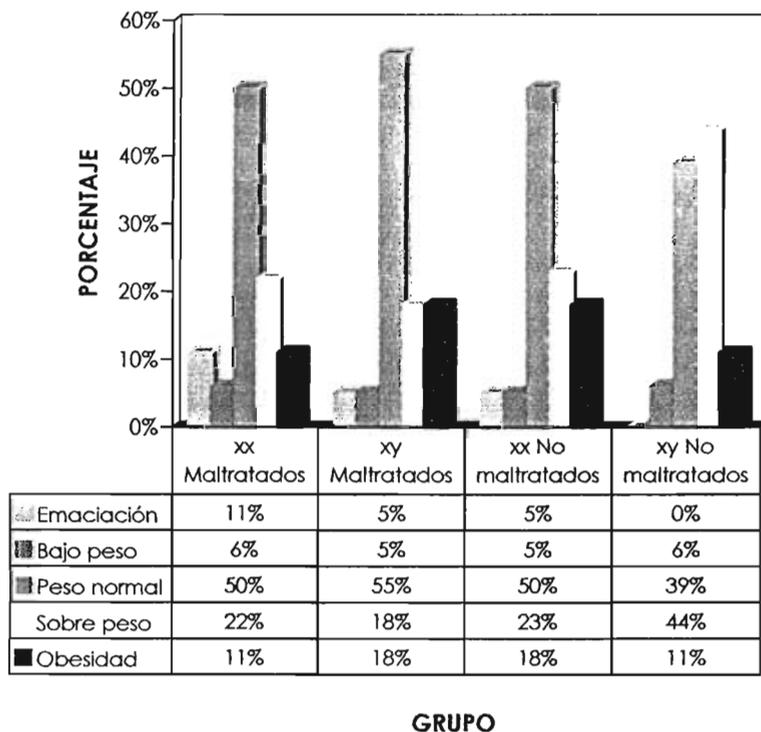
En cuanto a los problemas de obesidad, que puedan mostrar los preadolescentes o las madres de estos, un destacado porcentaje de preadolescentes maltratados y de no maltratados no presentan en su familia problemas de obesidad, es de gran importancia considerar que un 33% de las madres de los preadolescentes maltratados muestran problemas de obesidad, al igual que otros familiares mostrando un 27%.

FIGURA 25. PROBLEMAS DE OBESIDAD



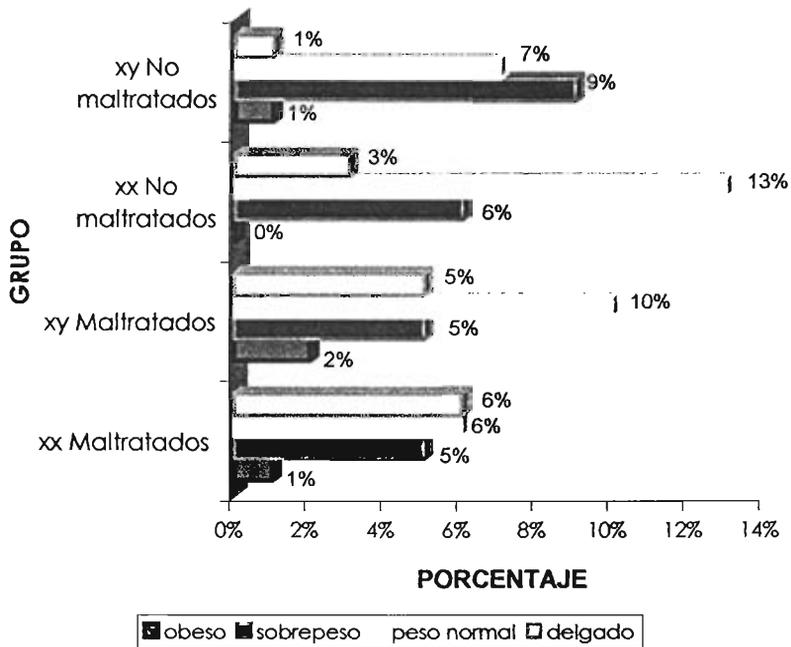
De acuerdo al peso y la estatura de cada uno de los niños de 9-12 años, referidos por las madres, se procedió a obtener el Índice Nutricional para cada uno de los grupos que se muestra en la siguiente figura, observándose que en hombres y mujeres maltratados así como en las mujeres no maltratadas hay un promedio $\bar{X}= 3$ y una $S=1$, así como un porcentaje del 50% que poseen un Índice Nutricional que se encuentra dentro del peso normal, a diferencia de éstos, en el caso de los hombres no maltratados una $\bar{X}= 4$ $S= .77$ y un considerable 44% está dentro del sobrepeso. Además es importante mencionar que en los grupos de mujeres maltratadas y no maltratadas aparece un índice nutricional ubicado en la emaciación (11% y 4% consecutivamente).

FIGURA 26. INDICE NUTRICIONAL EN PREADOLESCENTES



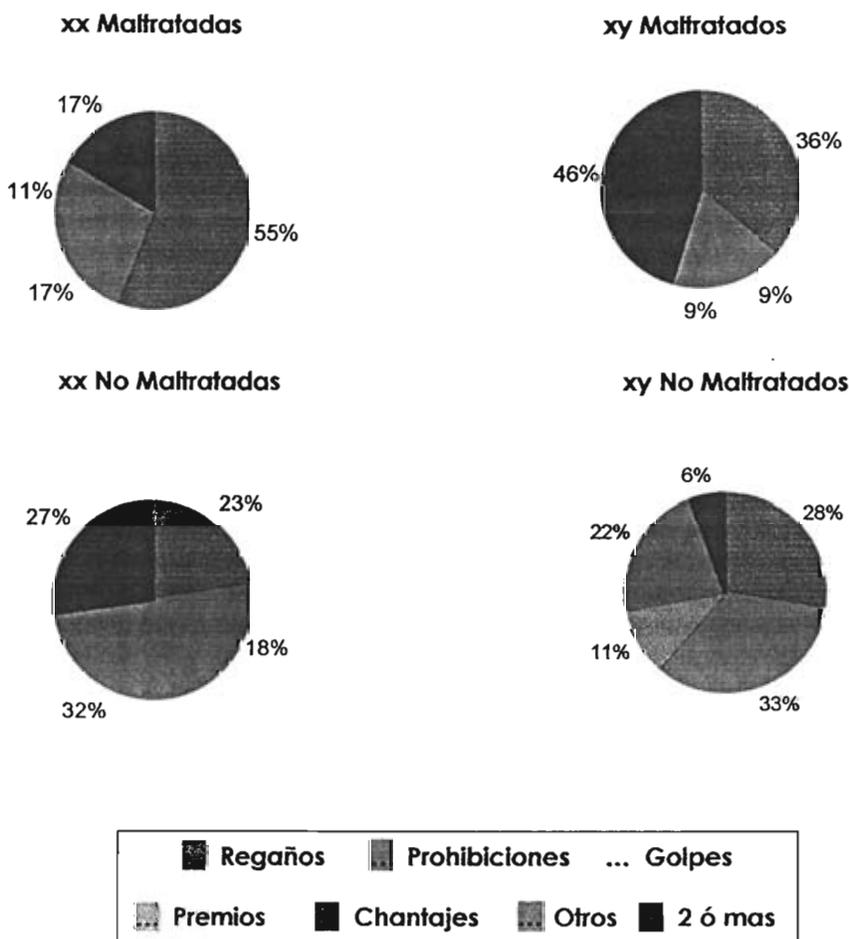
En la figura 27 observamos que la compleción del hijo preadolescente según su mamá, en su mayoría los ven o creen que están dentro de un peso normal, posteriormente las mamás creen que sus hijos tienen sobrepeso, en seguida esta la percepción de un hijo delgado y por último muy pocas madres creen que sus hijos son obesos.

FIGURA 27. COMPLECION DEL PREADOLESCENTE SEGÚN PERCEPCIÓN DE SU MADRE



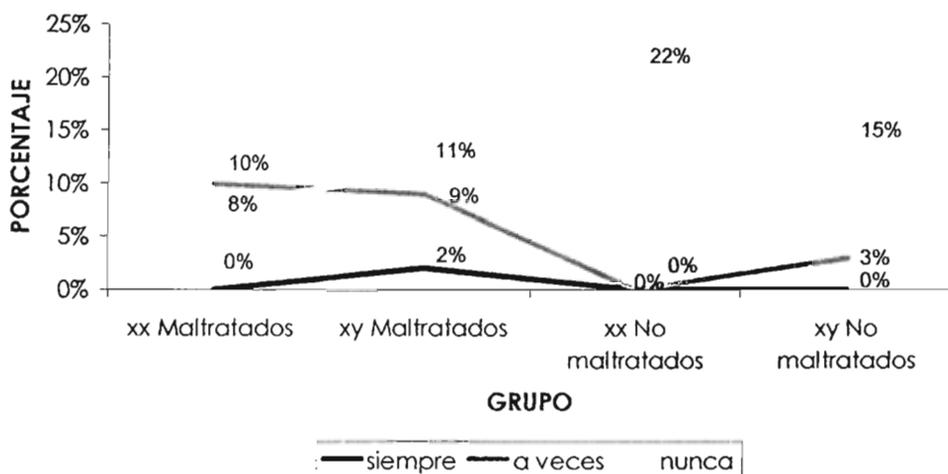
Las siguientes gráficas nos muestran las diferentes formas utilizadas por las madres para disciplinar a sus hijos, y como podemos ver tanto en grupos de preadolescentes maltratados como no maltratados acuden casi a las mismas formas como son; los regaños, prohibiciones, 2 ó mas formas (entre las anteriores también están los castigos, premios, golpes y chantajes), además de la opción de otros (aquí contamos con el hablar con ellos). Sin embargo sólo en el grupo de hombres no maltratados es el único que recibe premios como forma de disciplina. Además es importante mencionar que mas preadolescentes maltratados reciben regaños así como 2 ó más formas de disciplina.

FIGURA 28. FORMAS DE DISCIPLINAR A SU HIJO - PREADOLESCENTE



La siguiente figura nos muestra que la mayoría de los hijos preadolescentes, según refieren sus madres no son comparadas negativamente con otros preadolescentes, principalmente el grupo de hijas maltratadas. Sin embargo el grupo de hijas maltratadas e hijos igualmente maltratados indican una ligera comparación entre preadolescentes de forma negativa.

FIGURA 29. COMPARACIÓN NEGATIVA DEL PREADOLESCENTE CON OTROS PREADOLESCENTES



DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO DE PREADOLESCENTES

La variable satisfacción e insatisfacción fue analizada a través de las respuestas dadas a las preguntas que se presentan a continuación en las siguientes tablas donde se observa la elección de la figura actual y al figura ideal, que se exploró en el grupo de preadolescentes hombres y mujeres maltratados y no maltratados, cómo se perciben así mismos, y cómo desean ser percibidos, tal y como nos indican las tabla 15 y 16, donde se aprecia que las mujeres preadolescentes tanto maltratadas (39%) como no maltratadas (45%), se perciben así mismas con sobrepeso.

En lo que se refiere a ambos grupos de los hombres preadolescentes y específicamente en lo que respecta a la figura actual, sobresale la percepción que tienen de sí mismos referente al peso normal, ya que el grupo de maltratados cuenta con el 27%, mientras que el de no maltratados con el 33% (Tabla 15 y 16).

Referentemente a la figura ideal, se pudo observar que las mujeres maltratadas (50%) se inclinan por tener una imagen que se encuentra dentro del bajo peso, a diferencia de éstas, las mujeres preadolescentes no maltratadas, así como los grupos de hombres preadolescentes maltratados (41%) y no maltratados (50%) muestran una preferencia por una imagen que se encuentra dentro del peso normal (Tablas 15 y 16 respectivamente).

Tabla 15

Distribución porcentual figura actual y figura ideal preadolescentes maltratados				
	Figura actual	Figura ideal	Figura actual	Figura ideal
	xx	Xx	xy	xy
Emaciación	17%	6%	9%	4%
Bajo peso	11%	50%	18%	27%
Peso normal	22%	44%	27%	41%
Sobrepeso	39%		23%	23%
Obesidad	6%		14%	4%
Obesidad extrema	6%		9%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 16

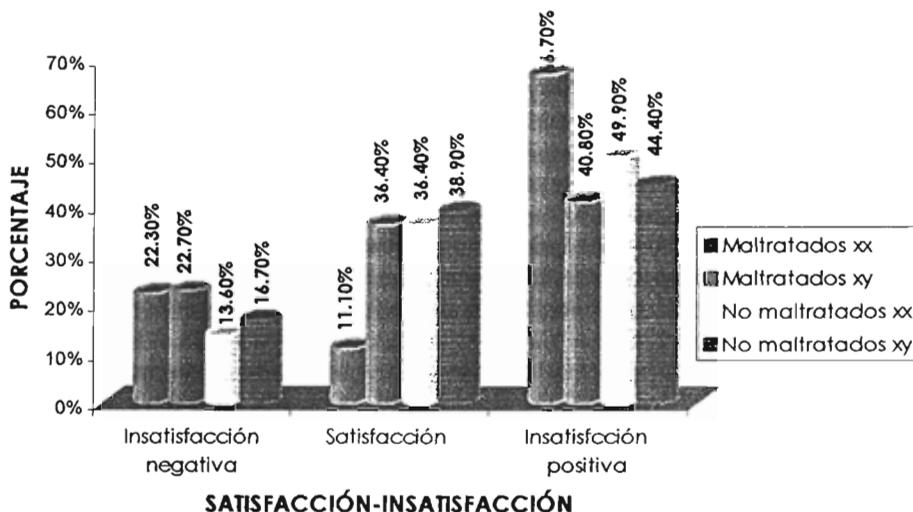
Distribución porcentual figura actual y figura Ideal preadolescentes no maltratados				
	Figura actual	Figura ideal	Figura actual	Figura ideal
	xx	Xx	xy	xy
Emaciación	4%	9%		6%
Bajo peso	27%	36%	17%	22%
Peso normal	18%	45%	33%	50%
Sobrepeso	45%	9%	33%	22%
Obesidad	4%		17%	
Obesidad extrema				
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En lo que se refiere a la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal (tabla 17), se observó la existencia en mayor proporción de insatisfacción positiva (desean ser percibidos con menor peso), de los grupos de preadolescentes, sobresaliendo aún más el grupo de mujeres maltratadas. No obstante, el grupo de preadolescentes hombres no maltratados (39%) es el grupo que puntúa más en lo que respecta a la satisfacción con su imagen corporal.

Tabla 17

Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal				
	Maltrato	Maltrato	No maltrato	No maltrato
	xx	xy	xx	xy
Insatisfacción negativa	22%	23%	14%	17%
Satisfacción	11.1%	36.4%	36.4%	39%
Insatisfacción positiva	67%	41 %	50%	44%
Total	100%	100%	100%	100%

FIGURA 30. SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL



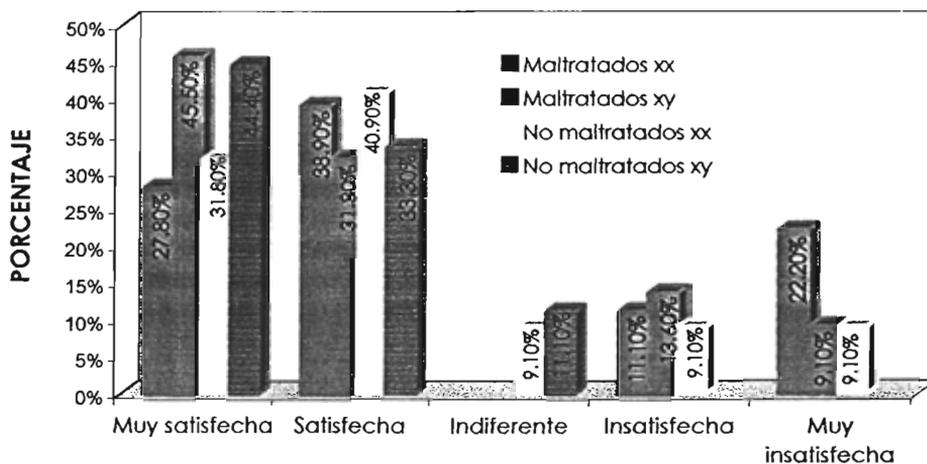
Las respuestas dadas a la pregunta ¿cómo me siento con mi figura? (tabla 18), señalan con mayor proporción, que las mujeres preadolescentes tanto maltratadas como no maltratadas refieren sentirse satisfechas con su figura, mientras tanto los preadolescentes hombres señalaron sentirse aun más satisfechos con su propia figura.

Un dato curioso es que solo en los grupos de preadolescentes no maltratados se observó un porcentaje mínimo de indiferencia a su sentir con su figura, indiferencia que no aparece en los grupos maltratados.

Tabla 18

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta ¿cómo me siento con mi figura?				
	Maltratado xx	Maltratado xy	No maltratado xx	No maltratado xy
Muy satisfecha	28%	45%	32%	44%
Satisfecha	39%	32%	41%	33%
Indiferente			9%	11%
Insatisfecha	11%	14%	9%	
Muy insatisfecha	22%	9%	9%	
Total	100%	100%	100%	100%

FIGURA 31. ¿CÓMO ME SIENTO CON MI FIGURA?



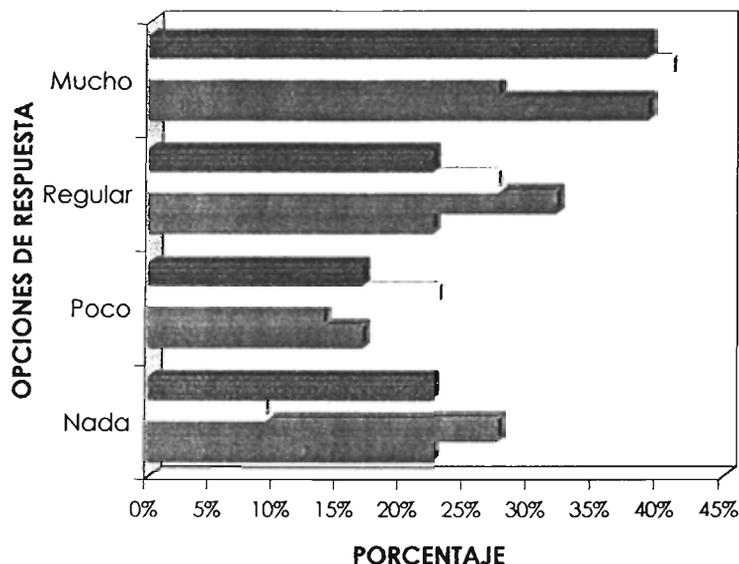
OPCIONES DE RESPUESTA

La tabla siguiente indica, la preocupación que tienen los preadolescentes por la forma de su cuerpo, mostrando que a todos los grupos de preadolescentes sí les preocupa, en especial a las mujeres, tanto maltratadas (39%) como no maltratadas (41%), al igual que los hombres no maltratados (39%), sin embargo, los hombres maltratados sobresalen con una preocupación menor a la que refieren, esta es de tipo regular de acuerdo a su propia percepción, cubierta con un 32%.

Tabla 19

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta me preocupa la forma de mi cuerpo				
	Maltratado xx	Maltratado xy	No maltratado xx	No maltratado xy
Nada	22%	27%	9%	22%
Poco	17%	14%	23%	17%
Regular	22%	32%	27%	22%
Mucho	39%	27%	41%	39%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

FIGURA 32. ME PREOCUPA LA FORMA DE MI CUERPO



	Nada	Poco	Regular	Mucho
■ No maltratados xy	22.20%	16.70%	22.20%	38.90%
■ No maltratados xx	9.10%	22.70%	27.30%	40.90%
■ Maltratados xy	27.30%	13.60%	31.80%	27.30%
■ Maltratados xx	22.20%	16.70%	22.20%	38.90%

De acuerdo a la tabla 20 se encontró que las preadolescentes mujeres maltratadas desearían que su peso fuera un poco menor al actual, no obstante el grupo de hombres preadolescentes maltratados y los grupos tanto de hombres como de mujeres preadolescentes no maltratados, predominan en que les agrada el peso que mantienen actualmente. Sin embargo una parte de estos últimos grupos manifiestan el deseo de pesar un poco menos.

Tabla 20

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta me gustaría pesar				
	Maltratado xx	Maltratado xy	No maltratado xx	No maltratado xy
Mucho más de lo que peso actualmente	6%	9%	4%	
Un poco más de lo que peso actualmente	11%	14%	22%	17%
Lo mismo que peso actualmente	17%	36%	32%	33%
Un poco menos de lo que peso actualmente	44%	27%	36%	33%
Mucho menos de lo que peso actualmente	22%	14%	4%	17%
Total	100%	100%	100%	100%

A continuación se presentan los datos obtenidos de la siguiente variable de estudio, con respecto a la actitud que tienen los preadolescentes hacia la obesidad; los cuales se presentan en las siguientes tablas y figuras.

De acuerdo a los resultados arrojados de la pregunta llegar a estar gordo (a), se observa que a los grupos de preadolescentes hombres maltratados (41%) y no maltratados (44%), así como a las mujeres no maltratadas (36%), les preocupa demasiado el llegar a estar gordos (as), mientras que a las mujeres maltratadas solo les preocupa el llegar a estar gordas (50%).

Tabla 21

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta llegar a estar gordo (a)				
	Maltrato xx	Maltrato xy	No maltrato xx	No maltrato xy
Me preocupa demasiado	28%	41%	36%	44%
Me preocupa mucho	50%	18%	18%	28%
Me preocupa de manera regular	17%	27%	18%	11%
Me preocupa poco	6%	9%	4%	
No me preocupa		4%	23%	17%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En la mayoría de las respuestas dadas a la pregunta pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas), en todos los grupos la mayoría mencionan que nunca han pensado algo negativo sobre las personas con obesidad, sobresaliendo más el grupo de hombres no maltratados (83%), sin embargo sólo una parte de las mujeres maltratadas (39%) y de las mujeres no maltratadas (32%) contestaron que a veces han pensado algo negativo sobre estas personas (ver tabla 22).

Tabla 22

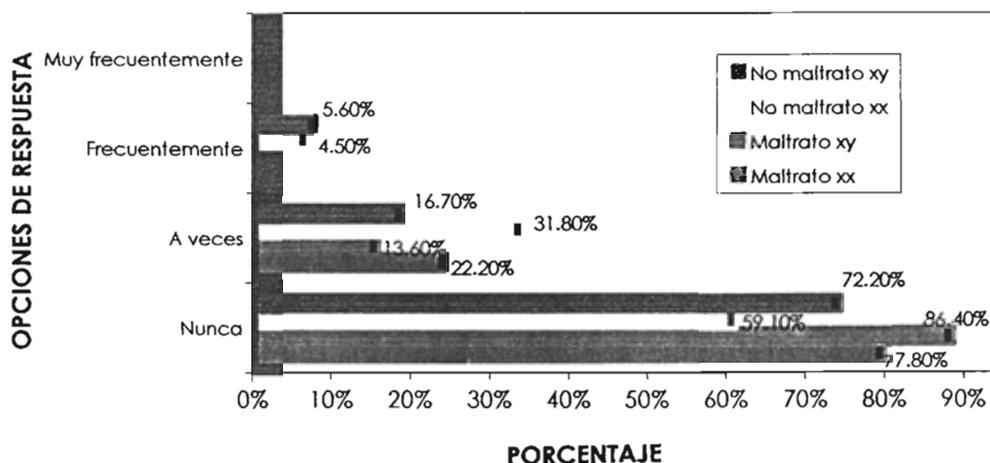
Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)				
	Maltrato xx	Maltrato xy	No maltrato xx	No maltrato xy
Nunca	39%	64%	50%	83%
A veces	39%	23%	32%	
Frecuentemente			4%	6%
Muy frecuentemente	6%		9%	6%
Siempre	17%	14%	4%	6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Las respuestas dadas a la pregunta "cuándo quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a)", se percibe que no han recurrido a la palabra "gordo(a)" para insultar a alguien, prevaleciendo los grupos de mujeres maltratadas (78%), hombres maltratados (86%) y no maltratados (72%), mientras que el grupo de mujeres no maltratadas lo ha hecho algunas veces.

Tabla 23

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta Cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a)				
	Maltrato xx	Maltrato xy	No maltrato xx	No maltrato xy
Nunca	78%	86%	59%	72%
A veces	22%	14%	32%	17%
Frecuentemente			4%	6%
Muy frecuentemente				
Siempre			4%	6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

FIGURA 33. CUANDO QUIERO INSULTAR A ALGUIEN LO LLAMO GORDO (A)

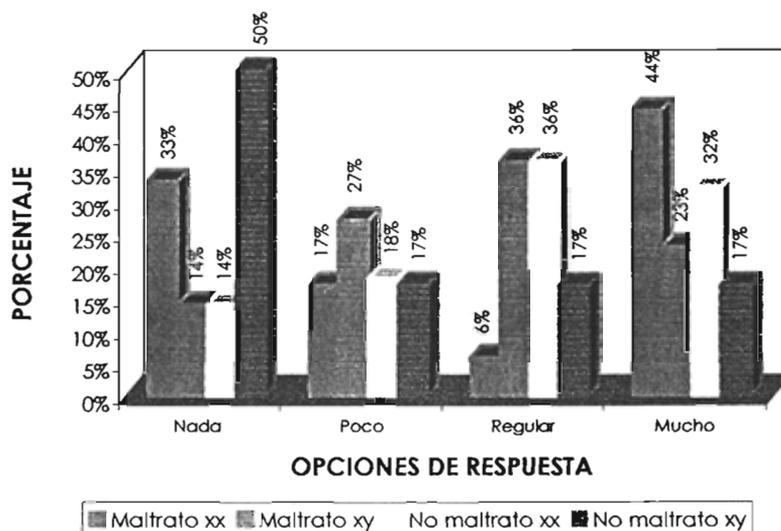


La tabla 24 indica que los preadolescentes al responder a la pregunta ¿admiro a las personas delgadas?, las preadolescentes maltratadas admiran mucho a las personas delgadas, mientras que los preadolescentes hombres maltratados al igual que las mujeres no maltratadas admiran a las personas delgadas de forma regular, y a diferencia de estos, los preadolescentes hombres no maltratados no admiran a las personas delgadas.

Tabla 24

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta admiro a las personas delgadas				
	Maltrato xx	Maltrato xy	No maltrato xx	No maltrato xy
Nada	33%	14%	14%	50%
Poco	17%	27%	18%	17%
Regular	6%	36	36%	17%
Mucho	44%	23%	32%	17%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

FIGURA 34. ADMIRO A LAS PERSONAS DELGADAS



A la pregunta, según yo, un niño (a) atractivo es:, los grupos de preadolescentes no maltratados hombres y mujeres, así como el grupo de hombres maltratados, consideran a una persona atractiva como aquella que no esta ni gorda, ni delgada, y a diferencia de estos grupos, las mujeres maltratadas creen que una persona atractiva es delgada.

Tabla 25

Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta Según yo, un niño (a) atractivo es:				
	Maltrato xx	Maltrato xy	No maltrato xx	No maltrato xy
Muy gordo			4%	
Gordo		4%	9%	6%
Ni gordo ni delgado	39%	64%	54%	56%
Delgado	44%	32%	27%	33%
Muy delgado	17%		4%	6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

Una vez presentado el perfil de la muestra, se procedió a determinar si las diferencias observadas en el análisis descriptivo de las variables de estudio, entre los grupos resultaron estadísticamente significativas.

Al respecto el primer análisis correspondió a la determinación de diferencias entre los grupos en lo que respecta a la figura actual e ideal, para tal efecto, se utilizó el análisis de varianza de una clasificación (ONEWAY), observando los siguientes resultados:

Tabla 26

ANOVA Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal en preadolescentes xx / xy					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	4.761	3	1.587	.346	.792
Dentro de los grupos	348.126	76	4.581		
Total	352.888	79			
Medias de Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal en niños (as) maltratados y no maltratados					
Mujeres maltratadas	Hombres maltratados	Mujeres no maltratadas	Hombres no maltratados		
$\bar{X}_1 = 3.5556$ $S_1 = 2.14811$	$\bar{X}_2 = 2.8636$ $S_2 = 1.83343$	$\bar{X}_3 = 3.1364$ $S_3 = 2.39634$	$\bar{X}_4 = 3.1667$ $S_4 = 2.14887$		

En la tabla 26 se puede observar que existen diferencias entre los grupos maltratados y no maltratados, destacando el grupo de mujeres maltratadas de las no maltratadas y en el caso de los hombres, los no maltratados, son éstos grupos quienes presentan más insatisfacción. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas, ya que cuenta con un, $\alpha = .792 > \alpha = .05$.

Una vez que se realizó el análisis descriptivo de la variable actitud ante la obesidad, se decidió llevar a cabo el análisis de varianza de una sola clasificación (ONEWAY), para observar las diferencias entre los grupos y si estas diferencias fueron estadísticamente significativas, las cuales se muestran enseguida:

Como se puede ver en la tabla 27, aparece que las mujeres maltratadas y los hombres no maltratados marcan la diferencia con los otros grupos, ya que las diferencias son tendentes a ser estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$, pues cuentan con un $\alpha = .060$.

Tabla 27

ANOVA Actitud hacia la obesidad					
Según yo, un niño (a) atractivo es, por grupo de preadolescentes.					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	3.962	3	1.32	2.572	.060
Dentro de los grupos	39.025	76	.513		
Total	42.988	79			
Medias de Actitud hacia la obesidad					
Según yo, un niño (a) atractivo es, por grupo de preadolescentes.					
Mujeres maltratadas	Hombres maltratados	Mujeres no maltratadas	Hombres no maltratados		
$\bar{X}_1 = 3.7778$ $S_1 = .73208$	$\bar{X}_2 = 3.2727$ $S_2 = .55048$	$\bar{X}_3 = 3.1818$ $S_3 = .85280$	$\bar{X}_4 = 3.3889$ $S_4 = .69780$		

Dado que la condición de maltrato a lo largo de los diferentes análisis ha resultado un elemento importante, se realizó una comparación entre dichos grupos, tomando en cuenta el sexo de los sujetos, con la finalidad de determinar si dicha condición, resultaba un elemento importante en la diferencia entre los puntajes relacionados con la satisfacción con la figura. Para determinar la diferencia entre dichos grupos, se utilizó la prueba t de student para grupos independientes.

Tabla 28

Comparación por sexo en variables relacionadas con la satisfacción con la figura (prueba t)			
Me gustaría que mi cuerpo fuera como:	t	gl	Sig.
	-2.495	78	.015
Mujeres	\bar{X}		S
	2.4750		.71567
Hombres	2.9250		.88831

En la tabla 28 se muestran las diferencias entre el grupo de mujeres y hombres, encontrándose estadísticamente significativas. Es así como se rechaza la hipótesis $H_0 = X_1 = X_2 = 0$ a favor de la hipótesis de trabajo $H_{i2} = X_1 \neq X_2 = 0$.

De igual manera con la misma variable se llevó a cabo la comparación entre hombres y mujeres, donde únicamente fue significativa la pregunta; Cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a), como lo indica la tabla 29. Rechazando de esta forma la hipótesis $H_0 = X_1 = X_2 = 0$ a favor de la hipótesis de trabajo $H_{i5} = X_1 \neq X_2 = 0$.

Tabla 29

Comparación entre sexos en variables relacionadas con la Actitud hacia la obesidad (prueba t)			
Cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a)	t	gl	Sig.
	-2.241	78	.028
Mujeres	\bar{X}		S
	1.1750		.38481
Hombres	1.5500		.98580

Finalmente se realizó la comparación entre los grupos niños y preadolescentes con el propósito de comprobar las hipótesis de trabajo $H_{i3} = X_1 \neq X_2 = 0$ y $H_{i6} = X_1 \neq X_2 = 0$, por medio de reactivos que miden las variables de estudio y que recaben el mismo tipo de información, llevándose a cabo a través del cotejo de medias.

Tabla 28

Comparación por sexo en variables relacionadas con la satisfacción con la figura (prueba t)			
Me gustaría que mi cuerpo fuera como:	t	gl	Sig.
	-2.495	78	.015
Mujeres	\bar{X}	S	
	2.4750	.71567	
Hombres	2.9250	.88831	

En la tabla 28 se muestran las diferencias entre el grupo de mujeres y hombres, encontrándose estadísticamente significativas. Es así como se rechaza la hipótesis $H_0 = X_1 = X_2 = 0$ a favor de la hipótesis de trabajo $H_{i2} = X_1 \neq X_2 = 0$.

De igual manera con la misma variable se llevó a cabo la comparación entre hombres y mujeres, donde únicamente fue significativa la pregunta; Cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a), como lo indica la tabla 29. Rechazando de esta forma la hipótesis $H_0 = X_1 = X_2 = 0$ a favor de la hipótesis de trabajo $H_{i5} = X_1 \neq X_2 = 0$.

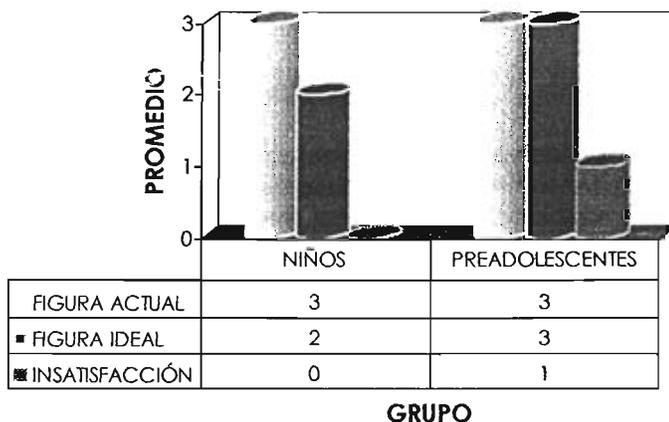
Tabla 29

Comparación entre sexos en variables relacionadas con la Actitud hacia la obesidad (prueba t)			
Cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo (a)	t	gl	Sig.
	-2.241	78	.028
Mujeres	\bar{X}	S	
	1.1750	.38481	
Hombres	1.5500	.98580	

Finalmente se realizó la comparación entre los grupos niños y preadolescentes con el propósito de comprobar las hipótesis de trabajo $H_{i3} = X_1 \neq X_2 = 0$ y $H_{i6} = X_1 \neq X_2 = 0$, por medio de reactivos que miden las variables de estudio y que recaben el mismo tipo de información, llevándose a cabo a través del cotejo de medias.

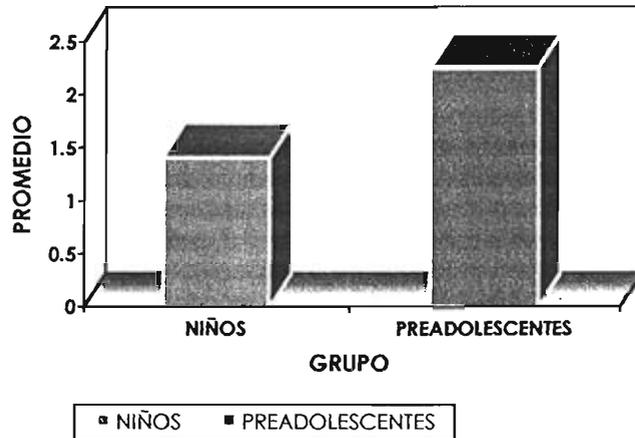
Con respecto a la variable Satisfacción / Insatisfacción se encontraron diferencias, en el caso de la figura ideal, puesto que los niños esperan verse más delgados, mientras que los preadolescentes consideran idóneo el peso normal. Sin embargo, refieren estar insatisfechos con su imagen corporal deseando estar mas delgados (insatisfacción positiva), mientras que el grupo de niños manifiesta satisfacción con su imagen corporal. Debido a que las diferencias no son estadísticamente significativas se rechaza la hipótesis de trabajo, $H_{i3} = X_1 \neq X_2 = 0$ a favor de la $H_o = X_1 = X_2 = 0$.

FIGURA 37. COMPARACIÓN ENTRE NIÑOS Y PREADOLESCENTES CON LA VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN



En cuanto a la variable Actitud hacia la obesidad se observó que a ambos grupos les preocupa el llegar a estar gordos, sin embargo, los niños refieren sentirse mal en caso de estar en dicha situación. Es por ello que se rechaza la hipótesis de trabajo, $H_{i6} = X_1 \neq X_2 = 0$ a favor de la $H_o = X_1 = X_2 = 0$.

**FIGURA 38. COMPARACIÓN ENTRE NIÑOS Y PREADOLESCENTES
CON LA VARIABLE ACTITUD HACIA LA OBESIDAD**



CAPÍTULO VII

*DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito determinar si existen diferencias significativas entre maltrato y no maltrato con la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la obesidad como factores de riesgo en los trastornos de la alimentación. Comparación que se realizó entre los grupos maltrato y no maltrato por edad (niño / preadolescente) y sexo. Ya que se decidió trabajar con dos muestras: N1= 80 niños, de los cuales n= 40 niños de 6 a 8 años y n= 40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, de una escuela pública que cursaban el nivel primaria, hijos de madres maltratadoras que asistieron a un Centro de Atención Psicoterapéutico, y N2= 80 niños, de los cuales n= 40 niños de 6 a 8 años y n= 40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, que cursaban el nivel primaria, hijos de madres que no ejercen maltrato, según refieren éstas mismas, a través de cuestionarios (ver anexos).

Es importante mencionar que el presente estudio es uno de los primeros en realizarse en lo que se refiere al maltrato en infantes relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, puesto que forma parte del proyecto de investigación "Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria", financiado por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).

Este estudio fue pre-experimental y de campo, debido a que se examinó un fenómeno poco estudiado y se tuvo como propósito ver las diferencias que existen entre dos o más variables dentro de su ambiente natural y un diseño comparativo de 8 grupos no relacionados con observaciones independientes.

Se decidió trabajar con niños así como también con preadolescentes con el mismo tamaño de muestra como se indicó anteriormente, debido a que consideramos importante ampliar los resultados y saber las posibles diferencias de los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria, de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, puesto que este tipo de problemas se presentan en personas cada vez más jóvenes, y que el maltrato desafortunadamente se ejerce en la mayoría de las etapas de desarrollo. Entendiendo por maltratado a todas aquellas lesiones físicas o psicológicas no accidentales que son consecuencia de acciones físicas, emocionales, o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal en el niño (Martínez y De Paúl, 1993).

Cabe destacar en primer término los datos sociodemográficos de las muestras, en donde se encontró que las mamás de nuestros sujetos de estudio, se encuentran en promedio en un rango de edad que va de los 34 a los 39 años, tanto en los grupos de niños como en los de preadolescentes, de esta misma forma en lo que respecta al nivel de escolaridad resaltan el medio superior y el profesional en ambas muestras, así como también destaca el estar casada o vivir en unión libre, al igual que predomina la situación laboral de desempleo, sin embargo, dentro de las mamás que sí tienen un trabajo remunerado sobresalen los grupos del sexo masculino maltratados en niños y preadolescentes, con una ocupación de empleada. Por lo que identificamos una probable frustración, puesto que al analizar los datos observamos que a pesar de tener un nivel de estudios con el que se pueden desenvolver ampliamente en un buen ámbito laboral, no lo hacen, posiblemente viviéndolo como fracaso, ya que el papel que ahora representan no sólo es de madre y ama de casa como la sociedad lo estipula, sino también, abarca el ámbito laboral ya sea por su deseo de realizarse o por cubrir las necesidades económicas del hogar, aunque también por su tipo de trabajo de estatus o rutinario tienen que asumir una doble jornada de trabajo, remunerado y en casa; descargando en sus hijos el stress y la tensión que esta situación les produce, como lo mencionan Gracia y Musitu (1995) que dentro de los factores de riesgo para ejercer maltrato sobre sus hijos existe una pérdida de rol, una pérdida de autoestima y de poder, insatisfacción laboral y tensión en el trabajo. Así mismo Gómez (1995) dice que el maltrato y el abandono psicológico se producen en situaciones de pobreza y desempleo que generan situaciones de frustración e impotencia. Sin embargo, refiere aparecen de manera mas frecuente en las clases media o media-alta con ambientes alienantes o totalmente desadaptados a las necesidades del niño.

En cuanto a los datos referidos por las mamás, primeramente se observan los problemas que han tenido los niños(as) y preadolescentes (hombres y mujeres) en los últimos meses, entre los que se encuentran, problemas académicos, problemas de disciplina, ninguno, problemas con otros niños, problemas en su alimentación, dos o más de los ya mencionados u otro, con esto aparece que en su mayoría las niñas no maltratadas no han presentado ningún problema, mientras que las niñas maltratadas han presentado problemas en su alimentación, así como la combinación de dos o más de los problemas ya mencionados, de igual forma que el grupo de los niños maltratados.

Con los datos referidos por las madres de los niños(as) respecto al peso y la estatura, se obtuvo el indicador peso para la talla y se observó que únicamente el 5% de las niñas maltratadas están dentro del bajo peso,

mientras que un 42% de éstas, y un 68% de las no maltratadas se encuentran en el peso normal (OMS, 1983). En cuanto a los niños se distingue que sólo el 10% de los maltratados se encuentran en el bajo peso, y un alto porcentaje (52%) en el peso normal, así como el 50% de los no maltratados. En los preadolescentes (xx y xy) se adquirió el Índice Nutricional para saber cual le correspondía a cada grupo, la información obtenida indicó que las mujeres tanto maltratadas como no maltratadas tuvieron un Índice Nutricional de emaciación (4% y 11% respectivamente), sin embargo, en promedio los grupos de mujeres maltratadas y no maltratadas así como los hombres maltratados, se encontraron dentro del peso normal, y a diferencia de éstos los hombres no maltratados tienen sobrepeso (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo, Oampo y Mancilla, 2001).

De acuerdo a la percepción que tienen las mamás con respecto a sus hijos, y según los datos arrojados, predomina en los niños maltratados una visualización de complexión delgada y de una complexión normal en los niños no maltratados. La complexión del hijo preadolescente según su mamá independientemente si es maltratado o no, en su mayoría los ven o creen que están dentro de un peso normal, posteriormente un porcentaje considerable de las mamás creen que sus hijos tienen sobrepeso. Mientras que los grupos de mujeres maltratadas, tanto niñas como preadolescentes, sus mamás las perciben delgadas, en cambio a las no maltratadas las visualizan con peso normal.

Es relevante mencionar lo que las mamás indican, respecto al estilo o forma de disciplinar a sus hijos, apareciendo los regañones, prohibiciones, 2 ó mas formas (entre las anteriores también están los castigos, premios, golpes y chantajes), además de la opción de otros (aquí contamos con el hablar con ellos). Sin embargo, sólo en el grupo de preadolescentes varones no maltratados son los únicos que reciben premios como forma de disciplina. Por otra parte las mamás manifiestan no comparar a sus hijos con otros niños la mayor parte de las veces en lo que respecta a los niños y niñas no maltratadas, sin embargo, tanto en niños como en niñas maltratadas esto no es igual, ya que sus mamás si los han llegado a cotejar con otros niños en algunas ocasiones. Como Loredo (1994) menciona que en la cultura mexicana anteriormente el maltrato hacia los niños no era tan evidente como en la actualidad, pues el ejercer maltrato sobre los hijos era una forma de disciplina o castigo aceptado, donde los hijos eran considerados como propiedad de los padres y por tanto tenían derecho sobre ellos.

Cabe mencionar que, Gómez Pérez-Mitré (2001), menciona sobre los factores de riesgo que son aquellos que tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste y desequilibrio, ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Por tal

motivo se decidió trabajar como variables de estudio relacionadas con la imagen corporal: (satisfacción/ insatisfacción) y actitud hacia la obesidad.

En lo que respecta a la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal, se entiende que tiene un origen de carácter psico-social y de naturaleza cognoscitiva en el que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, por otro lado, es actitudinal ya que además de conocimientos expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

Con lo antes mencionado pudimos observar en la elección de la figura real y la figura ideal, que en las mujeres maltratadas (niñas 47% y preadolescentes 39%) manifestaron percibirse así mismas con sobrepeso, anhelando como figura idónea el bajo peso, de forma similar las mujeres preadolescentes no maltratadas se visualizan con sobrepeso, deseando tener un peso normal, no obstante las niñas no maltratadas (59%) se ven con peso normal deseando, un porcentaje cercano al antes mencionado, para mantenerse en este mismo peso. Por medio de la elección de estas figuras observamos que tan satisfechas o insatisfechas están los grupos del sexo femenino, indicando que todas se inclinan hacia una insatisfacción positiva, es decir, desean ser más delgadas, sin embargo, en las mujeres maltratadas (niñas 74% y preadolescentes 67%), predomina aún más su porcentaje de insatisfacción. Información que podemos corroborar con los resultados encontrados por Gómez Pérez-Mitré (1999), en su estudio con preadolescentes mexicanos y donde 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. Por otra parte González y cols. (1999) en determinadas investigaciones han observado que la percepción del cuerpo infantil esta relacionada con las preferencias y creencias de las madres, a la presión del medio social y los medios de comunicación que afectan la aceptación corporal.

Relevante es que tanto el niño como el preadolescente varón maltratado, un alto porcentaje se aprecia con un peso normal y a la vez pretenden continuar con esta misma figura, en cuanto a los hombres no maltratados de 6 a 8 años creen tener un bajo peso y los hombres de 9 a 12 años, también no maltratados, consideran de forma equitativa en peso normal y sobrepeso, empero, ambos grupos pretenden continuar con un peso normal.

Ahora bien, en cuanto a la satisfacción de los varones maltratados niños y preadolescentes registraron querer bajar de peso mostrando insatisfacción

positiva, al igual que los preadolescentes no maltratados y a diferencia de éstos los niños no maltratados refieren estar satisfechos.

Hemos visto mediante el análisis descriptivo que la insatisfacción está presente en mayor proporción en las mujeres niñas y preadolescentes maltratadas las cuales están en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria debido a creencias falsas sobre la imagen estereotipada que existe de la "delgadez", esto se puede deber a la mala

información manejada quizás por los mismos padres y por la sociedad, ya que esta misma está obsesionada con la talla, la buena figura y el bajo peso como lo indica Marson (2000) puesto que la mayoría de las mujeres que presentan trastornos de la alimentación tienen distorsionada su propia imagen corporal; y a su vez la falta de una buena percepción del alimento como un nutrimento. Es por esto que atribuimos las diferencias existentes en la muestra entre los grupos de maltrato y no maltrato, ya que si se distinguen uno del otro al analizar los datos, ya que son tendentes a ser estadísticamente significativas.

Por lo que es importante mencionar que a pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos maltrato y no maltrato, si se distinguen diferencias en hombres y mujeres, ya que las mujeres presentan una mayor insatisfacción inclinada al bajo peso, a diferencia de los hombres. Al comparar a los grupos de niños y preadolescentes se pudo observar diferencias entre éstos pero no fueron estadísticamente significativas.

Sin embargo, para confirmar lo anterior decidimos analizar otro factor de riesgo en la conducta de la alimentación, como lo fue la actitud hacia la obesidad, entendiéndose que obeso(a) es sinónimo de ser una persona "dejada" o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva, también, es sinónimo de poca salud y se puede definir a las personas obesas como feas, es decir, se tiene una preocupación excesiva de llegar a estar gordo(a) (Raich, 2000). Por lo que nos pudimos percatar que los preadolescentes tienden a preocuparse mucho o hasta demasiado por el llegar a ponerse gordos (as), sólo que en esta muestra no encontramos diferencia entre grupos de maltrato y no maltrato, ni por género, ya que en toda la muestra de preadolescentes manifestó preocuparse más del 50% entre las dos opciones de respuesta (me preocupa demasiado y me preocupa mucho), aunque al preguntarles si piensan cosas negativas de las personas obesas, su mayoría respondió que nunca o a veces, al igual que ante la pregunta cuando quiero insultar a alguien lo llamo gordo, por lo que creemos no suelen fijarse o bien no les afecta ni perjudica en su percepción por sí mismos el que otros sean

obesos (gordos/as), pero sí es de suma importancia para ellos que se lleguen a poner gorditos. Y reafirmando esto, cuando se les preguntó si admiraban a las personas delgadas, los porcentajes varían ante las opciones de respuesta en los cuatro grupos de preadolescentes. Relacionándolo así con Cervera y cols. (1990), quienes mencionan que el estar gordo o delgado va ser un valor o un contravalor según la moda alimentaria que impere en un momento o época determinada.

Como se ha mencionado para ampliar los resultados de nuestra investigación también se estudió esta misma variable con los niños de 6 a 8 años de edad, sólo que esta ocasión preferimos mencionar primero a los preadolescentes para mostrar de acuerdo con nuestra muestra, su actitud hacia la obesidad y de aquí partir si dicha preocupación que refirieron los preadolescentes hombres y mujeres, es igual o diferente que en los niños y niñas de 6 a 8 años. Y encontramos que éstos sí se sentirían mal en caso de llegar a ponerse gorditos(as), pues toda la muestra de los niños lo manifestaron. Ante la actitud que los niños y niñas tienen hacia la obesidad en lo que respecta a sus amigos, los datos arrojaron no importarles tanto, ya que mencionan serían buenos amigos, sin embargo, preferirían que la figura de sus amigos fuera delgada. Sólo las niñas maltratadas se diferencian del resto de los grupos de niños, puesto que la mayoría de éstas refieren se burlarían de ellos.

Es así como podemos decir que las diferencias estadísticamente significativas que observamos fueron solamente por sexo, encontrando una actitud negativa hacia la obesidad en el caso de las mujeres, de esta manera es como se acepta la hipótesis de trabajo 5. No obstante se encontraron diferencias con tendencia a la significancia en lo que respecta al maltrato y no maltrato, tanto en niños como preadolescentes, teniendo los niños maltratados una preocupación mayor hacia la obesidad, así como también las mujeres preadolescentes maltratadas.

Estos datos reafirman las investigaciones anteriormente realizadas por Gómez Pérez-Mitre, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), en donde aparece que niños muy jóvenes a partir de los 6 años tienen una clara actitud negativa hacia la obesidad, dando características de perezoso, sucio, etc., a figuras gruesas y adjetivos positivos a personas delgadas, reflejándose una realidad producto de un ecosistema sociocultural hipersaturado de ideas, valores, creencias y actitudes de estilo de vida de culto a la delgadez, en la que cada vez es más temprana la aparición y el riesgo a desarrollar trastornos de la alimentación. Sin embargo, es importante mencionar que el estudio de Gómez Pérez-Mitré y cols. (2001), no se encontraron diferencias por sexo, pero sí en los preadolescentes y adolescentes, como lo confirmamos en nuestra investigación en el caso de

preadolescentes y niños, donde no existieron diferencias entre los grupos de maltrato y no maltrato.

Por lo cual podemos indicar que el maltrato fue importante en nuestra muestra de estudio, debido a que los resultados fueron tendentes a ser significativos, por lo que consideramos que el hecho de no ser significativos se atribuye a la selección por grupo de maltrato y no maltrato, pues los grupos de madres consideradas como maltratadoras asistían a tratamiento psicoterapéutico, por lo que probablemente ya no maltraten tanto o con menor intensidad; mientras que los grupos de madres no maltratadoras fueron seleccionadas por medio de una escala de detección de maltrato, escala que como su nombre lo dice solamente detecta, empero, no registra un grado o nivel de intensidad, además de que la aplicación del instrumento se llevo a cabo sin supervisión directa, por lo que comentamos que en este caso no es conveniente manejarlo como un probable factor de riesgo, para presentar algún trastorno de la alimentación al grado de anorexia o bulimia, sin embargo, sería importante indagar aún más en esta problemática ampliando la muestra de estudio.

Al analizar ambas variables, nos pudimos dar cuenta que en los factores de riesgo, si se encontraron diferencias entre estas mismas, de esta forma consideramos interesante observar que el maltrato no es notable en cuanto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, y ante la actitud hacia la obesidad.

CONCLUSIONES

- Ψ El maltrato se puede contemplar como indicador importante en este estudio, puesto que los resultados fueron tendentes a ser significativos, para presentar los factores de riesgo.
- Ψ El sexo si fue un factor determinante para encontrar las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a las variables de estudio.
- Ψ La edad puede ser un factor importante, puesto que se observaron diferencias en cada una de las variables de estudio tanto en niños como en preadolescentes, hombres y mujeres.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Realizar programas informativos a niños, padres de familia y profesores sobre el maltrato y los trastornos de la alimentación.
- Profundizar en las características de personalidad de las mamás que maltratan y no maltratan para una mejor selección.
- Indagar con otros factores de riesgo de la conducta alimentaria, en lo que respecta al ser maltratado o no maltratado.
- Elaborar investigaciones en muestras más grandes de niños y preadolescentes relacionándose el maltrato y el no maltrato, con trastornos de la alimentación.
- Se sugiere realizar investigaciones de acuerdo a nivel social, económico y cultural.
- Analizar la existencia del maltrato y no maltrato, en sujetos con diagnóstico de algún trastorno de la alimentación.
- Se sugiere que al usar el instrumento de detección de maltrato la aplicación se lleve a cabo bajo supervisión directa y seguida de una entrevista profunda.
- Analizar los trastornos de la conducta alimentaria desde una perspectiva de género en las madres maltratadoras y no maltratadoras para futuras investigaciones.



REFERENCIAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Ψ Aber, J. L., Allen, J. P., Carlson, V. y Cicchetti, D. (1989), The effects of maltreatment on development during the early childhood: recent studies and their theoretical, clinical and policy implications. En Cicchetti, D. y Carlson, V. (eds.), Child Maltreatment, 579-620.
- Ψ Abraham, S., Collins, G. y Novdsieck, M. (1971). Relationship of childhood weight status to morbidity in adults. Health Reports, 86, 273-284.
- Ψ ADIMA, (1993), Guía de atención al maltrato infantil. Sevilla: Junta de Andalucía Conserjería de asuntos sociales.
- Ψ Ainsworth, M. D. S. (1980). Attachment and child abuse. En Gerber, G. y Zigler, E. (eds.) Child abuse: An agenda for action. New York: Oxford University Press.
- Ψ Ajuriaguerra, J. (1996). Manual de Psicopatología del niño. España: Masson.
- Ψ Allon, N. (1982). The stigma of overweight in every-day life. Psychological aspects of obesity, 130-174. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Ψ Alvarado, H. G. y Moreno, E. L. O. (2000). Socialización Familiar Alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ψ Aries, P. (1987). El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus.
- Ψ Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV) Barcelona: Masson.
- Ψ Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Breviario: Criterios diagnósticos (DSM-IV-TR) Barcelona: Masson.
- Ψ Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.

- Ψ Ausebel, D. P. y Sullivan, E. V. (1991). El desarrollo infantil. El desarrollo de la personalidad. Tomo II. México: Paidós.
- Ψ Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ψ Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Ψ Berk, L. E. (2000). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Prentice Hall.
- Ψ Björntorp, P. (1986). Fat cells and obesity. *Eating disorders: Psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*, 88-98.
- Ψ Bowlby, J. (1976). El vínculo afectivo. España: Paidós.
- Ψ Branguinsky, J. (1996). Obesidad y patología clínica y su tratamiento. Buenos Aires: Ateneo.
- Ψ Bray, G. A. (1976). The obese patient. Philadelphia: Saunders.
- Ψ Bronfenbrenner U. (1979). The experimental ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.
- Ψ Bruch, H. (1987). The Golden age. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Ψ Bruchon, S. (1992). Psicología del cuerpo. Madrid: Herder.
- Ψ Cadena, V. L. M. (2002). Detección de los factores de riesgo de la conducta alimentaria asociados con el afrontamiento al estrés en una población de adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ψ Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1970). Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ψ Casado, F. J., Díaz H. J. A. y Martínez G. C. (1997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos.
- Ψ Cerezo, M. A. y Frías, M. D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Abuse and neglect*, 18(1), 923-932.

- Ψ Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. Infancia y Aprendizaje, 71, 135-158.
- Ψ Cervera, E. S., Zapata, G. R., Gual, G. P., Quintanilla, M. B. y Arce, M. G. (1990). No te rindas ante los trastornos del peso. España: Rialp.
- Ψ Cervera, S., Casanova, J., Aguirre, M., Lahortiga, F. y Gurpegul, M. (1984). Anorexia Nerviosa. Madrid: Roche.
- Ψ Chinchilla, M. (1995). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: Ergon.
- Ψ Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, (6), 837-845.
- Ψ Clasificación Internacional de las enfermedades. (1986). Trastornos mentales del comportamiento y del desarrollo (CIE-10). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ψ Cobo, C. (1983). Paidopsiquiatría Dinámica I. Higiene infantojuvenil en nuestra sociedad española actual. Madrid: Servicio Científico Roche.
- Ψ Cooper, M. y Burrows, A. (2001). Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. Behavioral and cognitive psychotherapy, 29, 143 -149.
- Ψ Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.
- Ψ De Paúl, J., Alzate, R., Ortiz, M. J., Echeverría, A. y Arruabarrena, M. I. (1988). Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo. Vitoria-Gastéis: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ψ DeMause, L. (1974). Historia de la infancia. Madrid: Alianza
- Ψ DeMause, L. (1991). Historia de la infancia. Madrid: Alianza Universidad.
- Ψ Dencik, L. (1992). Infant feeding in Mali, West Africa: Variation in belief and practice. Social Science and Medicine, 27(7), 651 – 664.

- Ψ Díaz, H. (1995). Los derechos de los niños. Madrid: Consejería de salud.
- Ψ Díaz-Aguado, M. J. (1997). El desarrollo moral. En García Madruga, J. A. y Pardo, P. (eds.) Psicología Evolutiva Tomo II. Madrid: UNED.
- Ψ Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R. y Baraja, A. (1992). Educación y desarrollo de la tolerancia. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ψ Díaz-Aguado, M. J., Segura, M. P. y Royo, P. (1996). El desarrollo socio-emocional de los niños maltratados. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Ψ Dietz, W. H. y Gorimaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics, 75, 807-812.
- Ψ Dodge, K. A., Bates, J. E. y Pettit, G. S. (1994). Effects of physical maltreatment on the developmental of peer relation. Development and Psychopathology, 6, 43-55.
- Ψ Dubowitz, J., Black, M., Starr, R. y Zuravin, S. (1991). A conceptual definition of child neglect. Criminal justice and behavior, 20 (1), 8-26.
- Ψ Dunn, J. y Kendrick, C. (1986). Hermanos y hermanas. Madrid: Alianza Editorial.
- Ψ Eliot, A. y Baker, C. (2000). Maternal stressors and eating disordered adolescent girls. Family Therapy, 27, 165-178.
- Ψ Escudero, C. (1995). Maltrato emocional o psicológico. En M. Oñorbe, M. García y J. A. Díaz (coord.) Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario, Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ψ Fairburn, C. (1995). Overcoming binge eating. New York: Guilford.
- Ψ Fernández, R. y Toledo, F. (1984). Medidas preventivas y de educación sanitaria referidas a higiene, intoxicaciones, ecología y tráfico en la edad escolar, en Jano Medicina y Humanidades, 56-64.

- Ψ Florida DHRS, (1998). Child protective services investigation decision handbook. Tallahassee: Florida department of health and rehabilitative services.
- Ψ Fontana, V. (1963). The maltreated syndrome. New England Journal of medicine, 269(26), 1389-1394.
- Ψ Fontana, V. (1973). Somewhere a child is crying. Maltreated, curses and prevention. McMillan Publishing. Nueva York. Traducido al español bajo el título: En defensa del niño maltratado. Pax-México, 1979.
- Ψ Fotheringham, B. (1979). Child abuse, en Australia Family Physician, 8, 1259-1262.
- Ψ Gallardo, C. (1988). Malos tratos a los niños. Madrid: Narcea.
- Ψ Garbarino, J. (1993). ¿Qué es el maltrato psicológicos? Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ψ Garbarino, J., Guttman, D. y Seeley, J. (1986). The psychological battered child. London: Jossey Bass.
- Ψ García, J. (1995). Síndrome de abstinencia neonatal. En Oñorbe, M., García, M. y Díaz, J. A. (coord.) Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ψ Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Nueva York: Mazel.
- Ψ Garfinkel, P., Garner, D., Rose, J., Darby, P., Brandes, J., O'Hanlon, J., y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. Psychological Medline, 13, 821 - 828.
- Ψ Ginebra, (1983). Medición del cambio del Estado Nutricional. Organización Mundial de la Salud. En N.C.H.S. Growth Curves for Children. Birth - 18 years, 1977.
- Ψ Goff, J. L. (1969). La civilización del Occidente medieval. Barcelona: Amorortu.

- Ψ Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista mexicana de Psicología, 10(1), 17-27.
- Ψ Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Revista de Investigación Psicológica, 3, (1), 95-112.
- Ψ Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 1(16), 153-166.
- Ψ Gómez Pérez-Mitré, 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.
- Ψ 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.
- Ψ Gómez Pérez-Mitré, 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.
- Ψ Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M. T., Ocampo, T. M. T. y Mancilla, D. J. J. M.(2001). Índice de masa corporal en preadolescentes mexicanos y adolescentes mexicanas. Acta Pediátrica Mexicana, 22(3), 184-190.
- Ψ Gómez, T. I. (1995). Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares.
- Ψ González, L., Lizano, M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 16(1), 117-126.
- Ψ Goothuis, J. (1982). Increased child abuse in families with twins, en Pediatrics, 70, 769-773.

- Ψ Gracia, F. E. y Musitu, G. (1995). Modelos explicativos, factores de riesgo e indicadores de los malos tratos en la infancia. En maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario, Madrid: Consejería de Salud, 28-40.
- Ψ Green, F. (1975). Child abuse and neglect, en Pediatrics Clinics of North America, 22(2), 329-339.
- Ψ Grogan, S., Williams, Z. y Conner, M. (1996). The effects of viewing same-gender photographic models on body-esteem. Psychology of women quarterly, 20, 569-575.
- Ψ Gutzwillwe-Jurman, K. (2000). Relationship between eating disorder symptomatology and perceptions of closeness care giving and intrusiveness in the mother daughter relationship. Dissertation Abstracts International, 60.
- Ψ Harter, S. (1978). Effectancy motivation reconsidered: Toward a developmental model. Human development, 21, 34-64.
- Ψ Herzog, D. B. y Copeland, P. M. (1985). Eating disorders. Journal Medicine, 313, 295-303.
- Ψ Hirsch, J. y Leible, R. L. (1988). New light on obesity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 318, 509.
- Ψ Iwaniec, D. (1995). The emotionally abused and neglect child. Chichester: Wiley.
- Ψ Jacobson, R. S. y Straker, G. (1982). Peer group interaction of physically abused children. Child Abuse and Neglect, 12, 33-39.
- Ψ Johnson, C. (1982). Anorexia Nerviosa y Bulimia. Orlando, Florida: Academia Press.
- Ψ Johnson, S. E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. y Wakeling, A. (1998). Abnormal eating attitudes. En London school girls a prospective epidemiological study: Factors associated whit abnormal response on screening questionnaires. Psychological Medicine, 18, 615-622.
- Ψ Katz, J. L. (1985). Some reflections on the nature of the eating disorder: On the need for humility. International Journal of the eating disorders, 4, 617-626.

- Ψ Kaufman, J. y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? Am J Orthopsychiatry, 57, 186-192.
- Ψ Kempe, H. (1971). Pediatrics implications of the battered baby syndrome, en Archives of Disease in Childhood, 46, 28-37.
- Ψ Kempe, R. y Kempe, J. (1978). La relación madre e hijo. Buenos aires: Panamericana.
- Ψ Keogh, J. F. (1965). Motor performance of elementary school children. Monograph of the Physical Education Department, University of California, Los Angeles.
- Ψ Klimes, D. B., y Kistner, K. (1990). Physically abused preschooler's responses to peer's distress. Developmental Psychology, 26(4), 599-602.
- Ψ Lebovici, S. y Weil - Halpern, F. (1995). Psicopatología del bebé. Conductas alimentarias desviadas del niño de pecho (29). México: Siglo veintiuno editores.
- Ψ López, F. (1994). Los abusos sexuales de menores: Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.
- Ψ López, F. (1995a). Necesidades de la Infancia y protección infantil. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Ψ López, F. (1995b). Necesidades de la infancia: respuesta familiar. Infancia y sociedad, 30, 8-47.
- Ψ López, F. (1995c). Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amarú.
- Ψ López, F., Hernández, A. y Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: conceptos, prevalencia y efectos. Infancia y aprendizaje, 71, 77-98.
- Ψ López, P. (1995). Tratamientos y técnicas de intervención para los trastornos de la alimentación. Psicología Iberoamericana, 3(2), 47-52.
- Ψ Loredó, A. (1994). Maltrato al menor. México: Interamericana.

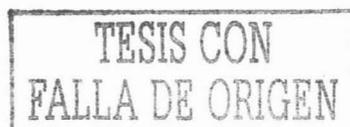
- Ψ Lynch, M. (1975). Ill-Health and child abuse. En Lynch, M. The Lancet, II, 317-319.
- Ψ Maharaj, S. (2000). The interpersonal context of diabetes mellitus: examining the links between eating disturbances, metabolic control, and the quality functioning among girls with type 1 diabetes. Dissertation Abstracts International, 60.
- Ψ Main, M. y George, C. (1985). Responses of abused disadvantaged toddlers and distress in agemates: A study in the day-care setting. Developmental Psychology, 21, 407-412.
- Ψ Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Álvarez, G., López, X. y Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16(1), 37-46.
- Ψ Mardomingo, M. J. (1985). Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia, en Anales Españoles de Pediatría, 22(23), 167-170.
- Ψ Marson, G. (2000). Touch and the development of body image disturbances among female college students. Dissertation abstracts international, 60.
- Ψ Martín, A. L. (1995). El riesgo de maltrato para la infancia en el contexto familiar. Infancia y Sociedad, 30, 145-149.
- Ψ Martínez, R. A. y De Paúl, J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Ψ McCandless, B. R. (1984). Conducta y desarrollo del niño. México: Interamericana.
- Ψ McCord, J. (1987). A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect, 7, 265-270.
- Ψ Meece, J. L. (2000). Desarrollo del niño y del adolescente para educadores. México: McGraw-Hill.
- Ψ Mitchell, J. E., Davis, L., Goff, G. y Pyle, R. A. (1986). A follow-up study of patients with bulimia. International Journal Eating Disorders, 5, 441-450.
- Ψ Moreno, J. K., Selby, M., Aved, K. y Besse, C. (2000). Differences in family dynamics among anorexic, bulimic, obese and normal

- women. Journal of Psychotherapy in Independent Practice, 1(1) 75-87.
- Ψ Moser, R. M. y Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorders of infancy or early childhood, en Lewis, M. Child and adolescent psychiatry. Williams and Wilkins, EUA.
- Ψ Mueller, E. y Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. En Cicchetti, D. y Carlson, V. (eds.), Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press.
- Ψ Mussen, P. (1965). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Ψ Noguero, V. (1996). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil, En Casado, J., Díaz, J. A. y Martínez, C. (dir.) Niños maltratados, Madrid: Díaz de Santos.
- Ψ Oceano, G. (2000). Psicología del niño y del adolescente. Tomo I. Barcelona: Oceano Grupo Editorial.
- Ψ Organización Mundial de la Salud. (1983). Medición del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables. Ginebra: OMS.
- Ψ Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: Una visión de conjunto. Infancia y aprendizaje, 71, 69-76.
- Ψ Palacios, J., Moreno, M.C. y Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos y etiología. Infancia y Aprendizaje, 71, 7-22.
- Ψ Pedroza, I. (1976). La psicología evolutiva: Desarrollo del individuo normal por etapas. Madrid: Moravia.
- Ψ Pérez, E. J. R. (2002). Escala de detección de madres maltratadoras (EDMM). No publicada.
- Ψ Polivy, J. y Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal Consulting Clinical Psychological, 55, 635-644.
- Ψ Pumar, B., Tyorres, B., Rivera, A., Achucarro, C. y Herce, C. (1996). Intervención sistémica familiar en casos de maltrato infantil. En Espina, A. (ed.) Terapia familiar sistémica. Madrid: Fundamentos.

- Ψ Raich, R. M. (2000). Imagen corporal conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Ψ Rastam, M., y Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: A population-based study. Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30 (2), 283 – 289.
- Ψ Ritter, M. (1998). Mothers, daughters, culture and criticism: An examination of eating problems in adolescent girls. Dissertation Abstracts International: Section B; the Sciences and Engineering, 58 (9-B).
- Ψ Rogeness, G. A., Amrung, S. A., Macedo, C. A., Harris, W. R. y Fischer, Ch. (1986). Psychopathology in abused or neglected children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25(5), 659-665.
- Ψ Rouyer, M. (1982). Psychopatologie de la maltraitance. En Stratus, P. y Mancianux, M. (comp.) París: Lénfent maltraité. Fleurus, 103-131.
- Ψ Russell, G. F. (1977). The present status of anorexia nervosa. Psychology Medical, 7, 363-367.
- Ψ Saldaña, C. y Russell, R. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Ψ Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. Infancia y aprendizaje, 71, 59-68.
- Ψ Salzman, J. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. International Journal o Eating Disorders, 21.
- Ψ San Martín, H. (1984). Salud y enfermedad. México: La prensa médica mexicana.
- Ψ Sánchez, D. y Sequeiro, D. (1981). Nuestra experiencia hospitalaria del niño maltratado, en Actas del V Simposium de Pediatría Social. Tenerife, 374-400.
- Ψ Sánchez, E., Cañas, M. y Muriel, E. (1993). Guía de atención al maltrato infantil. ADIMA, 34-44.

- Ψ Saucedo, M. (1996). Factores de crianza e Interacción familiar, predictores de trastornos alimentarios. Tesis de maestría en Psicología Educativa no publicada. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Ψ Saulbury, F., Chobanian, M. Y Wilson, W. (1984). Child abuse parenteral hydrocarbon administration, en Pediatrics, 73(5), 719-921.
- Ψ Schmitt, B. y Kempe, H. (1980). Negligencia y abuso en la infancia. Tratado de Pediatría, VII(1), 104-108.
- Ψ Scott, D. W. (1986). Anorexia Nervosa: A review of possible genetic factors. International Journal Eating Disorders, 5, 1-20.
- Ψ Seirnan, R. L. (1981). The child as a friendship philosopher. In S. R. Asher and J. M. Gottman (Eds.) The development of children's friendships. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ψ Shaver, P. y Clark (1994). The Psychodynamics of adult romantic attachment, en Maisling J. y Bornstein, R. Empirical Perspectives on Object Relations Theory. American Psychological Association Washington.
- Ψ Shaw, D y Vondra, J. (1993). Chronic family adversity and infant attachment security. Child development, 64(5).
- Ψ Sherman, R. T. y Thompson, R. A. (1999). Bulimia. México: Trillas.
- Ψ Simón, R. C., López, T. J. L. y Linaza, I. J. L. (1998). La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y servicios Sociales.
- Ψ Simón, R. C., López, T. J. L. y Linaza, I. J. L. (2000). Maltrato y desarrollo infantil. Madrid: Comillas.
- Ψ Smead, V. S. (1985). Considerations prior to establishing preventive interventions for eating disorders. Ontario Psychologist, 17, 12-17.
- Ψ Snow, C. E. (1993). Families as social contexts for literacy development. In C. Daiute. New directions in child development, (61), 11 – 24. San Francisco : Jossey-Bass.
- Ψ Solloá, L. M. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño. México: Trillas.

- Ψ Solomons, G.(1981). Child abuse and developmental disabilities, en Developmental Medicine and Child Neurology, 21, 101-108.
- Ψ Spinello, T. M. (1998). Exploration of the relationship between female adolescent anorexics / bulimics and their mothers. Dissertation Abstracts International: Sections B: the Sciences and Engineering, 59(5-B).
- Ψ Stasch, M. y Reich G. (2000). Interpersonal relationship patterns in families with a bulimic patient: an interaction analysis. Praxis der Kinderpsychologie and kinderpsychiatrie, 49.
- Ψ Stein, A., Woolley, H. y McPherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. British Journal of Psychiatry, 175, 455-461.
- Ψ Stein, M. y Robinson, J. (2001). The feeding problems sleep disturbances, and negative behaviors in toddler. Journal of developmental and behavioral pediatrics, 22.
- Ψ Stierlin H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? España: Gedisa.
- Ψ Strober, M. y Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal Consulting Clinical Psychological, 55, 654-659.
- Ψ Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. y Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia restrictor distinction in anorexia nervosa. Parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. Journal Nervous Mental Disorders, 170, 345-351.
- Ψ Stunkard, A. J. (1990). The dieting depression: Incidence and clinical characteristics of untoward responses to weight reduction. American Journal of Medicine, 23, 77-86.
- Ψ Tanner, J. M. (1990). Foetus into man. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ψ Thompson, R. A. (1991). Attachment theory and research. Lewis, M. Child and adolescent psychiatry. Williams and Wilkins, EUA.
- Ψ Tonon, G. (2001). Maltrato infantil intrafamiliar: Una propuesta de intervención. Buenos Aires Argentina: Espacio.



- Ψ Unikel, S. C., Villatoro, V. y Medina, I. M. F. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Datos en población estudiantil del D.F. Revista de la Investigación Clínica, 52(2), 140-147.
- Ψ Vasta, R., Haita, M. y Miller, S. (1996). Psicología infantil. Barcelona: Ariel.
- Ψ Villa, I. (1995). Síndrome Alcohólico- Fetal. En M. Oñorbe; M. García, y J. A. Díaz, (coord.) Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde en ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ψ Wadden, T. A. y Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. Annals of Internal Medicine, 103, 1062-1067.
- Ψ Williams, H. G. (1983). Perceptual and motor development. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ψ Woolley, P. y Evans, W. (1955). Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. Journal American Medical Association, 158(2), 539-543.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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. Los datos que se obtengan serán confidenciales.

I. ALGUNOS DATOS DE USTEDES

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 checked="" 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 hermanos tiene el niño(a)? _____ ¿Qué lugar ocupa el niño(a) entre sus hermanos? _____

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 casada con su último cónyuge _____

11. ¿Trabaja actualmente? ()No (Pase a la pregunta 14)

- Sí, medio tiempo
 Sí, tiempo completo
 Sí, mas de tiempo completo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 desempleada
- No está empleada y está buscando trabajo
- No está empleada y no busca trabajo
- Estudia
- Mala salud
- Ama de casa
- Jubilada

Otra razón. ¿Cuál? _____

15. Si no está empleada ¿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 o alimentaron al niño(a) con:

- Leche materna
- Mamila. ¿Por qué? _____

17. ¿Asistió el niño(a) a la guardería?

- No. Entonces ¿Quién cuidaba del niño(a)? _____
- Sí. ¿Hasta que edad asistió? _____

18. Marque con una cruz (X) la o las opciones que considere que le han ocurrido al niño(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
- Ninguna

Otro. ¿Cuál? _____

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

	Muy frecuentemente	Algunas veces	Muy rara vez
Cónyuge			
Yo misma			
Hijos			
Otro familiar			

Ninguno

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

	Muy frecuentemente	Algunas veces	Muy rara vez
Cónyuge			
Yo misma			
Hijos			
Otro familiar			

() Ninguno

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

() Yo misma

() Cónyuge

() Hijos

() Ninguno

() Otro. Especifique _____

22. ¿Cuánto pesa el niño(a) _____ Kgs. Si no lo sabe ¿cuánto cree que pesa? _____ Kgs.

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

24. ¿Cuándo fue la última vez que pesó al niño(a)? Un mes o menos() Más o menos 6 meses()
Un año o más() Nunca() No me acuerdo()

25. ¿Qué tan satisfecha se siente con la forma de comer del niño(a)?

Mucho()

Regular()

Poco()

26. ¿Cuándo el niño(a) no quiere comer usted que hace?

Insiste()

Castiga()

Ofrece premios()

Regaña()

Lo deja sentado hasta que se acabe la comida()

Amenaza()

Deja que coma hasta que tenga hambre()

Otro(). Especifique _____

27. ¿Su insistencia para comer ha provocado que el niño(a) vomite?

Siempre()

A veces()

Nunca()

28. ¿Su niño(a) es lento(a) para comer?

Siempre()

A veces()

Nunca()

29. Usted cree que el niño(a) es:

() Obeso (gordito)

() Sobrepeso (llenito)

() Peso normal

() Delgado (flaquito)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30. ¿Compara negativamente a su niño(a) con otros niños(as)?

Siempre()

A veces()

Nunca()

31. ¿Qué tan exigente se considera con el desempeño de los niños en la escuela?

Mucho()

Poco()

Nada()

32. ¿Cree que el niño(a) utilice pretextos para no comer, como dolor de cabeza o de estómago?

Siempre()

A veces()

Nunca()

33. ¿El niño(a) come frente a la televisión?

Siempre()

A veces()

Nunca()

34. ¿Cómo disciplina al niño(a)?

() Regaños

() Prohibiciones

() Golpes

() Premios

() Chantajes

Otros. Especifique _____

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

Nunca()

A veces()

Siempre()

36. ¿Qué tanto participa el padre o el que cumple la función del padre en la educación del niño (a)?

Nunca()

A veces()

Siempre()

37. ¿El padre o el que cumple la función del padre reconoce cuando el niño(a) obtiene logros?

Nunca()

A veces()

Siempre()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA PARA DETECCIÓN DE M. M.

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

NÚMERO DE HIJOS: _____

RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (SI) (NO)

NÚMERO DE HERMANOS INCLUYÉNDOSE USTED: _____ LUGAR QUE USTED OCUPA ENTRE
ELLOS: _____ VIVE CON SU PAREJA: (SI) (NO)

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una serie de afirmaciones que describen diferentes reacciones madre/ hijo, por favor marque las opciones de respuesta que mejor describan la relación con su hijo (a) le pedimos que responda lo más honestamente posible. Le recordamos que sus respuestas son confidenciales y que usted puede decidir libremente si las responde o no, le pedimos que responda honestamente ya que no hay respuestas buenas ni malas.

Procure responder todas las preguntas.

Opciones de respuesta S= Siempre CS= Casi siempre A= A veces N= Nunca				
	Opciones de repuesta			
	S	CS	A	N
1. Daño a mis hijos emocionalmente	S	CS	A	N
2. Soy autoritaria con mis hijos	S	CS	A	N
3. Me cuesta trabajo controlarme cuando me enoja	S	CS	A	N
4. Maltrato a mis hijos físicamente	S	CS	A	N
5. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
6. Soy agresiva con mis hijos	S	CS	A	N
7. Los golpes son la mejor forma de educar a los hijos	S	CS	A	N
8. Me enoja con facilidad cuando no me obedecen	S	CS	A	N
9. Les grito a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
10. Me desquito con mis hijos cuando estoy molesta	S	CS	A	N
11. Descargo mi frustración con mis hijos	S	CS	A	N
12. Les grito a mis hijos cuando son necios	S	CS	A	N
13. Insulto a mis hijos	S	CS	A	N
14. Cuando les pasa algo malo a mí me da gusto	S	CS	A	N
15. A mis hijos les hablo con groserías	S	CS	A	N
16. A mis hijos les pego cuando me desobedecen	S	CS	A	N
17. Jaloneo a mis hijos, cuando no me hacen caso	S	CS	A	N
18. Insulto a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
19. Castigo a mis hijos quitándoles lo que más les gusta	S	CS	A	N
20. Insulto a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
21. Me molesta que mis hijos se rebelen	S	CS	A	N
22. Jaloneo a mis hijos cuando siento que mi pareja es más importante para ellos que yo.	S	CS	A	N
23. Jaloneo a mis hijos cuando me desobedecen	S	CS	A	N
24. Les grito a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
25. Insulto a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
26. Me niego, cuando mis hijos quieren hablar conmigo	S	CS	A	N
27. Crítico la música que les gusta a mis hijos	S	CS	A	N

28. Les prohíbo ciertas amistades	S	CS	A	N
29. Cuando mis hijos no hacen lo que les digo, los insulto	S	CS	A	N
30. Les niego permisos sin razón	S	CS	A	N
31. Golpeo a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
32. Daño a mis hijos	S	CS	A	N
33. Les pego a mis hijos porque piden demasiado	S	CS	A	N
34. Les pego a mis hijos cuando no hacen lo que les digo	S	CS	A	N
35. Chantajeo a mis hijos	S	CS	A	N
36. Controlo a mis hijos	S	CS	A	N
37. Menosprecio a mis hijos	S	CS	A	N
38. Le pego a mis hijos hasta cansarme	S	CS	A	N
39. Insulto a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
40. A mis hijos les exijo más de lo que pueden dar	S	CS	A	N
41. Comparo a mis hijos con otros niños	S	CS	A	N
42. Me irrita que mis hijos no hagan las cosas como yo quiero	S	CS	A	N
43. Les pego a mis hijos porque lloran	S	CS	A	N
44. Les grito a mis hijos porque me piden demasiado	S	CS	A	N
45. Educo a mis hijos como yo fui educada	S	CS	A	N
46. Soy muy fría con mis hijos	S	CS	A	N
47. Frente a mis hijos me cuesta trabajo aceptar mis errores	S	CS	A	N
48. En mi casa hago las cosas sin pedir opinión a mis hijos	S	CS	A	N
49. Amenazo a mis hijos con pegarles cuando hacen cosas que no me parecen	S	CS	A	N
50. Regaño a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
51. Jaloneo a mis hijos cuando lloran	S	CS	A	N
52. Les digo a mis hijos que son unos buenos para nada	S	CS	A	N
53. Cuando me piden dinero se los niego	S	CS	A	N
54. Cuando una persona se queja de mi hijo, creo más en la otra persona	S	CS	A	N
55. Escucho a mis hijos, cuando me cuentan sus problemas	S	CS	A	N
56. Entro al cuarto de mis hijos sin tocar la puerta	S	CS	A	N
57. Les pego a mis hijos cuando siento que mi pareja es más importante para ellos que yo.	S	CS	A	N
58. Regaño a mis hijos porque me quitan mucho tiempo	S	CS	A	N
59. Subestimo las capacidades de mis hijos	S	CS	A	N
60. Protejo a mis hijos	S	CS	A	N
61. Atiendo a mis hijos como una obligación	S	CS	A	N
62. Cuando me enojo, hago cualquier cosa para pegarles	S	CS	A	N
63. Les grito a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N
64. Cuando mis hijos toman mis cosas les pego	S	CS	A	N
65. Apoyo a mis hijos	S	CS	A	N
66. Me molesta que mis hijos me abracen	S	CS	A	N
67. Les pego a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
68. Les grito a mis hijos porque no aprecian lo que hago por ellos	S	CS	A	N
69. Insulto a mis hijos porque son muy necios	S	CS	A	N
70. Presiono mucho a mis hijos	S	CS	A	N
71. Les grito a mis hijos cuando son groseros	S	CS	A	N
72. Soy intolerante con mis hijos	S	CS	A	N
73. Insulto a mis hijos porque son muy agresivos	S	CS	A	N

74. Les dejo de hablar a mis hijos	S	CS	A	N
75. Les grito a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
76. Les brindo un trato bueno a mis hijos	S	CS	A	N
77. Hago sentir culpables a mis hijos	S	CS	A	N
78. Regaño a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
79. Les pego a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
80. Les grito a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
81. Insulto a mis hijos porque toman mis cosas	S	CS	A	N
82. Insulto a mis hijos porque son voluntariosos	S	CS	A	N
83. Les grito a mis hijos cuando me levantan la voz	S	CS	A	N
84. Rechazo a mis hijos	S	CS	A	N
85. Me enojo con mis hijos sin saber por qué	S	CS	A	N
86. Agredo a mis hijos cuando se burlan de mí	S	CS	A	N
87. Golpeo a mis hijos cuando ellos me retan	S	CS	A	N
88. Regaño a mis hijos porque me levantan la voz	S	CS	A	N
89. Les grito a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
90. Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
91. Cuando me enojo con mi pareja insulto a mis hijos	S	CS	A	N
92. Sé cómo tratar a mis hijos	S	CS	A	N
93. Insulto a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
94. Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	S	CS	A	N
95. Cuando me enojo con mi pareja, les grito a mis hijos	S	CS	A	N
96. Les grito a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
97. Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
98. Les pego a mis hijos cuando me contestan	S	CS	A	N
99. Insulto a mis hijos cuando llegan a casa a la hora que quieren	S	CS	A	N
100. Les pego a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
101. Insulto a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
102. Cuando mis hijos me contestan los insulto	S	CS	A	N
103. Les grito a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
104. Cuando recuerdo que fui abusada sexualmente me desquito con mis hijos	S	CS	A	N
105. Les pego a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
106. Jaloneo a mis hijos porque son más importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
107. Les pego a mis hijos por cualquier cosa	S	CS	A	N

Escala elaborada por el Doctor Jorge Pérez Espinosa
Centro de Atención Psicológico para Mamás (CAPSIM)
Av. Coyoacán # 1012 Int. 1 Col del Valle
Tel. 55-75-09-72
roge@servidor.unam.mx

CUESTIONARIO NIÑAS

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: _____

3. ¿Crees que hay comida o alimentos que hace que nos pongamos gorditas?

4. ¿Por qué? _____

5. ¿Te gustan los niños gorditos? SI NO

6. ¿Y tú cómo crees que estás?

Delgada

Gordita

Regular

7. ¿Si te pusieras gordita cómo te sentirías? _____

8. ¿Por qué? _____

9. Oye y te gusta cómo estás o quieres cambiar algo.

Me gusta cómo estoy

Subir de peso

Bajar de peso

10. Oye, ¿Si tuvieras una amiga gordita cómo serías con ella? _____

11. ¿Te gusta cómo eres o cómo estás? _____

12. ¿Por qué crees que hay niñas gorditas? _____

13. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas, escoge sólo una, como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (sólo 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)

14. Oye, ¿Cómo te gusta que sean tus amiguitas/os? _____

15. ¿Cómo a cual de estas niñas tu Mamá cree que te pareces?



Regular



Delgada

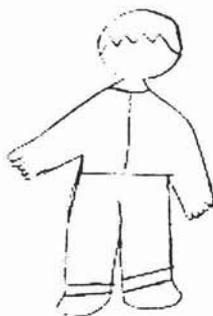


Gorda

16. A las niñas les gustan los niños:



Delgados



Gordos



Regulares

17. A tu maestra le gustan las niñas



Delgadas



Gordas



Regulares

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. Una niña sana es:



Gorda



Delgada



Regular

19. Las niñas que tienen más amigas son:



Gordas



Delgadas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. ¿Qué es preferible estar muy gorda o estar muy flaca?



Gordas



Delgadas

21. Dibuja una niña bonita:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22. Mis amigas me ven:



Flaca



Gorda



Regular

23. A ti te gusta jugar con niñas:



Flacas



Gordas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas, escoge sólo una como puedes ver cada una tiene un número. Escoge aquella figura (sólo 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)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO NIÑOS

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: _____

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

4. ¿Por qué? _____

5. ¿Te gustan los niños gorditos? SI NO

6. ¿Y tú cómo crees que estás?

Delgado

Gordito

Regular

7. ¿Si te pusieras gordito cómo te sentirías? _____

8. ¿Por qué? _____

9. Oye y te gusta cómo estás o quieres cambiar algo.

Me gusta cómo estoy

Subir de peso

Bajar de peso

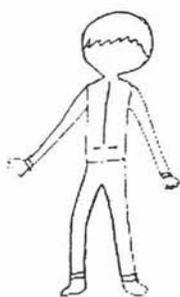
10. Oye, ¿Si tuvieras un amigo gordito cómo serías con él? _____

11. ¿Te gusta cómo eres o cómo estás? _____

12. ¿Por qué crees que hay niñas gorditas? _____

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

Mi cuerpo se parece más a:



(1)



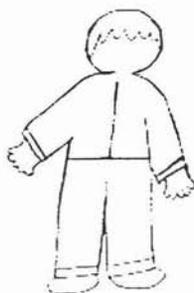
(2)



(3)



(4)



(5)

14. Oye, ¿Cómo te gusta que sean tus amiguitos/as? _____

15. ¿Cómo a cual de estos niños tu Mamá cree que te pareces?



Regular



Delgado



Gordo

16. A los niños les gustan las niñas:



Delgadas



Gordas



Regulares

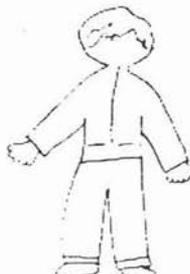
17. A tu maestra le gustan las niños



Delgados

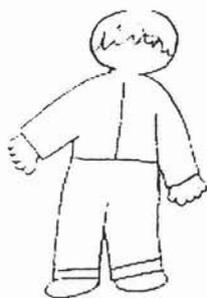


Gordos



Regulares

20. ¿Qué es preferible estar muy gordo o estar muy flaco?



Gordo



Flaco

21. Dibuja un niño guapo:

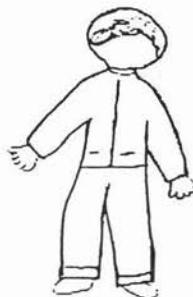
22. Mis amigos me ven:



Flaco



Gordo

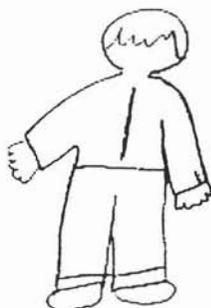


Regular

23. A tí te gusta jugar con niños:



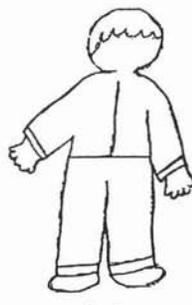
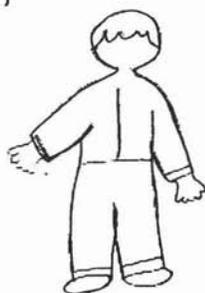
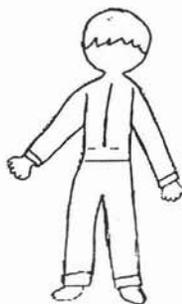
Flacos



Gordos

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:

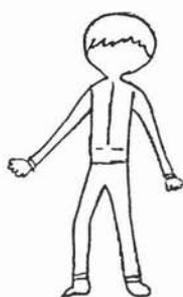


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. ¿Por qué crees que hay niñas gorditas? _____

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

Mi cuerpo se parece más a:



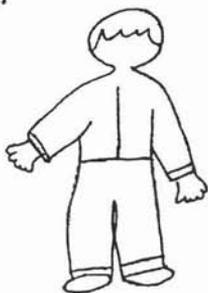
(1)



(2)



(3)



(4)

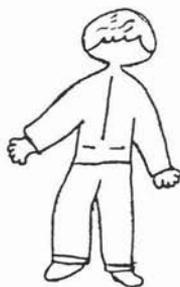


(5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Oye, ¿Cómo te gusta que sean tus amiguitos/as? _____

15. ¿Cómo a cual de estos niños tu Mamá cree que te pareces?



Regular



Delgado



Gordo

16. A los niños les gustan las niñas:



Delgadas



Gordas



Regulares

17. A tu maestra le gustan los niños



Delgados



Gordos



Regulares

18. Un niño sano es



Gordo

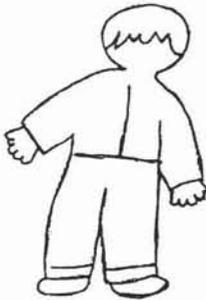


Delgado



Regular

19. Los niños que tienen más amigos son:



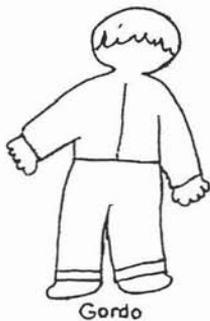
Gordos



Delgados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. ¿Qué es preferible estar muy gordo o estar muy flaco?



21. Dibuja un niño guapo:

22. Mis amigos me ven:



Flaco



Gordo

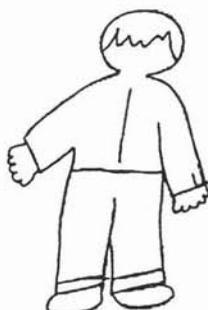


Regular

23. A tí te gusta jugar con niños:



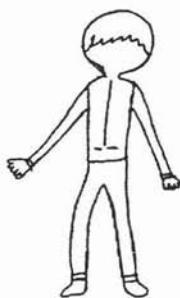
Flacos



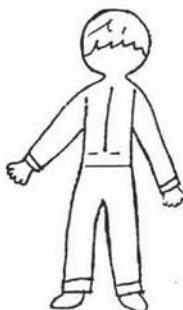
Gordos

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



(1)



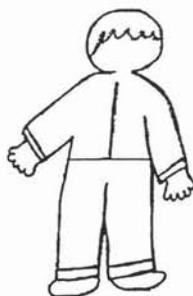
(2)



(3)



(4)



(5)

9. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?

NO.... () Pasa a la pregunta 11

SI.... () Pasa a la siguiente pregunta

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera \$42.50 el salario mínimo por día):

A) \$2000 o menos

B) \$2001 a 4000

C) \$4001 a 6000

D) \$6001 a 8000

E) \$8001 a 10000

F) \$10001 a 12000

G) \$12001 o más

12.- ¿ A que clase social crees pertenecer?

A)Alta

B)Media

C)Baja

13.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C) Tú

D) Tú, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

G) Otros : ¿Quién o quienes ? _____

14.- Años de estudio de tu padre :

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

15.- Años de estudio de tu madre :

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

4.- Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

5.- Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

6.- Mis padres o tutores me presionan (regañan, o amenazan con castigos) para comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

7.- Mis padres o tutores me hacen sentir mal por mi forma de comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

9.- Como a escondidas de mis padres

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

10.- Me levanto de la mesa hasta termine todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

11.- Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

14.- Mis padres o tutores me permiten que coma hasta que tenga hambre

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

24.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

25.- Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa de manera regular..... ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

26.- En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
- Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
- para subir de peso..... ()
- por otra razón..... () explica para qué _____

27.- En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Amiga(o)..... ()
- Doctor(a)..... ()
- Nadie, lo decidí yo mismo ()

28. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo mismo		

29.- En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Papá..... ()
- Nadie..... ()
- Otra persona, quién _____ ()

SECCION E

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A

()



B

()



C

()



D

()



E

()



F

()

G

()

(si no hay una figura que te guste, dibújala)

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1.-	Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()
2.-	Critican tu peso corporal	()	()	()	()	()	()
3.-	Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()
4.-	Te molestan porque quieren que estés más delgado.	()	()	()	()	()	()
5.-	Te molestan porque quieren que subas de peso	()	()	()	()	()	()
6.-	Se burlan de ti porque estas gordito.	()	()	()	()	()	()
7.-	Se burlan de ti porque estas flaquito	()	()	()	()	()	()
8.-	Se burlan de ti porque estás chaparrito.	()	()	()	()	()	()
9.-	Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()

2. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5

SECCION G

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



G
()
(si no hay una figura
que te guste, dibújala)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

Eres hija única ()

Eres la más chica ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres la mayor ()

9.- ¿Ya estás menstruando?

NO.... () Pasa a la pregunta 12

SI..... () Pasa a la pregunta siguiente

10.- Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11.- Tu menstruación se presenta....

regularmente (todos los meses)..... ()

irregularmente (unos meses sí, otros no)..... ()

12.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

A) \$2000 o menos

B) \$2001 a 4000

C) \$4001 a 6000

D) \$6001 a 8000

E) \$8001 a 10000

F) \$10001 a 12000

G) \$12001 o más

13.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C) Tú

D) Tú, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

G) Otros. ¿Quién o quienes? _____

14.- Años de estudio de tu padre :

A)Menos de 6 años

B)De 6 a 8 años

C)De 9 a 11 años

D)De 12 a 14 años

E)De 15 a 17 años

F)De 18 o más

G)Sin Estudios

15.- Años de estudio de tu madre :

A)Menos de 6 años

B)De 6 a 8 años

C)De 9 a 11 años

D)De 12 a 14 años

E)De 15 a 17 años

F)De 18 o más

G)Sin Estudios

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX
Versión 2003

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.**

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

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

2.- Grado que cursas: _____

3.- Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

4.-¿Cuánto pesas? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ Kg.

5.-¿Cuánto mides? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ Mts.

ESTA PARTE NO LA CONTESTES
E.r.: _____
P.r.: _____

SECCION B

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

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

2.-¿Cuándo sientes más hambre?

- Desayuno ()
Comida ()
Cena ()
Entre una comida y otra. ()

3.-¿Con que intensidad sientes hambre?

- Poca Regular Demasiada
() () ()

4.-¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre
() () (50% de las veces) Frecuentemente () ()
() () () () ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

5. Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

6. Mis padres o tutores me presionan (regañan, o amenazan con castigos) para comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

7. Mis padres o tutores me hacen sentir mal por mi forma de comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

9.-Como a escondidas de mis padres

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

10.-Me levanto de la mesa hasta terminar todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

12.-Trato de comer alimentos bajos en calorías por ejemplo: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

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

24. A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

25. A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

26. Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa de manera regular. ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

27. En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
- Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
- para subir de peso..... ()
- por otra razón..... () explica para que _____

28. En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Amiga(o)..... ()
- Doctor(a)..... ()
- Nadie, lo decidí yo mismo ()

29. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		

30. En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
Hermana(o)..... ()
Tía(o)..... ()
Abuelita(o)..... ()
Papá..... ()
Nadie..... ()
Otra persona, quién _____ ()

31. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
2 veces por semana..... ()
3 veces por semana..... ()
1 vez a la semana..... ()
ocasionalmente..... ()
No practico deportes..... ()

SECCION D

1. Llegar a estar gorda:

- me preocupa demasiado..... ()
me preocupa mucho..... ()
me preocupa de manera regular..... ()
me preocupa poco..... ()
no me preocupa..... ()

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- Muy satisfecha ()
Satisfecha ()
Indiferente ()
Insatisfecha ()
Muy insatisfecha ()

3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :

- Nada () Poco () Regular () Mucho ()

4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas) :

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

5.-Me gusta mirarme al espejo

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

6.-Cuando quiero insultar a alguien la llamo "gorda" :

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

7.-Admiro a las personas delgadas :

- | | | | |
|------|------|---------|-------|
| Nada | Poco | Regular | Mucho |
| () | () | () | () |

SECCION F

1. Marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Espalda					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Pompas					
Piernas					
Pantorrillas					

2. **Creo que estoy:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

3.. **Creo que mis padres o tutores me ven:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

4.. **Según yo, una niña atractiva es:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

5. **Creo que mis amigos y amigas me ven:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

6. **Me gustaría pesar:**

- mucho más de lo que peso actualmente.....()

Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Agil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN