



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO EN PREADOLESCENTES
Y EL DESARROLLO DE FACTORES DE RIESGO DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

CORREA SANTIAGO GABRIELA

GÓMEZ SOTO JESÚS

SALINAS ÁVILA MARÍA DE LOS ÁNGELES

DIRECTOR DE TESIS: DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRE

REVISOR: MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El presente trabajo lo dedico a:

Jesús, por tu apoyo, tu amor y comprensión, por estar en los momentos más tristes y difíciles, así como en los más felices de mi vida, muchas gracias por compartirte conmigo, por vivir y vivir conmigo.

Victoria mi madre, porque sabia que éste día llegaría. Por su amor, sus cuidados y su ejemplo. (luchadora incansable aun en la adversidad) Este logro también es tú logro. Te quiero. Gracias por siempre, gracias por todo.

Rodrigo mi padre, por quererme siempre.

Mis hermanos, por estar cerca.

Mis maestros, por compartirme sus conocimientos.

Mis amigas y amigos.

Atentamente

Gabriela Correa Santiago.

El presente trabajo lo dedico a:

Mi padre.

Porque siempre estuvo presente.

Mi madre.

Que me dio todo, sin esperar nada a cambio.

Por sus valiosos consejos y transmitirme sus valores.

Mi hermana.

Quien fue mi gran compañía en nuestra infancia.

Gabriela.

Por su amor sin condiciones, por enseñarme a descubrir lo importante de la vida, por su valentía y por caminar junto a mí. Porque sin su apoyo no hubiera sido posible.

Atentamente

Jesús Gómez Soto

El presente trabajo lo dedico a:

Dios, por la fortaleza espiritual que día con día cultiva en mi corazón.

Mi madre, por su amor, su paciencia, su apoyo incondicional y sobre todo, las palabras de afecto que a lo largo de mi vida han construido mi camino.

Beni, por todos los años de amor y confianza, por ser mi pareja y amigo. Y por compartir conmigo muchos días de sueños y alegrías.

Mis hermanas:

Lucero por su gran ayuda, su motivación, sus palabras de aliento y por ser la luz de mi camino. Verónica, gracias por ser mi hermana y porque yo sé que puedo contar contigo: "...no una ni dos sino contar contigo".

Alejandra, gracias por mostrarme en tus palabras el cariño que no pide nada a cambio;

Gaby y Chucho por ser mis compañeros en esta travesía.

Todas las personas que estuvieron cerca de mí en la consolidación de este proyecto.

Atentamente

Ma. de los Ángeles Salinas Ávila

**Deseamos expresar nuestro
agradecimiento a:**

La **Universidad Nacional Autónoma de México**
Por brindarnos la oportunidad de estudiar en ella.

Nuestra directora de tesis:

Dra. Gilda Libia Gómez Pérez-Mitré, por su
orientación y sugerencias y su invaluable ayuda
en la realización de este trabajo.

Nuestro revisor de tesis:

Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por todos
sus comentarios, observaciones y consejos.

Nuestros sinodales:

Mtra. Olga Livier Bustos Romero.

Mtra. María de la Luz Javiedes Romero.

Dra. Corina Cuevas Renaud.

Por sus observaciones y comentarios realizados a
nuestro trabajo.

Lic. Rosalía Rodríguez de Elías y

Lic. Silvia Platas Acevedo.

Por su gran apoyo y ayuda a lo largo de este
trabajo, por hacer más fácil el camino.

Mtro. Javier Moreno Tapia, por enseñarnos
herramientas en computo (EndNote), útiles para
la elaboración de la tesis.

A TODOS GRACIAS POR DEDICARNOS PARTE DE SU VALIOSO TIEMPO

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo 1	6
Los trastornos de la conducta alimentaria. (TCA)	6
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
ANOREXIA NERVOSA	10
Definición	10
Criterios diagnósticos.....	11
Sintomatología.....	12
BULIMIA NERVOSA	13
Definición	13
Criterios diagnósticos.....	14
Sintomatología.....	15
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	16
Definición	16
Criterios diagnósticos.....	16
TRASTORNO POR ATRACÓN	17
Definición	17
OBESIDAD.....	17
Definición	17
FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	18
Factores de riesgo asociados con imagen corporal.....	18
Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria	20
Factores de riesgo asociados con la maduración sexual.....	21
Factores de riesgo asociados con prácticas compensatorias.....	22
Factores precipitantes.....	22
Capítulo 2.....	25
Maltrato infantil.....	25
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	25
DEFINICIONES DE MALTRATO INFANTIL	29
TIPOS DE MALTRATO Y ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL	31
Maltrato físico	31
Maltrato emocional	34
Maltrato por negligencia.....	37

Abuso sexual	39
Síndrome de Munchausen por poderes.....	40
Abandono	41
Maltrato y negligencia intrauterina	42
Mendicidad	42
Maltrato alimentario.	42
Maltrato institucional	43
Explotación laboral	43
Algunas consecuencias del maltrato infantil	44
ORIGEN DEL MALTRATO: MODELOS	46
1 Explicaciones tradicionales e investigaciones empíricas.	46
2 El enfoque de la Interacción Social o modelos de segunda generación.....	49
3 Modelos de tercera generación	51
LA MADRE MALTRATADORA.	54
MITOS RESPECTO AL MALTRATO INFANTIL.....	58

CAPITULO 3 **59**

PREADOLESCENCIA **59**

PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	59
Edad moderna	59
Siglos XIX y XX.....	60
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	60
Desarrollo físico y madurez sexual	61
Características sexuales primarias	63
Características sexuales secundarias	63
Madurez sexual en las chicas.....	63
Madurez sexual en los chicos.....	63
DESARROLLO COGNOSCITIVO.....	64
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	69
Teoría de Sigmund Freud.....	69
Teoría de Ana Freud.....	70
Teoría de Erikson.	70
Teoría de Piaget.	71
Teoría de Vigotsky	71
DESARROLLO MORAL.....	72
Teoría de la moralidad de Piaget.	73
Teoría de Kohlberg	74
Teoría de Eisenberg	75
DESARROLLO SOCIAL	76
El autoconcepto y la autoestima	76
La familia	77
Los iguales.....	78
La amistad	79
La escuela	81

CAPITULO 483

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO83

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN83
PROBLEMAS ESPECÍFICOS83
HIPÓTESIS DE TRABAJO84
DEFINICIÓN DE VARIABLES84
TIPO DE ESTUDIO.....86
DISEÑO86
MUESTRA86
INSTRUMENTOS87
PROCEDIMIENTO87

CAPITULO 588

RESULTADOS88

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....88
2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.97
3. PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS..... 103

CAPITULO 6 107

DISCUSIÓN..... 107
CONCLUSIONES 109
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS 110

REFERENCIAS..... 112

ANEXOS 117

RESUMEN

La presente investigación¹ tuvo como propósito establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria compulsiva, así, como en la dieta restringida entre preadolescentes (niños y niñas) con madres maltratadoras y aquellos que tienen madres no maltratadoras, que asistían al quinto y sexto grado de primaria en escuelas públicas. El diseño del estudio fue de dos muestras con observaciones independientes, una formada por preadolescentes con maltrato y otra por preadolescentes sin maltrato. El tipo de investigación, fue de campo, exploratoria, correlacional y transversal. La muestra seleccionada quedó formada por 40 preadolescentes con madres maltratadoras y 40 preadolescentes con madres no maltratadoras. Para seleccionar a los niños, se aplicó a madres de distintos grupos de quinto y sexto de escuelas primarias oficiales, la Escala para detección de Madres Maltratadoras así como un cuestionario de datos sociodemográficos, y a los preadolescentes se les aplicó el estudio sobre alimentación y salud en preadolescentes forma XX y XY. Para el análisis de datos se usó el programa SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales) versión 11.0 para Windows. Al analizar las variables se observa que, en lo relacionado a la conducta alimentaria compulsiva, los preadolescentes con madres maltratadoras tienen una tendencia mayor a presentar esta conducta alimentaria anómala que los preadolescentes con madres no maltratadoras. Asimismo, en lo que se refiere a la dieta restringida se observa que son las hijas de las madres maltratadoras quienes mencionaron en mayor proporción haber realizado en el último año cambios en la alimentación para bajar de peso; sin embargo, estas diferencias en ninguna de las variables fueron estadísticamente significativas.

¹Este estudio forma parte de una investigación mayor denominada Programa Computarizado de Realidad Virtual. Modelo Escolar en la prevención de trastornos alimentarios y obesidad. financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica IN 305006 bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Peresmitré.

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento, comer es un acto social y esta socialización del comer se mantiene durante toda la vida. Si el comer puede y suele revestir forzosamente múltiples significados, más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer (Toro, 1996).

Actualmente se sabe, que enfermedades como la anorexia y la bulimia se han incrementado. Así mismo se han logrado identificar factores de riesgo relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), entre los cuales se encuentran los asociados a imagen corporal, la conducta alimentaria, la maduración sexual y las prácticas compensatorias (Gómez - Peresmitré, 2001). Sin embargo, en México existe poca investigación relacionada con el maltrato infantil y los factores antes mencionados, motivo por el cual el presente trabajo está enfocado a investigar la relación entre el Maltrato Infantil y la conducta alimentaria de riesgo; específicamente el maltrato que ejerce la madre y la conducta alimentaria compulsiva así como la dieta restrictiva.

Este trabajo está formado por dos partes, la primera corresponde al marco teórico el cual está conformado por tres capítulos: en el primer capítulo describimos los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mencionando algunos antecedentes históricos, criterios diagnósticos, sintomatologías y, por último, algunos factores de riesgo dentro de los cuales se menciona a la familia. En el capítulo dos se desarrolló el tema del maltrato infantil, incluyendo elementos tales como antecedentes históricos, definiciones, tipos de maltrato, consecuencias de éste y teorías sobre el origen del mismo. Asimismo, se abordó el tema de la madre maltratadora, y cómo es vista a veces, tratando de encontrar los elementos que las lleva a actuar de esa manera. En el capítulo tres se describe brevemente algunas aportaciones acerca de las teorías del desarrollo humano, con intención de conocer de manera general el desarrollo del vínculo que se da entre el niño y su madre, así como lo que conforma la preadolescencia, como lo son los cambios por los que está pasando el niño, desde los físicos, los cognoscitivos, los afectivos y sociales.

Finalmente, la segunda parte está constituida por el capítulo cuatro en el que se desarrolló el plan de investigación y la metodología; en el capítulo cinco, se dan a conocer los resultados empezando por la descripción de la muestra y las variables de estudio, a partir de las cuales se presenta en el capítulo seis, la discusión y conclusión al respecto.

Capítulo 1

Los trastornos de la conducta alimentaria. (TCA)

Buscar el placer alimentándonos no es un lujo y menos un pecado, es la búsqueda sana y natural de una sensación que el cuerpo sabe producir para incitarnos a sobrevivir. El sentido lógico de la vida normal de un individuo es la búsqueda de la felicidad, para lograrla nos dejamos conducir por instintos con el fin de satisfacer las necesidades específicas de la especie humana. Estas necesidades las contamos con los dedos de la mano; las más evidentes son la alimentación, el sexo, la búsqueda de una mejor posición social, el deseo de hacer funcionar el cuerpo, la comunicación, el amor por lo bello y por lo sagrado, entre algunos otros objetivos (Barrina, 1994, citado en 1986). En la sociedad actual, los trastornos del comportamiento alimentario se presentan con un carácter epidémico. El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos son practicados en función de la belleza corporal, ésta se basa en la delgadez (Toro, 1996).

Según García-Camba (2002) la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones y sus variantes, son enfermedades importantes de los últimos 25 años. En cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica, un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez. Los aspectos determinantes para que los TCA sean un grave problema sanitario en los países desarrollados son, en primer lugar, su prevalencia creciente; en el caso de la anorexia nerviosa, la cifra encontrada establece que entre el 0.5 y el 3.7 % de las adolescentes y mujeres jóvenes padecen dicho trastorno.

De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica, los trastornos de la ingesta aquejan de 710,000 a 1'420,000 personas. No obstante, otros datos señalan una cifra más elevada a la anterior; algunos

expertos consideran que unos ocho millones de estadounidenses padecen este trastorno, sobre todo si se toma en cuenta la ingesta compulsiva. Además, se sospecha que las bulímicas doblan el número de anoréxicas. En suma, una de cada diez adolescentes está en peligro de padecer un trastorno de la ingesta (Tannenhaus, 1999).

En el DSM-IV TR (APA, 2002) los trastornos alimentarios se definen por alteraciones graves de la conducta alimentaria; en la actualidad se habla principalmente de anorexia nerviosa y de bulimia. Por otro lado, estos trastornos se manifiestan en la infancia y la niñez a través de alteraciones persistentes de la alimentación y la ingestión alimentaria. Entre los trastornos incluidos encontramos los siguientes: pica, trastornos de rumiación y de la ingestión alimentaria.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Toro (1996) ha encontrado datos relevantes de diferentes épocas, donde los trastornos alimentarios eran conocidos con otros nombres y en los que la religión jugaba un papel importante; pues, la gente era sometida a ayunos totales o selectivos incluso como parte de sus celebraciones. Por ejemplo, en las escrituras bíblicas se hace referencia al ayuno como una forma de purificación.

En la Edad Media y anteriormente, aparecen bien descritas las restricciones alimentarias de trasfondo religioso. El ayuno servía para preservarse del mal y mantenerse en un estado de purificación. No todos los casos de ayunadoras santas o profesionales del ayuno estuvieron ligados a lo que se entiende hoy por anorexia nervosa, sus motivos no siempre eran la negativa a estar gordas o rechazar la comida, si no porque veían su cuerpo como un instrumento de pecado (Toro, 1996)

Las culturas de ámbitos religiosos, costumbristas o lucrativos predominaron entre los siglos XV al XVII. Desde el ascetismo medieval y renacentista hasta el puritanismo de la época victoriana, el ayuno tuvo connotaciones religiosas o morales (Chinchilla, 2003 b).

Muchas fueron las mujeres religiosas entregadas a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas y practicadas; entre ellas podemos mencionar a: Catalina

de Siena, Verónica Giuliani (santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina (Toro, 1996)

Un ejemplo de las ayunadoras es santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, quien murió en el 700 d. C. Esta doncella decidió entregar su vida a los estudios y la religión, pero su padre deseaba casarla con un príncipe extranjero, ella desafió los deseos de su padre. Se negó a comer, también le pedía a Dios que le arrebatara su belleza femenina, deseo que le concedió; a la par que desaparecía su menstruación, una poblada barba comenzó a desfigurar su rostro, la inanición masculinizó su cuerpo. El rey de Sicilia renunció a sus pretensiones y el padre de Wilgefortis procedió a crucificarla (Gómez, 2003).

En 1600 encontramos el caso de Jeanne Balam. Cuando ella contaba con 14 años de edad no comió ni bebió durante tres años, por lo cual un médico francés, Jacob Viverius, se dedicó a observarla siguiendo instrucciones del rey Enrique IV. La descripción que hizo físicamente de ella fue: “la parte inferior de su vientre es sumamente delgada y se hunde en ella (en la muchacha), y cae por los costados, y se prolonga así hasta su ombligo, no quedando nada del vientre que antes poseía...(hay un cartílago que pende del tórax, o esternón, al modo como un alero lo hace de un cobertizo” (Brumberg, 1988, citado en Toro, 1996). El médico, controlaba la posible presencia de heces u orina. Dada la ausencia de excrementos, “sus partes privadas eran limpias, por lo tanto, nada caía al suelo”. En conclusión, Jeanne debió ser una doncella milagrosa, cuya vida se mantenía gracias a la acción de Dios.

A partir del siglo XVII, el concepto que merecían las adolescentes y jóvenes milagrosas fue modificándose paulatinamente, aunque gran parte del pueblo mantuvo el convencimiento del carácter religioso y espiritual de los ayunos; sin embargo, la progresiva penetración de las actitudes y conocimientos científicos en el ámbito de la medicina fue minando el terreno de tales concepciones. La observación, la descripción sistemática de lo observado, la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos y los procedimientos de verificación de hipótesis se extendieron a paso lento. Este conjunto de hechos probablemente contribuyó a que las “doncellas milagrosas” se convirtieran simplemente en “muchachas ayunadoras” (Toro, 1996).

Uno de los casos más famosos fue el de Ann Moore, quien falseó información y ocultó su alimentación (no significa esto que su alimentación fuera normal); en ese momento no se buscaron explicaciones a su conducta y estado psicobiológico. Una vez descubierto el fraude, se entiende su proceder en el contexto sociocultural de la época y de la comunidad concreta en que vivía. Se trató de demostrar que no la mantenía con vida simplemente el espíritu santo; una vez conseguido el objetivo, las aguas podían volver a su cauce. Mas éste ya estaba removido, así también surgen nuevas interrogantes. Los sucesos de la joven ayunadora se presentan en un momento donde la sociedad laica y el espíritu científico ya están establecidos. Algunos médicos pretendieron observar y controlar el caso de Ann Moore, otros formulan hipótesis estrictamente referidas a fenómenos naturales. Las interpretaciones religiosas fueron cuestionadas, y los motivos de la abstinencia alimentaría debían buscar su origen en el organismo o en las decisiones (motivaciones) personales (Toro, 1996)

Las culturas ancestrales han aportado datos de interés en un intento de comprensión de la anorexia y la bulimia nervosas. En siglos pasados, el significado del cuerpo estuvo muy ligado a lo religioso (la culpa, el pecado, o la gloria); con el paso del tiempo, a finales del siglo XIX, Morton en 1889 consideró a las ayunadoras santas, posesas o endemoniadas. Las llamó enfermas (Chinchilla, 2003 b).

En la actualidad, distinguimos tres clases de trastornos de la alimentación: el rechazo compulsivo de los alimentos (anorexia nervosa), la sobrealimentación compulsiva (bulimia) y el sobrepeso crónico u obesidad. De ellos, la *anorexia nervosa* ha sido identificada y descrita como una enfermedad aparecida por primera vez a mediados del siglo XIX. La bulimia (también denominada bulimia nervosa, hiperexia nervosa y bulimarexia) fue nombrada trastorno en 1980 e incorporada en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III, citado en Rojo, 2003).

ANOREXIA NERVOSA

Definición

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan” y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. (Toro, 1996).

Señala Toro (1996) que el trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso en la edad de inicio del trastorno. Las etapas puberal y adolescente son, sin duda, los principales factores individuales de riesgo. Los cambios corporales dentro de las mujeres obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general, tras su imprescindible evaluación. En la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen, una pubertad precoz, un accidente desfigurador. Las críticas morfas referidas al cuerpo, los fracasos amorosos, el temor a terminar con un cuerpo como el del padre o la madre (obesos), y mil cosas más, pueden poner en marcha la decisión de adelgazar y, a partir de ésta, el proceso anoréxico.

El rechazo de la comida que define la anorexia está provocado por el terror a engordar. Pero no podemos equipararlo, en absoluto, a un cuadro de inapetencia en distintas etapas de la vida coincidiendo con la presencia de algún desajuste o problema. En la anorexia se recurre a cualquier medio para controlar el peso utilizando múltiples recursos: inhibidores de apetito, laxantes, diuréticos y ejercicio continuo (Strada, 2002).

La anorexia se define por conductas derivadas del miedo-pánico absurdo y obsesivo de estar gorda, tanto en el presente como en el futuro, y la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas, éstas son: selección, restricción y manipulación alimentarias, vómitos, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas, ayunos, etc. Al inicio se trata de una conducta intencionada de control de peso, pero más tarde se hace obsesiva. No es un síntoma, sino conductas alimentarias referidas a preocupaciones

perceptivas de la imagen corporal, lo cual en la actualidad tiene que ver con el cuerpo como distingo social, como competencia y como modo de vida -antes percibidos como asuntos religiosos o morales- (Chinchilla, 2003 b).

Criterios diagnósticos

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), las características diagnósticas de la anorexia nervosa son:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos.) (p. 249).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), la anorexia nerviosa se clasifica en:

- Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., provocación de 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 (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxante, diuréticos o enemas) (p. 250)

Sintomatología

El cuadro clínico y diagnóstico de la anorexia nervosa varía de unos autores a otros, según la perspectiva doctrinal o metodológica. Así, unos centran su atención en un síntoma, otros en el diagnóstico (Chinchilla, 1995). La sintomatología es sumamente variada y compleja, consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. Junto con los trastornos somáticos y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad y depresión -obsesivos y compulsivos- constituyen el entramado psicopatológico. La malnutrición, la autoimagen y la autoestima suelen ser negativas. Las relaciones interpersonales se alteran. El conflicto familiar, en la mayoría de los casos, es secundaria a la aparición del trastorno. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la disforia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocional y físicamente en el transcurrir de su malnutrición (Duker y Slade, 1992).

Estos mismos autores afirman que las anoréxicas sufren cambios físicos primarios y secundarios. Los primeros corresponden a la pérdida de peso, amenorrea o retardo de la menarquía. La amenorrea, por lo general, no es un síntoma inicial, sino posterior a esa conducta alimentaria y una consecuencia de la pérdida de peso; en el varón su equivalencia sería la impotencia y la ausencia de la libido. Los segundos son los siguientes: estreñimiento, vómitos, malestar especial en el estómago, caída de cabello, acrocianosis, mayor sensibilidad al frío, hipotensión bradicardia, hipotermia, crisis ortostáticas, edemas, disminución de la masa muscular, insomnio o dificultad para conciliar el sueño, crisis de bulimia, reacciones personales, interpersonales y alimentarias conflictivas, alteración perceptiva de la imagen corporal y de la sensación de hambre y saciedad, síntomas depresivos de otro tipo aparentemente larvados etc. Estos enfermos pierden el concepto de enfermedad.

El cuadro de diagnóstico no suele ser de instauración brusca sino lenta. Al principio, lo más interesante es la voluntad para adelgazar (seudoanorexia). La conducta alimentaria (control, selección, restricción) poco a poco se altera con la pérdida de peso y caquexia. Las profundas alteraciones perceptivo-cognitivas de verse gordas, aun estando esqueléticas, hacen que el cuadro evolucione con peores consecuencias (Chinchilla, 2003).

BULIMIA NERVOSA

Definición

Toro (1996) opina que la bulimia nervosa se refiere a un trastorno del comportamiento alimentario, aparecen episodios críticos donde la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo normal. Esta ingestión alimentaria se experimenta, paralelamente, a la sensación de pérdida de control sobre la comida.

La bulimia nervosa se caracteriza, según Chinchilla (1995), por un irresistible impulso a la ingesta episódica, incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos - ricos en calorías- durante un periodo de tiempo variado de unos minutos a horas.

Para García-Camba (2002) la bulimia nerviosa consiste en la aparición de episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito autoprovocado; el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos; el ayuno o el ejercicio excesiva. En la anorexia y la bulimia se encuentran alteradas la percepción de la forma y peso corporales.

La bulimia es similar y diferente a la anorexia nervosa. Las similitudes incluyen la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como, incomodidad cuando se come con otros individuos y la búsqueda de aprobación personal. También, muchas bulímicas han padecido anorexia previamente, aquellas que no han sido anoréxicas desean poder serlo, es decir, ser capaces de no comer. En cuanto a las diferencias se encuentran: la negación del problema; la anoréxica niega a los demás y así misma la existencia de un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras la bulímica, por lo general, rechaza la existencia de un problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales. Otra diferencia radica en que la anoréxica siempre le falta peso (por lo menos 15% por debajo del peso recomendado) y el de la bulímica puede estar en un límite bajo, normal, o tener sobrepeso. Cabe añadir, tanto la anoréxica como la bulímica exhiben una distorsión de la imagen corporal (esto es, el cuerpo se percibe erróneamente más grande de lo que realmente es); sin embargo la distorsión de la primera es más seria. Por último, el objetivo de la anoréxica es perder peso, pero la meta

de la bulímica es obtener un peso o figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

Criterios diagnósticos

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), las características diagnósticas de la bulimia nervosa son:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: Ingesta de alimento en un espacio corto de tiempo (p. ej., en un periodo 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.
- 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).
- 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.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. (pp. 250-251)

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), la bulimia nervosa se clasifica en:

- Tipo purgativo. Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito y ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes diuréticos o enemas durante el episodio. (p. 251)

Sintomatología

Existen dos componentes conductuales que caracterizan a la bulímica. El primero es cuando utiliza el alimento para fines no gustativos ni nutritivos, come de forma compulsiva, secreta y solitaria. El segundo está asociado con las conductas compensatorias como el vómito, el uso de laxantes y diuréticos (Zukerfeld, 1992).

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación de hambre compleja y ansiedad aguda. El malestar sólo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de los casos, la aparición de estos atracones precede a periodos de restricción alimentaria (Toro, 1996).

Para Tannenhaus (1999) la bulimia acarrea graves riesgos de salud, los cuales persisten mucho después de que la paciente asumió el trastorno de la ingesta; entre los riesgos más comunes pueden aparecer los siguientes:

- Problemas dentales. El estómago humano segrega ácido clorhídrico para ayudar a la digestión. Su revestimiento es especialmente resistente al contacto con este ácido, éste se neutraliza cuando se combina con la comida. Pero si se expone de manera persistente a zonas del cuerpo con las que naturalmente no está en contacto, como la boca y los dientes, el ácido clorhídrico puede ser extremadamente corrosivo. Años de vómitos ocasionan una grave enfermedad de encías, erosión del esmalte dental, caries e incluso pérdida de dientes.
- Dolores de garganta. Resultado del contacto del ácido estomacal con los tejidos de la garganta.
- Inflamación de las glándulas salivales. El vómito frecuente también provoca la inflamación e infección de las glándulas parótidas o salivales, situadas cerca del oído, lo que da a las mejillas un aspecto hinchado. Los casos más serios requieren cirugía.
- Debilidad muscular y disfunción cardíaca. El abuso persistente de diuréticos, además del vómito, puede causar deshidratación y desequilibrio de electrolitos. Estos minerales, como el potasio, desempeñan un importante papel en la función de los músculos y los nervios. Así, en los casos graves, provocan debilidad muscular, espasmos musculares y

latido irregular del corazón (arritmia cardiaca), en raras ocasiones, convulsiones epilépticas.

- Daño de los riñones. Otra consecuencia de la deshidratación y el desequilibrio de electrolitos.
- Ruptura y hemorragia del esófago. Ésta es una consecuencia rara del atracón y purga, no obstante algunas enfermas de bulimia nervosa la han padecido.
- Hernia hiatal. La presión creada por el vómito frecuente ocasiona esta forma de hernia; el estómago empuja hacia arriba a través del diafragma y produce una sensación de asfixia. Raramente ocurre en la bulimia, pero el riesgo es real.
- Úlceras y callos en los dedos y la mano. Con el fin de vomitar, una bulímica a menudo se mete uno o más dedos en la garganta. Esta práctica puede provocar callos en la mano si es raspada por los dientes, o si entra en frecuente contacto con el ácido que asciende.

Consecuencias del abuso de laxantes. Hay cólicos, dolor abdominal, inflamación anal y, en casos graves, incapacidad de controlar las evacuaciones de los intestinos. Por otra parte, el prolongado abuso de laxantes lleva a la dependencia: la paciente puede sentirse incapaz de evacuar sus intestinos si no utiliza el laxante (pp. 78-79).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Definición

Tannenhaus, (1999) define que la persona con algunos problemas alimentarios, mantiene su peso normal y no se atraca, pero de todos modos algunas veces vomita debido al temor irracional a engordar y no reúne los criterios de diagnóstico estrictos para la anorexia o la bulimia, se clasifica como un trastorno de la ingesta no especificado.

Criterios diagnósticos

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), las características diagnósticas de la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a aquella que no cumple los criterios para ningún trastorno como la bulimia y la anorexia. Algunos criterios son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o casi después de tres 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 compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (pp. 251-252).

TRASTORNO POR ATRACÓN

Definición

El primer intento de definición operativa lo realizó Spitzer (1992, citado en Chinchilla, 2003), reservando el diagnóstico de trastorno por atracón para aquellos pacientes que presentaban atracones de forma recurrente, sin las acciones de compensación posterior típicas de la bulimia nerviosa, pero con sentimientos de desazón tras los episodios .

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

OBESIDAD

Definición

Según el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica, caracterizada por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento de peso corporal es debido a un aumento de tejido adiposo (Chinchilla, 2003).

De acuerdo a la OMS (1992) la obesidad simple está incluida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE 10) como un padecimiento médico, no como un trastorno psiquiátrico; ya que no se ha establecido su asociación con síndromes psicológicos o conductuales. Sin

embargo, en muchos pacientes obesos hay presencia de factores psicológicos, los cuales desempeñan un papel importante en la etiología, y en ese caso hablamos de “factores psicológicos que afectan el estado físico”.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementa la probabilidad de enfermedad y facilita las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez-Peresmitré, 2001).

Los factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaría se han clasificado desde diferentes perspectivas. Gómez Peresmitré (2001) los divide en cuatro grandes grupos tomando en cuenta la naturaleza de las variables que empíricamente se han agrupado en función de resultados, entre ellos sus correlaciones y/ o sus contenidos: asociados con imagen corporal, con conducta alimentaría, relacionados con maduración sexual y con prácticas compensatorias.

Factores de riesgo asociados con imagen corporal

Los factores de riesgo asociados con la imagen corporal son: Satisfacción/ Insatisfacción; alteración (sobrestimación / subestimación); preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad / delgadez; autoatribución positiva / negativa; figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; atractividad ligada a la delgadez, entre otras (Gómez-Peresmitré, 1997).

La imagen corporal forma parte de los factores con mayor relevancia en el estudio de los trastornos de la alimentación. Gómez Pérez-Mitré (1999) afirma, basándose en sus estudios con preadolescentes mexicanas, que los factores asociados a la imagen corporal, entre ellos la insatisfacción y la alteración de la misma, se relacionan significativamente con conductas alimentarias dirigidas al control de peso; a su vez predice trastornos de la alimentación, remarcando la importancia del estudio de la imagen corporal como un factor decisivo en la

aparición de estos desórdenes de la conducta, los cuales atacan con mayor frecuencia en edades tempranas.

La imagen corporal es la representación mental de una persona sobre sí misma. Ésta se distorsiona de tal manera que desfigura el tamaño y la forma de algunas partes o de todo el cuerpo. Entre las consecuencias de esta distorsión están: el desagrado por su propio cuerpo; verse a sí misma más pesada de lo que es en realidad; la dieta le parece más urgente y necesaria, sin embargo, sólo conduce a más conductas bulímicas y provoca la desconfianza de las bulímicas hacia quienes les dicen verse estupendas (Sherman y Thompson, 1999).

La imagen del cuerpo se concibe como una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de sus experiencias. La sensación del cuerpo que tiene desde la niñez más temprana se modifica continuamente a lo largo de la vida, debido a los cambios físicos y biológicos (por ejemplo los que sufre en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Así mismo, el cuerpo toma ciertos modelos de belleza y de rol, ya que la imagen corporal es una representación evaluativa. El contexto socioeconómico y el entorno cultural también forman la imagen según la edad, género y clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas (Gómez-Peresmitré, 2001).

El nivel logrado de satisfacción / insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiada y mejor documentada como un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. La otra dimensión, igualmente estudiada, es la distorsión de la imagen corporal. La insatisfacción tiene un origen de carácter psicosocial y de naturaleza cognoscitiva, en ella interviene un proceso de conocimiento interactivo con otros procesos como la percepción, aprendizaje y pensamiento; por otro lado, un origen actitudinal, ya que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. De esta manera, esta insatisfacción implica conocimientos, creencias, valores, expectativas y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y constituye como parte de una cultura (Gómez-Pérez-Mitré, 1993).

Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria

Existen los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (*binge eating*); conducta alimentaria compulsiva; hábitos alimentarios inadecuados; ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena); disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”) y consumo de productos “Light”. El seguimiento de dieta restrictiva ocupa un primerísimo lugar dentro de los factores de riesgo por sus consecuencias en la salud y por su alta recurrencia entre los anoréxicos y bulímicos (Gómez-Peresmitré, 2001).

El seguimiento de dietas precede al desarrollo de un desorden alimentario, ya que favorece a la preocupación por alimentos, reduce los sentimientos de control sobre el comer y propicia subsecuentes episodios de ingesta en exceso (Calvo, 1992, citado en Ortiz, 2002).

De acuerdo con Crispo et al., (1998), la dieta es una forma común de controlar el peso entre las personas con desórdenes de la alimentación. No hay nada secreto acerca de ella: conlleva a una restricción de calorías, debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. Cuando la restricción es suficientemente severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo (graso) para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, uno comienza a perder peso. Sin embargo, el mantener a mediano o largo plazo la restricción calórica provoca cambios internos en el cuerpo, apetito y la necesidad de ingerir hidratos de carbono.

Cuando alguien comienza una dieta, baja de peso fácilmente, pero es común que exista un límite en el descenso, y a pesar de comer poco no se pierda peso en la misma medida que el cuerpo reduce el metabolismo. Y aún cuando sea larga la historia de altibajos en el peso de un individuo, más distorsionado estará el funcionamiento metabólico, menos responderá “bajando el peso” frente a nuevos ciclos de restricción y subirá rápido “el peso” apenas se deje la dieta estricta (Crispo et al., 1998).

Factores de riesgo asociados con la maduración sexual

Entre los factores de riesgo relacionados con maduración sexual, encontramos: el peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz / tardía, y amenorrea (Gómez-Peresmitré, 2001). Otro factor de riesgo es el inicio de la pubertad como representación de la madurez sexual, en esta etapa se da una aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de grasa en el cuerpo y la masa muscular, así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios ocurren en niños y niñas, pero la mayoría son específicos de cada sexo.

- En los varones, la principal señal de madurez sexual es la producción de semen. Un joven quizá despierte y encuentre una mancha húmeda o una mancha endurecida y seca en las sábanas: resultado de una emisión nocturna, eyaculación involuntaria de semen.
- En las mujeres la principal señal de madurez sexual es la menstruación, secreción de tejido de las paredes del útero que ocurre mensualmente. La primera menstruación denominada menarca, ocurre bastante tarde en la secuencia de desarrollo femenino. La menarca ocurre casi dos años después de que los senos hayan comenzado a desarrollarse y el útero haya empezado a crecer y poco después de que haya comenzado el crecimiento repentino. El tiempo normal de la menarca puede variar entre los diez y los dieciséis años y medio. Una combinación de influencias genéticas, físicas, emocionales y ambientales pueden afectar el momento de la menarca. El ejercicio extenuante, como el que realizan los atletas de competencia. La nutrición también es otro factor importante. (Papalia y Wendkos, 2002).

La madurez precoz y tardía esta asociada a la tendencia de hombres y mujeres hacia comportamientos de riesgo (Orr e Ingersoll, 1995 citados en Papalia y Wendkos, 2002), a los varones les gusta madurar temprano, a diferencia de las mujeres que tienden a evitar la madurez precoz. Las niñas que maduran más temprano corren el riesgo creciente de tener problemas, de salud mental incluida la depresión, comportamiento disruptivo, trastornos alimentarios, abuso de fármacos e intento de suicidio (Graber 1997, citado en Papalia y Wendkos, 2002).

Factores de riesgo asociados con prácticas compensatorias

Los factores de riesgo relacionados con practicas compensatorias son: el ejercicio excesivo (diez horas o más / semana) y el uso de alguno de los productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (> 2 litros / día) y de fibra (Gómez-Peresmitré, 2001).

Los laxantes son sustancias ineficaces para eliminar las calorías, afectan el vaciamiento del intestino grueso, mientras que la absorción de nutrientes se produce en el intestino delgado. Las dosis exageradas producen una pérdida del 5% de las calorías ingeridas. La diarrea ocasionada se debe al aumento de la secreción de agua y sodio hacia el interior del intestino grueso, además estimulan en forma directa la contractilidad del mismo. La disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso. De esta manera, los laxantes sólo vuelven disfuncional el intestino, debido a la pérdida de contractilidad natural y producen desequilibrios electrolíticos y deshidratación, que llevan a serias complicaciones médicas (Crispo et al., 1998).

Los diuréticos actúan al nivel de los riñones, ocasionan un aumento en la pérdida de potasio y agua mediante la orina. Al igual que con los laxantes, la disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso, lo cual significa que la persona puede estar seriamente deshidratada y, no necesariamente, más delgada. Muchas personas con desordenes de la alimentación utilizan el ejercicio para quemar calorías, es decir, como una forma de purgarse. Algunas no se permiten comer si no han cumplido con su rutina diaria de ejercicio (Crispo et al., 1998).

Factores precipitantes

Striegel Moore, Silberstein y Rodin (1986), Garfinkel, Garner y Goldbloom (1987), (citados en Gómez-Peresmitré, Saucedo, y Unikel, 2001) especificaron tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y /o cronicidad de los desordenes del comer:

1. Factores socioculturales (en los que la delgadez es altamente valuada).
2. Factores individuales (desordenes psicopatológicos, de la personalidad, obesidad, diabetes).

3. Factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar).

Saldaña (1994) determina que la presencia de los trastornos alimentarios tienen un origen multicausal; entre los factores causales se encuentran:

- La presión cultural sobre la mujer para ser delgada.
- El deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto, para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada.
- Estados anímicos negativos, con presencia generalmente de depresión.
- Estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; así como, escasa habilidad para afrontar una situación estresante.
- Hábitos alimentarios y control de peso pobre, potenciado por el intento de seguir una dieta rígida y real, drásticamente restrictiva.
- Pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física. (p. 82).

La edad y sexo cuentan de modo altamente significativo en el trastorno de la conducta alimentaria. Pertenecer al sexo femenino y situarse en la adolescencia y primera juventud son evidentes factores de riesgo. Podríamos decir desde el punto de vista tanto psicoendocrino como socioantropológico, que el papel de la mujer a lo largo de la historia (arquetipos, inconsciente colectivo, hábitos) explica en parte la desproporción entre varones y mujeres (Chinchilla, 1994, Holtz, 1995, citados en Calzada, 2004).

El rol femenino se considera un factor de riesgo. Las niñas desde muy pequeñas tienden a asimilar la imagen de feminidad, volviéndose un proceso bastante difícil porque no sólo deben adaptarse a las características de su género; además deben aceptar la escala de validez occidental sociocultural, dentro de la cual se otorgan cualidades como la asertividad, independencia, destreza intelectual, productividad y otros atributos que cumplen con los requisitos masculinos (Behar, 1992, citado en Ortiz, 2002).

La sociedad está impregnada de mensajes que condicionan la delgadez (estereotipo de un tamaño y forma de imagen corporal con éxito, felicidad y aceptación social). Se difunde masiva e indiscretamente una silueta ideal en una gran diversidad de anuncios, la cual actúa

como severa presión social y psicosocial directamente sobre las mujeres, en la medida que proporciona a los hombres la expectativa de un modelo deseado de la figura femenina (Barrina, 1994, citado en Gómez-Peresmitré, 2001).

Otros factores precipitantes son: el fallecimiento o separaciones de familiares o amigos; contactos sexuales; la experimentación de un tipo de fracaso personal, el cual puede producirse en el rendimiento académico, deporte, relaciones personales; un incremento rápido de peso, pueden precipitar este padecimiento. La presencia de algunos trastornos afectivos el consumo excesivo de alcohol y/ o drogas en los familiares de primer grado, pero también en los de segundo, resultan ser causas relevantes para la anorexia (Toro y Vilardell, 1987).

Por último, la distinción entre los factores de riesgo y los trastornos de conducta alimentaría es que estos últimos forman un conjunto de síntomas presentes en el DSM-IV; mientras los primeros se manifiestan por separado. La frecuencia y magnitud establecen dichos factores en una población dada, pues no se puede especificar en una sola edad, sociedad o economía, todos ellos interactúan en diferentes áreas. Un ejemplo es la implicación de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal en los diferentes trastornos de la alimentación (Rojo, 2003).

Capítulo 2

Maltrato infantil

El derecho a la vida no siempre le ha sido reconocido al niño (Gállegos, 2001), y de acuerdo con Gallardo (1988), 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.

Cuando los derechos de los niños son muy limitados, es fácil llegar a violentarlos. Los niños "perteneían" a los padres, que disponían de un amplio margen de elección en el trato que querían darles a sus hijos. El consejo de sacerdotes, pastores y autoridades médicas apoyaban y reforzaban el tratamiento duro hacia el niño, si esta era la decisión de los padres (Kadushin y Martin, 1985).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

De acuerdo con Fontana (citado en Gallardo, 1988) leyendo el antiguo testamento, se observa la exigencia de la muerte de un primogénito, puede existir una gran sorpresa al leer que un ángel detiene la mano de Abraham para evitar el sacrificio de su hijo que maniatado y colocado en una pira esperaba el acuchillamiento. Casos como éste, en donde la intervención divina salva al niño, son realmente raros en la historia, en ocasiones, 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. 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. Lógicamente, los casos de asesinatos de niños en los mitos de los pueblos antiguos son muy numerosos. En las grandes civilizaciones antiguas, el asesinato de infantes era un medio para eliminar a todos los recién nacidos con defectos físicos. Parece ser que en Esparta cada uno de los neonatos era sometido al juicio de la Asamblea de Ancianos: si se le juzgaba

inútil, era enviado al monte Taigeto y abandonado para alimento de las bestias. En la antigua Roma no se quedan atrás, los bebés no solo eran sacrificados en los altares dedicados exclusivamente a estos fines, también eran proyectados contra las paredes o abandonados desnudos a la intemperie (Gallardo, 1988).

Mayhall y Norgard (1983, citados en Gállegos, 2001) resumen en seis razones la práctica del infanticidio:

1. Un procedimiento para establecer el control de la natalidad.
2. Un medio para evitar el deshonor.
3. Una forma de ganar poder.
4. Una forma para deshacerse de niños deformados o retrasados.
5. Una forma de agradar a los dioses.
6. Un medio para asegurarse la estabilidad económica.

En 1860, Ambroise Tardieu fue el primero que estudio y sentó las bases del concepto de maltrato infantil, él era profesor de medicina legal en Paris, y publicó un estudio sobre treinta y dos niños menores de cinco años en donde contrasto los hallazgos clínicos en los niños con las justificaciones que dieron los padres a estos. Es extraordinario resaltar que este escrito no tuvo prácticamente eco entre la clase medica y el medio hospitalario hasta años después (Gallardo, 1988).

En Estados Unidos, en 1874, se llevó a cabo un proceso judicial que por primera vez defendía a una niña neoyorquina frente a los malos tratos proporcionados por su madre. Este fue un proceso iniciado por La Sociedad Protectora de Animales, ya que la policía se negó a intervenir por no existir en aquella época, ninguna ley para proteger a los niños y que previese como delito el maltrato infantil, en ese entonces la cobertura legal se amparó en el supuesto de que la niña era parte del reino animal, y merecía al menos tanta protección como un perro (Arruabarrena y DePaúl, 1997).

A raíz de este suceso, se fundó en Nueva York la Society for Prevention for Cruelty to Children (sociedad para la prevención de la violencia hacia el niño), y con el devenir de los años empezaron a surgir nuevas sociedades en el resto de los Estados Unidos. Y así, fue

extendiéndose la sensibilidad pública hacia los pequeños, promulgándose una serie de medidas legislativas de incidencia progresivamente más amplia al respecto. Además de existir el maltrato infantil en el ambiente familiar, se institucionalizó un maltrato laboral, como el que se dio con la Revolución Industrial en Gran Bretaña durante el siglo XIX en las minas y las fábricas, convirtiéndose la infancia en una verdadera mano de obra barata, en la que el escaso salario que devengaban era entregado a sus padres. En el siglo XX, cuando la técnica radiográfica se convirtió en un método auxiliar del diagnóstico médico, a los médicos les resultaba difícil creer los relatos de los padres acerca de extraños accidentes para poder explicar las múltiples heridas y fracturas marcadas en los cuerpos de sus hijos. Aún así, los descubrimientos radiográficos del maltrato infantil quedaron en el olvido para la mayoría de los médicos, quizás porque resultaba difícil creer la posibilidad de que los padres pudieran hacer algo tan condenable como producir esas lesiones a sus hijos. En 1929, con motivo del XVI Congreso de Medicina Legal en París, se publicó un informe sobre los apaleamientos a los niños, mismo que quedó también olvidado durante un periodo de seis años. En 1935, se difundió un trabajo en el que, después de examinar una gran multitud de radiografías de recién nacidos, llamó la atención los engrosamientos corticales y fragmentaciones metafisarias que supusieron traumatismos. En 1939, Ingraham fue el primero en afirmar y determinar el origen traumático de la mayoría de los hematomas subdurales (hemorragias cerebrales internas) del niño de pecho, y de que eran originadas por los padres de una manera intencional. Pero, la repugnancia de los médicos a considerar dicha hipótesis de brutalidades voluntarias era tal que, ante la negación de las familias, esta noción estuvo lejos de ser aceptada por la opinión especializada. Tuvieron que pasar más años para empezar a desenmascarar a los padres. En 1946, Caffey publicó una investigación en la que se estudió un síndrome que presentaba hematoma subdural y fracturas múltiples en los huesos largos, en ocasiones con lesiones epifisarias y alerto a los radiólogos, los cuales empezaron a notar estos patrones en las radiografías, además de apreciar lesiones causadas en diferentes momentos, que no habían sido tratadas con anterioridad y que se hallaban en procesos de cicatrización espontánea. En 1953, el inglés Astley se manifiesta en desacuerdo con la hipótesis de que las fracturas sean efecto del maltrato familiar, indicando la existencia de una fragilidad ósea como responsable de ellas (Gallardo, 1988).

La protección de los niños frente a la arbitrariedad de los adultos, y como sujeto de derecho, se dio más en forma en la segunda mitad del siglo XX cuando fue aprobada La Declaración de los Derechos del Niño, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1959 (Arruabarrena y DePaúl, 1997), la cual en su artículo 39 señala de modo expreso que: "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevará a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño"(Loredo, 1994).

En 1961, Henry Kempe en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, acuñó la expresión *Battered Child* (niño golpeado o apaleado), y al año siguiente junto con sus colaboradores publicó un artículo en cuya primera página define el nombre de *The Battered-child syndrome* (Gallardo, 1988).

A lo largo de este lapso de tiempo, la comprensión y abordaje de los malos tratos a la infancia, en el ámbito internacional, ha evolucionado (en México fue hasta 1990, que se ratifica La Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en 1959, en la asamblea General de las Naciones Unidas) a través de una serie de fases que pueden ser claramente diferenciadas. Por una parte, se inicia el estudio del maltrato infantil focalizándose casi exclusivamente en el análisis de los malos tratos de tipo físico. Posteriormente, se va ampliando hacia otras formas de maltrato, especialmente la negligencia y a los malos tratos de tipo emocional, finalmente irrumpe con gran fuerza en la literatura el abuso sexual. Desde el punto de vista de la explicación del fenómeno, en un principio se produjo un fuerte sesgo en la representación social de los perpetradores del maltrato infantil y en el estudio de las causas del mismo, ya que se suponía que los maltratadores eran sujetos que sufrían de alguna patología psíquica o que vivían en condiciones sociales y económicas extremas (Arruabarrena y DePaúl, 1997).

DEFINICIONES DE MALTRATO INFANTIL

En 1999, la Organización Mundial de la Salud estimó que 40 millones de niños de entre 0 y 14 años sufría maltrato o negligencia en el mundo, así mismo destaca que no existe una definición universalmente aceptada de lo que debe entenderse por maltrato infantil (Clark Clark, 2001, citado en Azaola, 2003).

Según Murúa (1990, citado en Fierro, 2001) "existe una cultura del maltrato que forma parte de la cotidianidad gracias a que las instituciones y la sociedad la han incorporado, asimismo está determinada por diversas causas e instancias sociales que constituyen el contexto cultural".

Roig y De Paul (2000, citados en Gállegos, 2001) definen el maltrato infantil como "las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales, o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan al desarrollo físico, psicológico, y emocional considerado como normal para el niño".

En México, el Instituto Mexicano de Psiquiatría define el síndrome del niño maltratado (SNM), como una manera extraña y extrema de lesiones no accidentales, deprivación emocional del menor o de cualquier modo de agresión sexual, ya sea de forma aislada o en diversas combinaciones ocasionadas por los padres, parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia (Loredo, 1994).

Primero (1992, citado en Loredo, 1994) definió al maltrato como una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización, y por tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.

Henry Kempe (citado en Gallardo, 1988) define el síndrome del niño golpeado como: "... un cuadro clínico que se manifiesta en niños pequeños que han recibido malos tratos severos, que pueden ser causa de lesiones permanentes o incluso de muerte. El síndrome debe ser considerado en cualquier niño que muestra fracturas, hematoma subdural, trastornos del crecimiento, malnutrición, higiene deficiente, hinchazón en 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, concepto más ampliado que el de Henry Kempe, porque esta nueva expresión abarca todo tipo de violencias ejercidas en la persona del niño, siendo una de ellas la emocional a partir de lo cual empieza a ser considerada como una agresión muy importante (Gallardo, 1988).

Osorio y Nieto (2005) definen al niño maltratado como: persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que por cualquier motivo, tengan relación con él.

En el Informe mundial sobre la violencia y la salud se redactó la siguiente definición de maltrato infantil:

El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Asimismo, se menciona que algunas definiciones se concentran en los comportamientos o actos de los adultos, mientras que otras consideran que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el niño. La distinción entre el comportamiento y la repercusión o el daño puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición. Algunos expertos consideran que han sufrido maltrato los niños que han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato (OMS, 2003).

TIPOS DE MALTRATO Y ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

Una vez que se hubo definido el maltrato infantil es necesario conocer las distintas formas en que se maltrata a los niños. También es importante mencionar que estas formas de maltrato no son excluyentes, es decir, puede existir una combinación de éstas en un mismo niño (Loredo, 1994).

Gállegos (2001) divide el maltrato infantil en intrafamiliar y extrafamiliar, dentro del intrafamiliar menciona que se encuentran: físico, psíquico o emocional, negligencia, sexual, síndrome de Munchausen por poderes, abandono, y prenatal, a estas formas de maltrato Gallardo (1988) agrega la mendicidad y maltrato alimenticio. Con respecto al maltrato extrafamiliar se encuentra: el maltrato institucional y la explotación laboral. A continuación se describirá brevemente los distintos tipos de maltrato así como algunas de sus consecuencias.

Maltrato físico

Gallegos (2001), con respecto al maltrato físico menciona que es cualquier **acto intencional** producido por los responsables del cuidado del niño que implique o pudiera llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones.

El maltrato o abuso físico se refiere a los daños físicos infligidos a un niño por alguna persona responsable de su cuidado. No es necesario que los daños sean infligidos de manera intencional. De hecho, la mayor parte de los abusos son el **resultado no intencional** de castigos corporales o métodos disciplinarios que han escalado al punto de provocar heridas o daños físicos (Perry, Mann, Palker y Ludy-Dobson, 2002 citado en Azaola, 2003).

Fontana (1985) menciona que difícilmente existe límite para las armas utilizadas o para lo que los padres son capaces de hacer a sus hijos. Podría decirse que se han encontrado toda clase de daños concebibles, y que los padres han utilizado casi toda clase de armas imaginables. Los padres golpean, flagelan, azotan, desuellan, patean, ahogan, estrangulan,

golpean en el estomago, asfixian con trapos o con chiles muy picantes, envenenan, les abren la cabeza, les hacen cortaduras, desgarran sus carnes, los queman con vapor, aceite o agua hirviendo, y los mutilan. Utilizan sus puños, hebillas de cinturón, correas, cepillos para el cabello, cordones de lámparas, palos, bates de béisbol reglas zapatos y botas, tubos de plomo o de hierro, botellas, ladrillos, cadenas de bicicleta atizadores, cuchillos, tijeras, productos químicos cigarrillos encendidos, radiadores de vapor y flamas de gas.

Acciones como éstas, aunque repugnantes, son bastante habituales en aquellos padres que abusan de sus hijos, generalmente lactantes indefensos. Algunas son generadas en un momento de desesperación, arrepintiéndose después de las lesiones infligidas a sus hijos. Otras, en cambio, son hechas intencionalmente, con premeditación y ensañamiento (Gallardo, 1988).

Según Arruabarrena y De Paúl (1997) el maltrato físico se define como "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". Cuando estas acciones de tipo no accidental provocan lesiones en el niño, los indicadores de tipo físico que se han considerado, consecuencia del maltrato son los siguientes:

- Magulladuras o moretones que aparecen en el rostro, los labios o la boca, en zonas extensas del torso, la espalda, las nalgas o los muslos; suelen estar en diferentes fases de cicatrización fruto de repetidas agresiones o tienen formas no normales, están agrupados con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, que cubren las manos o los pies o que son expresión de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.
- Fractura de nariz o mandíbula, de las extremidades que pueden ser en espiral de los huesos largos, lesiones raquídeas, fracturas craneales, de costillas por ejemplo. Suelen aparecer en niños pequeños en diferentes fases de cicatrización.
- Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras, son polimorfas; es decir, que dejan huellas del instrumento utilizado en la boca labios, encías y en los ojos; estas lesiones incluyen dislocación del

cristalino y desprendimiento de la retina, o en la parte superior de los brazos, piernas o torso. Los surcos circulares sobre las muñecas o pantorrillas evidencian ligaduras puestas al niño al ser atado en la cama, mesa, árbol etc. A veces, estas ligaduras como señala Kempe (1975 citado en Gallardo, 1988), son aplicadas en el pene en un intento de detener y evitar la micción y mojaduras de la cama, produciendo verdaderas heridas genitales.

- Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento. (p. 27)
- Alopecias. Se presentan bajo la forma de zonas de disminución de la cabellera, resultado de tirones brutales repetitivos de los cabello, pudiendo producir hematomas por la tracción violenta de alguno de los padres sobre mechones de cabello (Kempe citado en Gallardo, 1988).
- Equimosis, también llamadas cardenales, en estas la sangre se infiltra en los tejidos de forma laminar, (difieren de los hematomas) y en los niños golpeados son múltiples, bilaterales y localizadas en el tronco, abdomen, nalgas (en la parte interna de los muslos), en las mejillas y en el cuero cabelludo, la presencia de varias equimosis traumáticas en diferentes estados de curación pueden indicar otros tantos episodios de ataque. A veces van acompañados de fracturas de huesos que son fechadas por la coloración cambiante de aquéllas a medida que transcurre el tiempo (Gallardo, 1988).

El maltrato físico puede generar: cuando se aplica en la cabeza, lesiones mentales que pueden ser reversibles o no y daños en el sistema nervioso central. Así mismo, este tipo de maltrato puede provocar la luxación del cristalino, el desprendimiento de retina, la retinopatía de Purstcher (Crúz, 2000). Los padres o tutores nunca informan de los daños infligidos a los niños y sólo lo hacen cuando las heridas ocasionadas ponen en peligro la vida de los niños (Gallardo, 1988).

Kempe (1979)-menciona que en un ambiente hostil los niños para obtener alimento atención y cuidados adquieren una total sumisión a los deseos de los padres. Sus ansiosas tentativas por comprender cuales son dichos deseos pueden ser el origen de la extrema capacidad de

atención de tantos niños pequeños maltratados, de aquello que Christopher Ounsted denomina su "helada vigilancia". Estos niños tienen una notable memoria de su entorno físico y de los sucesos, es como si no pudiesen tener nada como garantizado, sino que hubiesen que mantenerse constantemente en guardia para evitar disgustos o para intentar agradar. Su mirada analiza constantemente lo que les rodea, en busca de posibles peligros, mientras que sus rostros permanecen al mismo tiempo inmóvil; no sonríen espontáneamente y establecen apenas contacto visual, es como si pensasen que al no mirar cara a cara a nadie se hacen a sí mismos invisibles y, por tanto libres de ataques. Naturalmente, estos niños tienden a ser asustadizos y tímidos. Evitar los castigos físicos puede ser su mejor postura para mejorar las relaciones con sus padres. Otra destacada característica de los niños pequeños maltratados es la sumisión y aceptación de cuanto suceda. Son pasivos y obedientes, incluso cuando en el hospital se someten a procedimientos dolorosos o cuando en el proceso de una evaluación son apartados de sus padres por un extraño.

Maltrato emocional

Durante los últimos años se ha considerado que maltratar al menor no sólo consiste en golpearlo físicamente, sino que abarca una amplia gama de hechos destructivos que lesionan el ambiente físico, emocional, social y cognoscitivo del niño (Loredo, 1994).

Con respecto a este tipo de maltrato infantil Gallegos (2001), lo define como cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar. Presenta, o bien manifestaciones consecutivas a las conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar) o bien de las conductas derivadas de la omisión (la privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad y la indiferencia). En ésta categoría se incluyen, por ejemplo: el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto, la desvalorización repetida, la educación en la intimidación la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades.

Arruabarrena y De Paúl (1997) define el maltrato emocional como la "hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo

de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento), por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar”.

Podemos considerar que el maltrato emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, padres, educadores, tutores, etc. son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo, que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

La mayoría de los expertos coinciden en que el maltrato psicológico debe involucrar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto, no un incidente aislado. Ello, tomando en cuenta que todos los niños están expuestos ocasionalmente a formas de maltrato emocional, por lo que sólo aquellos que repetitivamente son sujetos a ese trato son quienes pueden sufrir daños psicológicos o intelectuales permanentes (Clark y Clark, 2001 citados en Azaola, 2003).

Un intento de organización de las formas más frecuentes de presentación del maltrato y abandono emocional lo ha realizado Garbarino (1986, citado en Arruabarrena y DePaúl, 1997) que propone cuatro tipos de indicadores comportamentales de los padres con características diferentes en función de la edad del niño:

- Rechazo. En general, implica conductas que comunican o constituyen abandono emocional. Hasta los dos años, se expresaría en el rechazo a la formación de una relación primaria y en el rechazo a las iniciativas espontáneas del niño y a sus iniciativas primarias de apego. De los dos a los cuatro años, se expresaría a través de la exclusión activa del niño de las actividades familiares. En la edad escolar, el maltrato emocional se encontraría en la inducción constante en el niño de una valoración negativa de sí mismo.
- Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago, pero siniestro, que intenta crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar creando en él unas expectativas exageradas con amenaza de castigo por no alcanzarlas. Hasta los dos años, se podría producir, por ejemplo, con la ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios

y a los nuevos estímulos. Hasta los cuatro años, se expresaría con la utilización de gestos y palabras exagerados que traten de intimidar, amenazar y castigar al niño. Durante la edad escolar, se manifestaría en la exigencia de respuesta a demandas contradictorias en la crítica y culpabilización constante, en el cambio frecuente de los roles de padre e hijo, etc.

- Aislamiento. Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Hasta los dos años, se expresaría en la negación de la posibilidad de interactuar con los padres u otros adultos. Hasta los cuatro años, se traduciría en una enseñanza activa de la evitación de cualquier contacto social. En la edad escolar, se centraría en cualquier intento activo de que el niño no pueda tener relaciones normales con sus compañeros.
- Ignorar. Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre/madre para el niño. Se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo. Tales conductas del niño serán diferentes en función de su estado evolutivo (pp. 31-32).

A las formas anteriores de maltrato Casado et al. (1997) agregan:

- Utilización del niño como vehículo de reproches en situaciones de separación. Es bastante frecuente la utilización del niño como intermediario de descalificaciones mutuas entre los padres, ignorando su propio sufrimiento y convirtiéndolo de esta forma en objeto pasivo.
- Depósito en el niño de responsabilidades excesivas para su edad. Puede consistir en el cuidado permanente de un hermano más pequeño, o de su propio autocuidado en una edad muy temprana, lo que produce una situación de desprotección, o bien responsabilizarle de la atención a uno de los padres, que puede padecer algún tipo de enfermedad.

Otra forma de maltrato emocional consiste en corromper: es decir, el adulto des-socializa al niño, le estimula a implicarse en conductas destructivas, y refuerza esa desviación, asimismo se incapacita al niño para las experiencias sociales normales. El maltrato emocional es difícil de detectar y evaluar, por tanto, su existencia es conocida después de que el niño haya estado expuesto de forma crónica a situaciones de maltrato emocional. Los niños que sufren

malos tratos emocionales presentan numerosos y severos problemas emocionales y conductuales tales como (Gállegos, 2001):

- Desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial.
- Demuestran extremos conductuales: pasividad o conducta agresiva.
- Se muestran recelosos, pesimista, deprimido, ansioso, preocupado.
- Signos de desórdenes emocionales, tales como movimientos rítmicos repetitivos, ausencia de comunicación verbal o física, o atención excesiva a los detalles.
- Excesiva rigidez y conformismo.
- Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles.
- Desórdenes del apetito, de ensueño, compulsividad, obsesiones, histeria, enuresis, fobias e hipocondría.
- Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad.
- Fugas de casa.
- Pobre autoestima.
- Intentos de suicidio (pp. 7).

Maltrato por negligencia

Sabemos que los padres deben supervisar a sus hijos cuidadosamente, al menos, durante los dos primeros años de vida, por lo que un error o negligencia, en este sentido, puede constituir un abuso o forma de maltrato (Gallardo, 1988).

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o de una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales. La incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los niños se considera maltrato o negligencia social (Clark y Clark, 2001, citado en Azaola, 2003).

De acuerdo a Casado et al., (1997) la negligencia ocurre cuando no se cubren las necesidades básicas de un niño, independientemente de la causa y en función de que se cumplan dos requisitos básicos:

- 1) Que la situación del niño hiciese evidente la necesidad del adulto para su protección y cuidado.
- 2) Que las condiciones físicas y económicas del padre o responsable fueran suficientes para proporcionar el cuidado, la protección y la supervisión necesarios.

Algunas formas de negligencia en los niños tienen que ver con:

- Higiene. Niño habitualmente sucio o con mala higiene; lactantes con dermatitis del pañal rebeldes al tratamiento; infecciones cutáneas.
- Vestido. Ropa habitualmente rota, sucia, descuidada o inadecuada frente al tiempo atmosférico.
- Alimentación. Falta de aporte calórico suficiente, falta de nutrientes específicos.
- Atención médica. Ausencia o incumplimiento del calendario vacunal y revisiones periódicas; falta de seguimiento en los tratamientos médicos.
- Inadecuación de medidas higiénicas y de seguridad en el hogar.
- Educación. Inasistencia repetida o injustificada a la escuela, habitualmente llegan tarde; falta de escolaridad a la edad obligatoria; escasa supervisión de las tareas; con repercusión en el rendimiento escolar.
- Exposición pasiva al humo del tabaco. Para algunos autores constituye quizá la forma de negligencia más frecuente y socialmente aceptada. Con repercusión clara en ciertos niños (pp. 141).

Por otro lado, Kempe y Kempe (1979) mencionan que los niños cuyos padres son primordialmente negligentes deben de ajustarse al hecho de que sus padres ocupan el primer lugar en la satisfacción de las necesidades tanto de atención, como de amor y cuidados y cuando éstas se hallan satisfechas, éstos se muestran menos preocupados y tienen tiempo para satisfacer las necesidades del niño de alimento, limpieza y caricias. La percepción deformada de la madre acerca de su hijo, hace que le vea insaciable, potencialmente malo y que constituye una amenaza de todo género de disgustos en el futuro, es responsable en gran medida de que ignore sus necesidades auténticas. Si los padres del

niño además de permanecer indiferentes responden también con facilidad a sus llantos y quejas con golpes impacientes, su suerte será mas precaria aún, y tan pronto como el niño sea lo suficientemente mayor tendrá que poner mucho de su parte para lograr cualquier cosa.

Abuso sexual

Loredo (1994) menciona que con respecto a este tipo de maltrato al menor, poco se había dado a conocer en el ambiente social y legal, a pesar de existir con una frecuencia muy elevada en diferentes países.

Para Kempe y Kempe (1979), los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes, e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado. Incluye la paidofilia (la preferencia de un adulto por las relaciones sexuales con niños, o la adicción a las mismas), violación e incesto. Otro término que se utiliza frecuentemente y que resulta adecuado es el de "explotación sexual"; estos niños y adolescentes son explotados, ya que el abuso sexual les arrebató el control, de sus propios cuerpos, y el de su propia preferencia sexual. Esto es, ya tenga que enfrentarse el niño con un acto aislado, manifiesto y quizá violento, cometido por un extraño, o bien con actos incestuosos, forzados o no y proseguidos con frecuencia durante muchos años. Frecuentemente, los abusos sexuales y las violaciones exigen una psicoterapia prolongada de apoyo de cada uno de los miembros de la familia, aparte del tratamiento de las lesiones sexuales. El descubrimiento del incesto, por otra parte, hace que la familia y la comunidad reacciones de modos muy diversos. Si es la víctima la que informa, esto raramente da lugar a un apoyo por parte de la familia o a una investigación criminal con éxito. Es más, es corriente que niños que son tratados con regularidad por médicos y profesores, y están implicados en casos de incesto durante muchos años, estos, no tengan conocimiento de lo que sucede. Algunos médicos atribuyen las quejas relativas a incesto, incluso el embarazo por incesto, a la fantasía de los niños.

El abuso sexual ocurre entre un niño y un adulto que puede ser el padre, el cuidador o el responsable del niño o de la niña. Típicamente involucra la exploración sexual del niño o la niña que sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto. El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran ese contacto incluyen los comentarios de naturaleza sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto incluyen el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual. No es necesario por tanto, que se produzca un daño físico para que exista un abuso sexual (Ireland, 2002, citado en Azaola, 2003).

Síndrome de Munchausen por poderes.

A este síndrome se le ha conocido de distintas formas. En 1951, Asher acuñó la expresión síndrome de Munchausen. Posteriormente, en 1979, Verita, WinoWorth y Burman prefirieron llamarlo síndrome de Polle. En 1981, se le nombró Chemically Abused Síndrome (abuso infantil por procedimientos químicos), y en 1984, Warner y Hathaway lo identifican con el nombre del descubridor: Meadow's Síndrome (síndrome de Meadow) (Gallardo, 1988).

Se refiere a una forma de maltrato en la cual un niño es víctima de un adulto que le provoca o simula la existencia de una enfermedad, y lo somete a tratamientos, exploraciones e ingresos hospitalarios innecesarios. El perpetrador niega conocer la causa de la enfermedad del niño, al tiempo que tiene una buena relación con el grupo de los sanitarios (médicos) que cuidan de él y, además, generalmente está más tranquilo que éstos (Loredo, 1994).

Según Casado et al. (1997) este síndrome se caracteriza por: la aparición de un conjunto de síntomas y signos, más o menos complejos, en general difícilmente explicables, que han sido producidos (inyectar al niño heces por vía subcutánea produciéndole abscesos múltiples, administrar medicamento que produjera depresión al sistema nervioso, convulsiones, hipoglucemia, etc.), o simulados por su madre (casi constantemente) o alguien perteneciente a su entorno familiar por lo tanto el niño es sometido a una serie de pruebas (análisis, exploraciones, biopsias, intervenciones, etc.), a veces en número muy elevado, encaminadas al diagnóstico. Cuando se presenta este tipo de maltrato existe discrepancia entre los datos

clínicos y la historia. Los signos y síntomas no tienen sentido clínico, y no pueden ser explicados o interpretados por un médico con experiencia. Por otro lado, quien está ejerciendo este maltrato está especialmente pendiente del niño, del cual no quiere alejarse ni por periodos cortos de tiempo y, sin embargo, está menos preocupado por la situación del niño que los médicos y el personal sanitario, así mismo se observa que los signos y síntomas desaparecen en ausencia de éste.

Abandono

Esta forma de maltrato tiene que ver con el dejar a los hijos, desde recién nacidos, o bien teniendo estos pocos años, la forma que tienen los padres para deshacerse de los hijos es variada: algunos los depositan en orfanatos, otros prefieren dejarlos en el primer lugar que encuentran (como; portales, bares, cuevas, pensiones, hospitales, casas abandonadas) o los venden y, si estorban demasiado, incluso los regalan. Algunas de las causas por las cuales los padres abandonan a sus hijos fueron analizadas por Pareja (1984 citado en Gallardo, 1988) y tienen que ver con: la ausencia de uno de los cónyuges, la enfermedad física o mental de los padres, la mala reputación moral de la familia, en especial de alguno de los padres (embriaguez, prostitución, abusos deshonestos con las hijas etc.). El afán de muchas personas por adoptar y el escaso número de bebés ha hecho aparecer el tráfico de niños. Según Cobo (1983 citado en Gallardo, 1988), este tráfico es una realidad que, en ocasiones, alcanza grados de peligrosidad, ya que los traficantes pueden llegar al fraude, rapto o chantaje debido al escaso o nulo control efectivo del Estado sobre las diversas formas materiales de hacerse de un lactante, convirtiéndose algunos procedimientos en una especie de trata. Con respecto a los niños adoptados, no siempre son bien acogidos ya que algunas veces pueden estar demasiado protegidos a causa de la dificultad de tener un hijo propio o de adquirir otra adopción. Incluso, en otras circunstancias, puede ser el representante externo del propio defecto (la infertilidad) impulsando al adoptante a malos tratos físicos y a un rechazo del niño, cuya personalidad y comportamiento, a lo peor, son conflictivos, originándose en éste perturbaciones psicológicas que ligadas a las que ya tenía, le harán víctima no sólo de golpes y palizas, sino de maltratos emocionales (Gallardo, 1988).

Maltrato y negligencia intrauterina

Podría definirse este tipo de maltrato como aquel conjunto de acciones efectuadas por la mujer para dañar intencionalmente el feto con la única finalidad de interrumpir su estado de gestación. Ese niño, si es que nace, suele ser desde el primer momento de su existencia una criatura víctima de los malos tratos, al convertirse en la imagen viva y continua de la vergüenza de la madre. La negligencia está relacionada con el medio prenatal, que influye poderosamente sobre el desarrollo del feto. Los alimentos o las drogas que ingiera la madre, las enfermedades, etc. Pueden afectar al futuro niño. Entre las negligencias que cometen algunas madres se encuentra; el consumo de alcohol, tabaco, fármacos y drogas (Gallardo, 1988).

Mendicidad

La mendicidad es un fenómeno que diariamente estamos viendo en por todas partes en casi cualquiera de las grandes ciudades y para algunos adultos a resultado ser un gran negocio por otro lado se ha comprobado que no es lo mismo pedir en solitario que con un niño en brazos, con lo cual se ha dado una variante del maltrato infantil: el alquiler de niños y bebés. Estos suelen ser hijos de familias que viven en la miseria. En España, se sabe que por cada niño alquilado se pagan de quinientas a mil pesetas, según la edad (Gallardo, 1988).

Maltrato alimentario.

Conviene que la leche materna, sea el alimento básico durante los primeros tres meses de edad, siendo una postura ideal prorrogarlo durante tres meses más, para que los bebés estén protegidos en determinados grados contra enfermedades como: la diarrea, infecciones respiratorias, eczemas, asma, resfriados, bronquitis, neumonía, rubéola, polio, fiebre del heno, alergias y escarlatina. Además, la alimentación con leche natural no sólo satisface el tubo digestivo del bebé sino que, gracias a ella, se desarrolla el vínculo afectivo madre-hijo tan importante para el desarrollo de su personalidad. Por otro lado, la 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 hasta la muerte. A veces en niños mayores los padres pueden negar el agua para disminuir, quizás la producción de orina

y acabar con el problema de la enuresis. Cuando estos niños son llevados al hospital presentan las siguientes características: inerte en su cama, los miembros replegados en posición fetal, apático e indiferente a cualquier estímulo. Es torpe en la manipulación de objetos, predominando en ellos el típico balanceo estudiado por Harlow y Spitz (citados en Gallardo, 1988). La mayoría de los autores han observado que cuando estos niños son hospitalizados, los estados de desnutrición se mejoran en días y la toma de peso es espectacular. No obstante, en los casos en los que el desarrollo psicomotor y los trastornos conductuales son graves, la mejoría es lenta e incompleta. La intoxicación oral intencionada es otra forma de maltrato alimenticio, por parte de la madre que pueden producir trastornos metabólicos más o menos graves (Gallardo, 1988).

Maltrato institucional

El maltrato institucional se refiere 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: el 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 como lo pueden ser : la escuela, hospital o un centro de protección de menores (Simón, López, y Linaza, 2000).

Explotación laboral

Para Simón y cols. (2000) 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 maltrato se destacan 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 propias de su edad.

Algunas consecuencias del maltrato infantil

Mueller y Silverman (1989, citados en Gállegos, 2001), mencionan que existen diferencias en las formas 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.

Barudy (2003) con respecto al maltrato físico indica "los golpes no sólo dejan huellas en el cuerpo sino otras más invisibles que constituyen las secuelas psicológicas", entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran:

- **Los trastornos de la identidad.** A menudo el niño está convencido de ser la causa del nerviosismo de sus padres. Se cree malo, inadecuado y peligroso. A veces, como mecanismo de defensa, desarrolla la creencia de ser fuerte, todopoderoso, capaz de vencer a sus padres y a otros adultos.
- **Una autoestima pobre.** A menudo tienen sentimientos de inferioridad y se creen profundamente incapaces, lo que se expresa en comportamientos tímidos y miedosos, o al contrario por comportamientos agitados y espectaculares, con los que tratan de llamar la atención de los que les rodea.
- **La ansiedad, la angustia y la depresión.** Generalmente presentan problemas de concentración, trabajan mal en clase, retienen difícilmente el contenido de las materias y tienen gran dificultad para seguir las instrucciones de los profesores. Desarrollan lentamente sentimientos de depresión, desesperación y comportamientos autodestructivos. No se sienten respetados y no sólo por sus padres, sino por el mundo adulto en general, al que perciben como inseguro (pp. 157).

Santamaría (1993) menciona que el maltrato infantil afecta notablemente las estructuras de desarrollo del niño; las diferencias en las consecuencias se deben a que los niños tienen diferentes edades, pertenecen a diferentes fases evolutivas y sufren de diferentes tipos de maltrato, los cuales son provocados por diferentes causas. No existe un patrón único y específico que pueda ser descrito como el perfil del niño maltratado

En relación con el maltrato sexual, algunas de las consecuencias son: embarazos en preadolescentes y adolescentes con todas sus consecuencias físicas y emocionales asociadas. Se pueden producir también enfermedades de transmisión sexual como sífilis, sida, etc., con pronósticos muy diferentes, anomalías consecutivas a las cicatrices en orificios vaginales o anales pueden condicionar a veces su función posterior. Pueden generarse problemas en la relación sexual o en la función digestiva por incontinencia esfinteriana por rotura fibrilar. La incontinencia puede darse también en el esfínter vesical cuando existen desgarros amplios que abarcan la zona anterior (Martínez y DePaúl, 1993).

Otras consecuencias del maltrato sexual estarán en función de diferentes factores como lo son: la edad, el grado de relación con el ofensor, el nivel de violencia y amenazas recibidas, la frecuencia e intensidad del abuso, el apoyo familiar o si ha recibido la ayuda profesional adecuada. Frecuentemente, las víctimas tienden a culparse así mismas por el abuso padecido, presentan ansiedad a corto y a largo plazo, así como pesadillas y fobias que pueden tener relación con las amenazas que el ofensor utiliza para prevenir el develamiento del abuso. El abuso sexual recurrente llevará casi invariablemente a un estado depresivo, a un trastorno por estrés postraumático. Las anteriores son algunas de las consecuencias que se presentan de manera inmediata. Con respecto a los efectos a largo plazo, se encuentran problemas con la sexualidad como lo son: menor disposición a tener relaciones sexuales, inhibición sexual y disfunción orgásmica, intensas emociones negativas como desesperanza, indefensión, minusvalía (Casado et al., 1997).

Las consecuencias de la negligencia física y psicoafectiva, van desde el retraso en el crecimiento por la desnutrición, hasta el síndrome de enanismo causado no sólo por las deficiencias alimentarias, sino también por la privación social y afectiva. El niño víctimas de negligencia se siente a menudo un ser aparte, su falta de higiene, así como su forma inadecuada de vestirse y comportarse, provocan rechazo de sus compañeros de clases y de los adultos que le cuidan. Su aspecto sucio y su mal olor provocan el alejamiento de sus amigos potenciales, reforzando sus vivencias familiares de rechazo y soledad. A menudo sufren accidentes domésticos y pueden ser agredidos física y sexualmente por niños mayores o adultos abusadores. En cuanto a la negligencia psicoafectiva, los niños exteriormente parecen bien cuidados, pero interiormente sufren de la falta de afecto y del

reconocimiento de sus necesidades infantiles, estas carencias afectivas se acompañan a menudo de violencia psicológica, y se presentan con más frecuencia en familias pertenecientes a las clases más favorecidas (Barudy, 2003).

ORIGEN DEL MALTRATO: MODELOS

Hasta el momento se ha definido el maltrato infantil, las distintas formas en que se maltrata y las graves consecuencias tanto físicas como psicológicas que este puede provocar en los niños. Ahora, de acuerdo con la OMS (2003) hay pruebas claras de que el maltrato de menores es un problema a nivel mundial. Se produce en una gran variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales. Sin embargo, para resolver este problema mundial se requiere un conocimiento mucho mayor de las formas en que se manifiesta en diferentes contextos, así como sus causas. A este respecto a continuación trataremos de resumir distintos modelos que explican el origen de los maltratos. Cantón y Cortés (2002) plantean que existen tres enfoques del maltrato infantil, el primero tiene que ver con las explicaciones tradicionales y las investigaciones empíricas. El segundo con enfoques de interacción social y el tercero intenta ser un enfoque más explicativo, centrado en los procesos.

1 Explicaciones tradicionales e investigaciones empíricas.

De acuerdo con Hillson y Kuiper (1994 citados en Cantón y Cortés, 2002), estos modelos de primera generación del maltrato infantil se centran en factores causales únicos, adoptando una perspectiva muy simplista y no explicando adecuadamente la variabilidad del abuso entre las familias que comparten características similares. Además estos modelos no explican por qué algunos padres maltratan físicamente a sus hijos y otros los abandonan. Dentro de este enfoque son tres los modelos que explican el maltrato infantil:

1.1 Modelo sociológico.

Considera que el problema del maltrato tiene fundamentalmente un origen social, económico y cultural tales como: a) **La clase social**, la asociación entre maltrato y pertenencia a una clase social baja o muy baja es un dato que aparece de manera generalizada en casi todas las investigaciones. Sin embargo, el maltrato puede

producirse de manera similar en todos los estratos sociales. b) **El estado civil de la madre**, son abundantes los casos de madres solteras, divorciadas, separadas o viviendo con un compañero que no es el padre de los hijos. Asimismo, cuando hay mayor presencia de inestabilidad en la pareja. c) **La situación laboral**, el desempleo en concreto, se presenta como un factor claro de riesgo, no sólo en esta área, sino en otros aspectos relacionados con la salud mental. Parece que aún teniendo una situación laboral estable, el grado de insatisfacción laboral se asocia con el tipo de castigo utilizado con los hijos. A medida que aumenta el sentimiento de insatisfacción con el trabajo se utilizan más los castigos físicos severos y menos las técnicas de razonamiento verbal. d) **El Soporte social**, tiene que ver con la percepción del sujeto de que es amado, cuidado, valorado, estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones, el ser aceptado, ayuda a los padres a aliviar sus dudas y frustraciones y a mantener un adecuado nivel de autoestima. El grupo social cumple dos importantes funciones: control de la conducta parental y provisión de modelos de rol parental. En el área de maltrato infantil, numerosos estudios han constatado el hecho de que estas familias carecen de un soporte social adecuado. e) **El estrés**, el número y el tipo de situaciones que generan tensión psíquica es considerado como un factor etiológico importante a la hora de analizar las causas del maltrato infantil. Numerosas investigaciones han confirmado la presencia de mayores niveles de estrés social en familias en las que existe el maltrato. f) **Tipo de constitución familiar**, el excesivo número de hijos, el escaso espaciamento entre ellos y la presencia de varios niños pequeños en el hogar, pueden suponer una carga de estrés importante para los padres y provocar alteraciones en el desarrollo normal de la relación paterna filiar. g) **El nivel de ajuste marital**, en el caso de las familias con malos tratos físicos a sus hijos, diversos estudios han demostrado que el conflicto y discordia marital es frecuente en ellas. El conflicto entre la pareja, aumenta el nivel de hostilidad, provocando un aumento en el comportamiento agresivo (Gállegos, 2001).

Este modelo considera a los padres como víctimas de las fuerzas sociales, centrándose en las interacciones de la familia con la sociedad y en las presiones que debe soportar, los factores sociales responsables de los malos tratos se pueden resumir en cuatro áreas sociales y demográficas: 1) El estrés familiar, la falta de uno de los padres,

privaciones económicas, tener un gran número de hijos. **2)** El aislamiento social de los miembros de la familia. **3)** La aceptación social de la violencia como medio de resolver los problemas interpersonales. **4)** La organización social de la comunidad. En general, los resultados de estas investigaciones sugieren que los factores sociales juegan un papel crítico, aun que no determinante, en los malos tratos (Cantón y Cortés, 2002).

1.2 El modelo psiquiátrico/psicológico.

Desde ese modelo, se considera que el factor principal para explicar el maltrato se encuentra en las características psicológicas, y en los rasgos psicopatológicos de los perpetradores, sin embargo, en la mayoría de los estudios realizados sólo se ha encontrado de un 10 a un 15% de casos en donde los sujetos maltratadores sufren de algún tipo de trastorno psíquico diagnosticable. Es decir, que la mayoría de las personas que maltrata a los niños no son enfermos mentales, sino sujetos con una serie de características de personalidad que reflejan un estado de desajuste o malestar emocional generalizado y permanente (Gállegos, 2001).

De acuerdo con Cantón y Cortés (2002) los estudios empíricos realizados sobre la responsabilidad de los padres en el abuso infantil se han centrado en cinco áreas de investigación entre las que se incluyen: 1) la personalidad (depresión, ansiedad, baja autoestima, alto grado de impulsividad, escasa tolerancia a la tensión ambiental, déficit en las estrategias de enfrentamiento a los problemas, ausencia o déficit en la capacidad empática, 2) el alcoholismo y drogadicción, 3) la transmisión intergeneracional del abuso infantil, 4) la cognición social (actitudes, juicios) y por último el estilo interactivo y prácticas de crianza.

1.3 Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño

Hay que tener en cuenta que los casos de malos tratos se suelen centrar en un solo niño en particular. Quedando el resto de los hermanos, en muchos casos, sin sufrir ningún problema grave. Por esta razón, se han desarrollado estudios que han tratado de encontrar esas características particulares de vulnerabilidad. Algunas características que se han encontrado tienen que ver con ser niños no deseados, de relaciones extramatrimoniales o niños nacidos tras la separación de la pareja (Gállegos, 2001). Las

variables de riesgo relacionadas con el niño se pueden agrupar en tres áreas: la edad, el estado de salud y la conducta del niño (Cantón y Cortés, 2002).

2 El enfoque de la Interacción Social o modelos de segunda generación.

De acuerdo a Cantón y Cortés (2002), entre 1971-1975 sólo se publicaron siete artículos sobre abuso infantil en revistas de psicología. Sin embargo, a partir de ese momento pareció despertarse el interés por el tema entre los psicólogos y comenzó a surgir una nueva perspectiva que sintetizaba los anteriores enfoques y que se denominó de la Interacción Social. Este enfoque mantiene que para poder llegar a entender los procesos del abuso infantil hay que tener en cuenta las variables de los padres, del niño y de la situación, en una **interacción dinámica**. Los partidarios de este enfoque parten del supuesto de que "cuando un padre mal preparado tiene que hacer frente a un niño aversivo, no reforzarte, bajo una situación de estrés o de frustración, es muy probable que ocurra el castigo físico, incrementándose así la posibilidad de ocurrencia de los malos tratos". Además, como los padres no tienen las habilidades necesarias para manejar adecuadamente al niño, ellos mismos producen las conductas del hijo que, posteriormente, tienen que afrontar; sus esfuerzos por imponer una disciplina suelen ser inconsistentes y basados en la coerción. Los factores sociológico-ambientales estarán desempeñando el papel de inductores de estrés. Este modelo se caracteriza por un mayor nivel de complejidad como resultado de considerar simultáneamente múltiples factores causales del maltrato infantil. Dentro de estos modelos se incluyen los enfoques integrativo, transaccional y transicional. Los modelos teóricos más representativos de acuerdo a este autor son:

2.1 Modelo ecológico de Belsky (1980, 1993 citado en Cantón y Cortés, 2002)

Este modelo describe un sistema de cuatro niveles interactivos que contribuyen al desarrollo del comportamiento, incluidos los malos tratos, donde se concibe al individuo inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios, estos sistemas son: **1) Desarrollo ontogenético** (estilo interactivo entre padres/niños que se puede ver afectado de modo significativo por el historial de crianza de los padres), **2) El microsistema** se refiere al ambiente inmediato del niño, es decir, el ambiente familiar,

la salud y el temperamento del niño, el tamaño de la familia, la calidad de la relación matrimonial y los incidentes inmediatamente anteriores que pueden desencadenar los malos tratos. **3) El exosistema** compuesto por parientes próximos, comunidad, estructura económica. Dentro de este nivel se considera el trabajo y el apoyo social como dos elementos clave en la prevención del abuso infantil, ya que otro elemento común en las familias en las que se producen los malos tratos es su aislamiento de los vecinos y parientes, es decir de sus posibles fuentes de apoyo social. **4) El macrosistema**, constituido por las actitudes sociales hacia la violencia en general, las expectativas de la sociedad acerca de los métodos de disciplina en el hogar y en la escuela, y el nivel en general de violencia en el país y en la comunidad. Este modelo no define efectos aditivos o acumulativos de cada uno de estos cuatro sistemas de influencia, sino de una mutua interacción.

2.2 Modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981, citado en Cantón y Cortés, 2002)

Esta teoría reconoce la naturaleza multicausal del maltrato, pero además incluye por un lado **factores potenciadores** (aumentan la probabilidad de maltrato), los cuales pueden ser duraderos, por ejemplo, anomalías físicas y/o transitorios como las dificultades legales y, por otro lado, **factores compensadores** (actúan como amortiguadores del abuso infantil), éstos también pueden ser de largo plazo como un sistema de apoyo familiar estable, y/o transitorios como ingresos extra, armonía matrimonial. De acuerdo con este modelo, los malos tratos sólo tienen lugar cuando los factores potenciadores superan a los compensadores.

2.3 Modelo el de los dos componentes de Vasta (1982, citado en Cantón y Cortés, 2002)

Esta teoría combina las **actitudes y estrategias de disciplina** (componente operante) utilizadas por los padres abusivos y su **reactividad emocional** (componente respondiente) para intentar explicar la presencia del maltrato físico. Así, mientras que en algunas ocasiones el agresor golpea por que piensa que va a obtener un beneficio, en otras, especialmente cuando se encuentra altamente activado, su acción es más una respuesta impulsiva o involuntaria ante estímulos internos o externos. En este proceso intervienen una serie de factores (normas culturales, historial de malos tratos, escasas habilidades de crianza, expectativas inapropiadas a la edad del niño, etc.) que, si bien

no producen por si mismo los abusos, si predisponen al aumento de la posibilidad de que se den las condiciones para el inicio de la cadena de acontecimientos que llevan a los malos tratos.

2.4 Modelo transicional de Wolfe (1987, citado en Cantón y Cortés, 2002)

Para Wolfe, el desarrollo del patrón de malos tratos durante la crianza tiene lugar de acuerdo con una transformación gradual de las relaciones padres/hijo, desde unas interacciones normales a otras muy nocivas, a través de la secuencia de tres estadios en los cuales se va produciendo un incremento progresivo de la probabilidad de maltratar a los hijos.

- ✓ El primer estadio se caracteriza por la escasa tolerancia al estrés y por la desinhibición de la agresión.
- ✓ El segundo estadio se refiere a la escasa habilidad para manejar las crisis agudas y las provocaciones del niño. Las características o la conducta del niño (percibida como una amenaza) actuaría de desencadenante de la cólera y de la frustración que llevarían a los malos tratos.
- ✓ El tercer y último estadio sería el establecimiento de un modelo habitual de fuerte activación y agresión con los miembros de la familia que perpetúe la utilización de métodos de crianza basados en la afirmación del poder (pp. 55-56).

De acuerdo con Cantón y Cortés (2002) estos modelos conllevan una serie de limitaciones en la explicación del maltrato. En general, los autores que han revisado la literatura enfatizan la necesidad de pasar de la descripción a la explicación del abuso infantil.

3 Modelos de tercera generación

En respuesta a las críticas formuladas contra las teorías de primera y segunda generación, comenzaron a surgir modelos teóricos más explicativos de los abusos infantiles, centrados en los procesos cognoscitivos de los padres a partir de las situaciones y condiciones que les circundan. Dentro de estos modelos están la teoría del procesamiento de la información social y la teoría del estrés y del afrontamiento que a continuación se describen:

3.1 La teoría del procesamiento de la información social de Milner (1993, 1995, citado en Cantón y Cortés, 2002).

Esta teoría está centrada en el papel que desempeñan las cogniciones de los padres en el maltrato infantil, postula la existencia de tres estadios de procesamiento cognitivo y un estadio cognitivo-conductual. El modelo también supone que los padres desarrollan y mantienen una serie de ideas y valores (esquemas) globales y específicos sobre sus hijos que guían su comportamiento parental. Estos esquemas influyen en la imagen que los padres tienen de los niños así como en las actividades cognoscitivas y en las diversas etapas del procesamiento de la información, las cuales son: 1) percepción, 2) interpretación de la percepción 3) Integración de la información y selección de la respuesta. 4) cognitivo-conductual.

Milner (1995, citado en Cantón y Cortés, 2002) distingue entre **procesamiento controlado** y **automático**, y afirma que los padres que maltratan utilizan más el procesamiento automático ante la conducta infantil en situaciones ambiguas que implican estrés. El procesamiento automático es un proceso cognoscitivo que puede iniciarse sin que los padres sean conscientes de ello, al producirse a partir de contenidos enraizados en la memoria a largo plazo. El proceso exige poca atención y, una vez adquirido, es difícil modificarlo o suprimirlo. Además, conforme se va repitiendo el procesamiento automático implicará latencias de respuesta cada vez más cortas, lo que puede explicar las reacciones inmediatas y aparentemente explosivas que se observan a veces en los padres abusivos.

3.2 Teoría del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper (1994, citado en Cantón y Cortés, 2002)

Esta teoría centra su análisis en cómo llega a elevarse el nivel de estrés parental, asimismo, sugiere que las estrategia de afrontamiento que utilizan los padres pueden desempeñar un papel fundamental en la determinación de los malos tratos físicos y el abandono a los hijos. Esta teoría está compuesta por cuatro elementos que se relacionan mediante múltiples vías, reflejando la naturaleza interactiva y dinámica de los diversos elementos de los procesos de estrés y de afrontamiento.

- ✓ **Posibles factores de estrés.** Antecedentes como el desempleo, las psicopatologías, el temperamento difícil del niño, etc. se pueden considerar como

posibles factores de estrés. Un mismo factor puede ser evaluado de forma diferente, provocando interacciones muy distintas entre los cuidadores y sus hijos.

- ✓ **Evaluaciones cognoscitivas**, puesto que existe una gran variabilidad en las respuestas ante un posible factor de estrés, es importante tener en cuenta la evaluación cognoscitiva **primaria**, es decir, identificar la presencia de un factor de estrés (una amenaza) y proceder a la evaluación cognoscitiva **secundaria** para determinar los recursos internos y externos con que cuenta el cuidador del niño para **afrontar** el estrés. Asimismo, cuando se cuenta con recursos limitados (baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, escasas habilidades de crianza expectativas irrealistas, inmadurez, soledad, etc.) es más probable que las situaciones se evalúen como estresantes y se utilicen conductas de crianza menos eficaces.
- ✓ **Componentes del afrontamiento (disposiciones y respuestas)**. Las personas pueden tener disposiciones o tendencias de afrontamiento relativamente estables (no específicas de la situación) que pueden influir en sus respuestas ante determinadas situaciones. Éstas respuestas oscilarán dentro de un rango que va desde la utilización de estrategias más adaptativas a más disfuncionales, las respuestas de afrontamiento centrada en las emociones y en su desahogo pueden ser muy mal adaptativas y conducir a los malos tratos físicos. Entre las estrategias de afrontamiento que pueden facilitar y no llevar a los malos tratos se incluyen: el **afrontamiento activo** (consideración de varias alternativas y adopción de una acción concreta), y el **afrontamiento controlado** (por ejemplo, reconocimiento del peligro de actuar cuando se está excitado y esperar a calmarse para afrontar la situación), la búsqueda de apoyo social funcional y la reinterpretación positiva (por ejemplo, reinterpretando la resistencia del niño como una señal de fuerza e independencia).
- ✓ **Conductas del cuidador** (facilitativa, negligente y abusiva). El modelo sugiere que las evaluaciones y estrategias de afrontamiento funcionales, llevarán a interacciones facilitativas entre el cuidador y el niño, no produciéndose así los malos tratos. Por el contrario, las evaluaciones y estrategias de afrontamiento disfuncionales aumentarán la probabilidad del maltrato infantil. Cuando la disfunción se produce a niveles moderados, el maltrato puede adoptar la forma de

abandono, mientras que unos niveles más severos de disfuncionalidad probablemente indicarán malos tratos físicos.

LA MADRE MALTRATADORA.

Las mujeres ejercen la maternidad, e invierten en el cuidado de los hijos mucho más tiempo que los hombres. En nuestra sociedad, como en la mayor parte de las sociedades, las mujeres no sólo llevan los hijos en el vientre y después los paren; también asumen la responsabilidad primordial del cuidado, alimentación, cobijo y mantiene los primeros lazos emocionales con los hijos (Chodorow, 1984). Sin embargo la madre que no cumple con su función de manera satisfactoria y utiliza prácticas de crianza inapropiadas como el rechazo, el castigo el abandono, etc., es considerada madre maltratadora (Santamaría, 1993).

Hoy en día, mucha gente piensa, que el cuidado de los hijos corresponde "naturalmente" a las mujeres (por ser éstas las que dan a luz y amamantan). Este hecho va acompañado de una vasta campaña ideológica que promueve valores "tradicionales" de la familia, en donde se trasmite que es la madre el agente primordial y necesario para la satisfacción de las necesidades del niño (Castañeda, 2002). Lo anterior no siempre fue así, y dado que los hijos eran un *subproducto del acoplamiento*, no había sobre ellos sentido de propiedad ni de responsabilidad. No querer a los hijos se ha convertido en un crimen sin explicación posible. La buena madre es tierna o no es madre. Su única ambición son sus hijos y ella sueña para ellos un futuro más brillante y más seguro que el suyo, por lo tanto, invierte todos sus deseos de poder en la persona de sus hijos (Ferro, 1991).

El que algunos niños sean víctimas de agresiones físicas o sexuales, o que no reciban los cuidados y atenciones mínimas, es algo que en la actualidad despierta emociones intensas en amplios sectores de la población. Tras esa reacción emocional, se suele expresar una cierta imposibilidad para comprender las razones que expliquen estos comportamientos parentales considerados tan aberrantes y antinaturales (Arruabarrena y DePaúl, 1997).

Por los periódicos sabemos de madres que abandonan o matan a sus hijos, en uno u otro caso hay una madre que no quiere al niño, y entonces surge la pregunta; ¿cómo se puede ir

en contra de tan sublime instinto? Dejando de lado otros muchos factores que pudieron influir en esas situaciones, y aislando uno de los vectores de tal conducta, se podría decir: no los quisieron nunca, no los quieren y recurren al único medio que muchas veces tienen a su alcance, para deshacerse de ellos, en una sociedad que las forzó a fingir amor (Ferro, 1991).

Desde el comienzo del embarazo existen factores que pueden comenzar a influir desfavorablemente en el destino de cada niño. Por ejemplo, para la madre, un embarazo no deseado puede estar complicado con problemas personales, la deserción del padre, el propio mal estado de salud o una total ausencia de apoyo por parte de cualquier allegado. La prematuridad del parto o una enfermedad posparto de la madre o del niño vienen a sobrecargar la responsabilidad de "ser madre" y puede agotar los recursos de una madre potencialmente capaz de maltratar al niño. Si el niño se acomoda a la clase de cuidados que la madre sabe proporcionarle y no llora solicitando algo más, el "ser madre" se va realizando con éxito. Desafortunadamente, al irse desarrollando el niño e ir demandando mayor atención e interacción social y exploración del entorno, comienza a entrar en conflicto con las expectativas de la madre, de que el niño está ahí para que ella disfrute, pero no para plantear excesivas exigencias a su tiempo y a sus energías. Al llegar este momento, o bien el niño debe ser capaz de modificar o suprimir sus propias necesidades, impuestas por el desarrollo, o bien su madre le considerará molesto, "malo", y comenzará a castigarle para asegurarse de que "andaré derecho". La madre que tiende a maltratar o a descuidar a su hijo es insensible a la individualidad de su hijo, interpretan un "no puede" como un "no quiere". Cuando su hijo llora porque tiene hambre o hay que asearle, lo interpreta torcidamente como el comienzo de la conducta caprichosa y de malacrianza, no ve en él un lactante hambriento y desamparado, sino a una especie de monstruo parásito que busca agotar las reservas de alimento, energía y cariño de su madre. En tal distorsión de la realidad, no interviene para nada el razonamiento propio de un adulto, aún cuando la madre parezca intelectualmente normal y capaz de reaccionar de forma adecuada, reacciona de un modo por completo distinto. Probablemente proyecta sobre su hijo todos los deseos insatisfechos de su vida (Kempe y Kempe, 1979).

Schaffer (1977) menciona que la madre, en ocasiones, no es el agente primordial para la satisfacción de las necesidades del niño, y esto puede deberse a distintos factores:

- Factores de personalidad. Los ejemplos más extremos se refieren a enfermedades mentales como esquizofrenia, depresión, estados de angustia. Otro factor de la personalidad tiene que ver con la sensibilidad, ya que es probable que una madre que esté más sintonizada para sus propios deseos que para los de su hijo, tendrá una visión deformada de las capacidades del niño. Algunas madres no se dan cuenta con demasiada frecuencia de las señales del hijo a causa de estar fatigadas, deprimidas o compulsivamente preocupadas por otras actividades; otras, perciben las señales pero las interpretan mal, arreglándolas a sus propias necesidades, en lugar de a las necesidades del niño.
- Condiciones ambientales. La pobreza extrema, las deficientes condiciones de vivienda, el desempleo, la mala nutrición, la salud deficiente son algunos de los factores que ocasionan estrés (tensión continuada) y ansiedad y puede perjudicar la conducta materna en el trato a sus hijos.
- Influencias hormonales. En este sentido, difícilmente puede sostenerse que dar a luz equivale a que aparezca el amor materno.
- Privación durante la infancia. El amor se desarrolla precozmente en la vida, sobre una base de reciprocidad, en la que la experiencia de ser amado por los propios padres fomenta la capacidad de amar en el niño, permitiéndole responder con el mismo sentimiento y, más adelante, transferirlo a otras personas. El hecho de ser amada le permite estar dispuesta para amar, y de no tener esta experiencia, ésta capacidad se atrofiaría (pp. 145-149).

Hay ciertas madres que rechazan, en el sentido de que estas madres tendrían dificultades con cualquier niño, pero existen también lactantes que rechazan, los que por ejemplo, permanecen tensos se haga lo que se haga con ellos, que no pueden ser calmados por nadie o que se contraen y lloran en cuanto se les saca de la cuna y se les coge en brazos. Hay que reconocer que existen ciertos niños que son por naturaleza mucho más difíciles de criar que otros, que algunos son, desde un comienzo, de mayor vulnerabilidad emocionalmente o plantean mucho mayores exigencias a la capacidad de la madre, para entrar en una relación recíproca, puede estar tan impedida que no se puede desarrollar relación mutua alguna. De este modo, podría reconocerse que hay relaciones madre-hijo que fallan mutuamente (Schaffer, 1977).

Casado et al. (1997) mencionan que algunas características de personalidad o conducta que se encuentran con mayor frecuencia, en las madres que maltratan a sus hijos son:

- Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira.
- Aislamiento social
- Falta de habilidades parentales (inconsistencia, pobre estimulación, inflexibilidad, etc.).
- Expectativas no realistas con los hijos.
- Percepción de las conductas de sus hijos como estresantes
- Sentimientos de incapacidad o incompetencia en su rol de padres (pp. 34).

Al respecto Kempe y Kempe (1979) mencionan que los padres que maltratan, recibieron una formación que les inculcó una imagen que sí mismos que les reflejaba como malos, desprovistos de valores e indignos de ser amados. Se desarrollaron en un clima de desconfianza hacia un mundo incierto, implacable, en el que la alegría, la aprobación y el afecto por parte de los demás, o bien no existe, o se transforma inevitablemente en ira y castigo. No aprenden en su hogar como agrandar a otros, sin privarse ellos mismos de placer, ni que el "dar y tomar" significa satisfacción para ambas partes. Cuando una madre ve al niño de un modo en desacuerdo con la realidad, y considera que el castigo es el modo de enseñarle cómo debe comportarse, se sabe que tiende potencialmente al maltrato.

Las aptitudes asociadas con el amor materno no surgirán espontáneamente; si se desea fomentar tales cualidades en los seres humanos, se deben de crear de modo activo las condiciones que hagan posible su desarrollo. Un activo progreso en el perfeccionamiento de "ser madre", se trata en primer término, de la posibilidad de elegir, si se desea o no ser madre. Tal elección depende en primer lugar de la disponibilidad de técnicas de control de la natalidad y, en segundo término, de las expectativas sociales acerca de que las personas casadas deben tener hijos, como si se tratara de una obligación. No puede haber mejor medio de perfeccionar la calidad del "ser madre" que convertirlo en una cuestión de elección auténticamente libre (Schaffer, 1977). A este respecto Badinter (citada en Castañeda, 2002) nos demuestra cuán equivocados estamos al considerar que existe un "amor maternal" eterno y universal "el instinto maternal es un mito. No hemos encontrado ninguna conducta

universal y necesaria de la madre [...]. El amor maternal no se da automáticamente. Es un extra".

MITOS RESPECTO AL MALTRATO INFANTIL

El área del maltrato infantil interrelaciona matices emocionales y subjetivos, lo cual hace que las representaciones sociales del maltrato estén profundamente cargadas de distorsiones y sesgos valorativos. En consecuencia, existe una serie de mitos y falsas creencias respecto al tema. Según Casado et al. (1997) los "mitos" más frecuentes son:

- El maltrato es infrecuente. Existe la creencia arraigada en la familia como núcleo de afecto, donde es difícil creer que exista violencia.
- La violencia y el amor no coexisten en las familias. Tendemos a pensar que el clima de violencia familiar, si existe, es mantenido. Sin embargo, son muchos los niños que a pesar de los malos tratos recibidos quieren a sus padres.
- Noción de transmisión generacional del maltrato. Fórmula dogmática que mantiene erróneamente que todos los niños maltratados serán maltratadores, y al revés.
- El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico. Idea construida y fomentada a través de los medios de comunicación, con una visión restrictiva del problema, dando una importancia preferente a los casos con lesiones físicas y abuso sexual. En contraste, existe una alta tolerancia al maltrato físico "leve" o al psicológico.
- El maltrato no existe en clases sociales altas. Existe un nexo de unión entre pobreza y maltrato, ya que ambos son síntomas no sólo de dificultades individuales o familiares, sino también de la comunidad, pero el maltrato en la infancia existe en todas las clases sociales. Sin embargo, se diagnostican más casos entre las capas sociales bajas, porque el uso de recursos privados, sociales y sanitarios impide el reconocimiento de situaciones de riesgo o establecidas en clases sociales elevadas.
- El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos o bajo los efectos del alcohol o las drogas. Subyace la creencia de que las personas "normales" no maltratan a sus hijos. En realidad, no existe un patrón de "padres abusivos", con una serie de rasgos estables, uniformes, y claramente distinguibles de los padres que no maltratan (pp. 34).

CAPITULO 3

PREADOLESCENCIA

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Platón y Aristóteles, eruditos de la Grecia antigua, expusieron algunos postulados sobre la naturaleza de la juventud. Para el primer pensador clásico, el razonamiento no es una característica propia de la infancia, sino de la adolescencia. Platón consideró que los niños debían practicar el deporte y la música, y los adolescentes tenían que cultivar las ciencias y las matemáticas. Por otra parte, Aristóteles (siglo IV a. C.) argumentó que un aspecto relevante de la adolescencia es la capacidad de elección de los jóvenes, pues era un signo de madurez; sin embargo dicha idea en la actualidad se ha mantenido, ya que algunos especialistas siguen considerando la autodeterminación como un aspecto clave de la actitud juvenil. Asimismo, el “Estagirita” apuntó que una característica propia de los adolescentes es su egocentrismo, sólo ellos tienen la razón; por ello en el Medievo fueron considerados adultos en miniatura y tratados bajo un régimen de intensa disciplina (Santrock, 2004).

Edad moderna

Durante el siglo XVIII, las ideas de Jean-Jacques Rousseau se contrapusieron a los pensamientos medievales sobre la adolescencia, para él los niños y adolescentes no eran adultos; coincidiendo con Platón en que el razonamiento humano se desarrolla durante la juventud, en el cual se debía fomentar y despertar la curiosidad de los niños entre 12 a 15 años. El filósofo francés creía que entre los 15 y los 20 años se llegaba a la madurez emocional y el egoísmo se sustituía por el interés hacia las otras personas. Cabe destacar que Rousseau explicitó, de manera especulativa, que el desarrollo de los adolescentes tiene distintas fases. No obstante sería hasta los últimos años del siglo XIX y los primeros años del siglo XX cuando se explicaría científicamente el fenómeno de la adolescencia (Santrock, 2004).

Siglos XIX y XX

Diversos psicólogos, reformadores urbanos, educadores, trabajadores y orientadores juveniles, entre 1890 y 1920, comenzaron a darle forma al concepto de adolescencia. En este periodo, consideraron que los jóvenes (sobre todo los de sexo masculino) no eran problemáticos, sino que eran seres pasivos y vulnerables – cualidades anteriormente atribuidas a las mujeres jóvenes.

En 1904 Stanley Hall, en su obra *Adolescence*, contribuyó al cambio de percepción de la adolescencia en el siglo XX. El autor, quien es considerado el padre del estudio científico de la adolescencia, señaló que si bien algunos adolescentes, entre los 13 y los 23 años de edad, aparentan pasividad, ésta se debe a una gran confusión en su interior. Hall acuñó los conceptos de <la tempestad y el estrés> como parte de las normas de conducta de los jóvenes, los cuales eran indicadores de una “*etapa turbulenta dominada por los conflictos y los cambios anímicos*”.

En los años comprendidos entre 1920 y 1950, los adolescentes adquirieron, ante la opinión de muchos especialistas, un estatus más prominente conforme experimentaban una serie de cambios complejos. Posteriormente, en los años cincuenta, el término de “adolescencia” se consolidó, pues ahora recibía un tratamiento de ámbito legal y no sólo psicológico; por ello en Europa se desarrollaron leyes especiales para los jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 16 y los 20 años de edad.

La adolescencia no es un periodo de rebelión, crisis, patología y desviación para la gran mayoría de los jóvenes, sino una etapa de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo (Santrock, 2004).

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

La transformación del cuerpo del niño relacionada con cambios cognitivos, emocionales y sociales han despertado varias inquietudes en filósofos y científicos durante siglos. Quienes han tratado de explicarlos a partir de sus distintas percepciones. Se han percatado que en la pubertad ocurren una serie de acontecimientos biológicos que conducen a la madurez sexual y corporal (Berk, 1999).

El periodo de vida desde los seis años hasta los doce ha sido designado con diversos nombres. Por ejemplo, para Weiner y Elkind (1977) es la “etapa escolar”; por su parte Papalia (1992) y Moradela (1995) lo llaman “preadolescencia” mientras que Stone y Church (1970) lo califican como “los años intermedios en la niñez”. Sin embargo, la etimología de la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es "crecer" o "crecer hacia a la madurez"; es decir se debe entender por esta etapa como la transición de una edad otra (Rice, 2000 y Craig, 1988). Cabe decir que este periodo se le ha identificado entre la infancia y la edad adulta en todas las sociedades conocidas a lo largo de la historia humana. A si mismo varios estudios resaltan que en América el termino de adolescencia surgió a finales del siglo pasado. (Elder, 1980; Modell y Goodman, 1990; citados en Kimmel y Weiner, 1998).

El periodo de la adolescencia abarca aproximadamente desde los 12 a los 18 años, algunos especialistas la delimitan entre los 12 o 13 años a los 19 o 20 años (Papalia y Wendkos, 2002). Durante él ocurren cambios tanto físicos, cognoscitivos y psicológicos, además, los niños adquieren aspecto adulto, aumentan su estatura y surgen sus inquietudes sexuales. Es así que los adolescentes comienzan a plantearse en abstracto qué es la libertad y la justicia y hace uso de métodos científicos experimentales (Weiner y Elkind, 1977).

El inicio y fin de la adolescencia parecen ambiguos ya que se pueden observar sus comienzos en la pubertad, pues, muchas veces los niños actúan como adolescentes antes de que comiencen sus cambios físicos (Craig, 1988); empero, no se debe entender lo mismo por estos dos procesos. El término pubertad indica las manifestaciones físicas en la maduración sexual (características sexuales primarias y secundarias), como son los cambios corporales, internos y externos; por otro lado, la adolescencia abarca los procesos psicológicos de adaptación (Blos, 1971). Generalmente, los primeros dos años de pubertad transcurren preparando el cuerpo para la reproducción: el aumento de estatura, aparición del vello pubico, en el caso de los varones se engruesa la voz y los músculos (Rice, 2000).

Desarrollo físico y madurez sexual

En los adolescentes se da un periodo de crecimiento acelerado en estatura y peso corporal, pero entre hombres y mujeres difiere la manera en que se presenta. En las niñas, estos

aparecen antes de la menarca y en el año siguiente, posteriormente, disminuye el ritmo de su desarrollo y los aumentos anuales son muy pequeños. Dichos cambios físicos se manifiestan a mayor escala cuando los niños ingresan a la escuela secundaria, hecho que contribuirá a que sean capaces de ser responsables en diferentes situaciones, como son: aprendizaje, pensamiento, memoria, motricidad, las cuales se reflejarán en la capacidad de tener un conocimiento de si mismo y del mundo social; además establecerán su personalidad, actitudes, valores e independencia con respecto a la familia (Strommen, Mckinney, y Fitzgerald, 1982).

La cantidad de cambios físicos de la niñez y la adolescencia se debe a las glándulas endocrinas; las cuales producen sustancias químicas segregadas que cruzan e influyen en otras células del organismo y hormonas cuya función es única porque sus receptores responden a determinados estímulos y no a otros; entre las que podemos destacar para el crecimiento humano son las liberadas por la glándula pituitaria, que se localiza en la base del cerebro cerca del hipotálamo. Hay dos clases de hormonas que tienen concentraciones relevantes en ambos sexos: andrógenos que se presentan en mayor medida en los varones y los estrógenos en las mujeres. No obstante, es importante tener en cuenta que aunque predominen más en un sexo que el otro, están presentes en los dos (Santrock, 2004). Los órganos que las producen, respectivamente, son los testículos, en el caso de los hombres, los cuales liberan grandes cantidades del andrógeno testosterona que producirá el crecimiento del músculo, el vello facial y corporal y otras características. Los estrógenos son liberados por los ovarios, estas hormonas producen el aumento de los senos, el útero y la vagina, y otras partes del cuerpo femenino, y contribuyen a la regulación del ciclo menstrual (Berk, 1999).

La grasa corporal se incrementa en ambos sexos, pero es mayor en las féminas; sin embargo, al concluir la adolescencia de los varones su masa muscular aumenta a comparación al de ellas. Este factor provoca que la mujeres se preocupen demasiado por su peso, sobre todo en una sociedad que valora mucho la esbeltez, por ello se someten a dietas excesivas que las llevará a padecer bulimia o anorexia nervosa (Meece, 2000).

Características sexuales primarias

En la mujer, los órganos sexuales para la reproducción son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina, estas características sexuales primarias no puede advertirse tan fácilmente porque esos órganos son internos. Los hombres poseen testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad esos órganos se agrandan y maduran (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2005).

Características sexuales secundarias

Las características secundarias comprenden los signos fisiológicos de maduración sexual, pero ellas no involucran directamente los órganos sexuales. Por ejemplo, los senos de las mujeres y los anchos hombros de los hombres, además el cambio en la voz, la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello pubico, facial, axilar y corporal (Papalia, et al., 2005).

Madurez sexual en las chicas

Aproximadamente a los 12 años y medio, las niñas en las sociedades occidentales alcanzan la menarquia, el momento de su primera menstruación. No obstante esto no es siempre es un indicador de fertilidad, pues a menudo las adolescentes menstrúan sin ovular por 12 a 18 meses después de ella (Tanner, 1978 citado en Shaffer, 2000) y al año siguiente concluye su madurez sexual cuando los senos completan su desarrollo y aparece el vello axilar (Shaffer, 2000).

Madurez sexual en los chicos

Para los niños, la maduración sexual se inicia entre los 11 y los 12 años con el agrandamiento de los testículos, el cual es acompañado por la aparición del vello pubico sin pigmentación. Cuando el pene se ha desarrollado por completo entre los 14 y los 15 años, la mayoría de los niños serán capaces de reproducirse (Tanner, 1990, citado en Shaffer, 2000).

DESARROLLO COGNOSCITIVO.

Los adolescentes no sólo se ven diferentes de los niños más pequeños, también piensan de manera distinta. Aunque su pensamiento sigue siendo inmaduro en ciertos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales complejos, así como hacer planes más apegados a la realidad (Papalia, et al., 2005).

De acuerdo con Craig (1988), durante la adolescencia ocurren cambios cognoscitivos trascendentes, aumenta la capacidad y estilo del pensamiento que enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su profundidad, lo cual va produciendo una rápida acumulación de conocimientos que ofrece una amplia gama de situaciones y problemas capaces de mejorar su vida.

Existen datos concluyentes a favor de la interpretación del desarrollo cognoscitivo durante este estadio, como una situación de transición en el que los preadolescentes van dejando progresivamente los modos de actuar del estadio anterior (pensamiento concreto) a la par que se exhiben capacidades aún no consolidadas propias de la adolescencia (pensamiento formal) (Moraleda, 1995).

En la teoría del desarrollo propuesta por Piaget, el hito del cambio cognoscitivo del adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales, el cual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Incluye pensar en las posibilidades, comparar la realidad con aquello que puede suceder o que no puede ocurrir (Craig, 1988).

El desarrollo del pensamiento abstracto, por lo regular alrededor de los 11 años, les da una nueva y más flexible forma de manejar la información, ya que pueden entender el tiempo histórico y el espacial, pueden usar símbolos, aprecian mejor la metáfora y pueden pensar en términos de lo que podría ser y no sólo de lo que es, asimismo de imaginar posibilidades y formar y comprobar hipótesis (Papalia, et al., 2005).

En la etapa de las operaciones formales se puede integrar lo que se ha aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro, incrementando

paulatinamente su habilidad para adquirir y usar los conocimientos acerca del mundo (Papalia, et al., 2005).

A diferencia de los niños que parecen encontrarse cómodos con hechos concretos, los adolescentes manifiestan una creciente inclinación a tratar todo como una simple variación de lo que pudiera ser. El pensamiento de las operaciones formales requiere de la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis, incluso no sólo manipular elementos conocidos y verificables, sino además aquellos que pueden ser contrarios a los hechos, asimismo muestran una creciente capacidad de planear y prever las cosas (Craig, 1988).

La transformación más significativa tal vez sea el mayor nivel de complejidad perceptiva que consigue el preadolescente por la influencia del pensamiento abstracto, de acuerdo con Rubinstein (1973, citado en Moraleda, 1995) el sujeto es capaz de establecer categorías perceptivas más generales, como si al comprobar los contenidos de su percepción los sometiera a un sistema cada vez más característico de conocimientos teóricos. A diferencia del niño en edad escolar quien se caracteriza por su tendencia a una captación analítica y espontánea de la realidad.

Comparado con el pensamiento infantil, el pensamiento preadolescente implica una serie de características nuevas, es más abstracto, es decir menos ligado a conceptos concretos, es más lógico y es más introspectivo. Se caracteriza por ser una fase de transición del pensamiento concreto, al abstracto y formal, que se ira consolidando paulatinamente, alternando con las formas de pensamiento propias del estadio anterior. De acuerdo con Flavell y Wohlwill (1969, citados en Moraleda, 1995) el paso progresivo se da a través de cuatro fases: 1) fracaso en todas las tareas que exijan operaciones formales; 2) exhibición de algunas competencias formales poco significativas; 3) aplicación de operaciones formales de modo poco consistente y 4) razonamiento formal plenamente consistente. Estas mejoras en el desarrollo del pensamiento preadolescente se ponen de manifiesto sobre todo en la comprensión y elaboración de conceptos y en la solución de problemas.

De manera general se puede decir que el desarrollo cognitivo ocurre con la reorganización de las estructuras cognitivas como consecuencia de procesos adaptativos al medio, a partir

de la asimilación de experiencias y acomodación de las mismas de acuerdo con el equipaje previo de las estructuras cognitivas de los preadolescentes. Si la experiencia física o social entra en conflicto con los conocimientos previos, las estructuras cognitivas se reacomodan para incorporar la nueva experiencia y es lo que se considera como aprendizaje. El contenido del aprendizaje se organiza en esquemas de conocimiento que presentan diferentes niveles de complejidad. La experiencia escolar, por tanto, debe promover el conflicto cognitivo en el adolescente mediante diferentes actividades, tales como las preguntas desafiantes de su saber previo, las situaciones desestabilizadoras, las propuestas o proyectos retadores, etc. .

Piaget (1987, citado en Kimmel y Weiner, 1998) intento ser más específico entre el modo en que se desarrollan los niños mediante la inducción del concepto equilibración, con el que se refería al esfuerzo individual por alcanzar un estado de armonía y equilibrio entre la capacidad de comprender el entorno y los problemas que este plantea.

Operaciones formales.

El periodo de operaciones formales implica un grado de equilibrio incluso superior al que se alcanza en las operaciones concretas. Este nivel de equilibrio permite que el pensamiento sea eficaz y flexible incluso cuando enfrenta ideas abstractas e hipotéticas. El adolescente que utiliza un pensamiento operacional formal puede imaginar las posibilidades de una situación y compensar mentalmente los cambios de la realidad (Kimmel y Weiner, 1998).

Es cierto que el desarrollo del aprendizaje presenta diferencias notables de un sujeto a otro, dependiendo de múltiples factores tanto personales como ambientales e institucionales. En algunos casos, cuando alguno de estos factores falla, el sujeto puede encontrarse con dificultades más o menos graves para este aprendizaje que, circunstancialmente, pueden llevarle al fracaso escolar por ejemplo (Moraleda, 1995).

Otra capacidad cognoscitiva adquirida en la adolescencia es reflexionar sobre el pensamiento. Los adolescentes aprenden a examinar y modificar intencionalmente su pensamiento. Así, a veces repiten varios hechos hasta memorizarlos por completo; otras veces se abstienen de sacar conclusiones apresuradas si no tienen pruebas. Los adolescentes se vuelven extremadamente introspectivos y ensimismados. Y, por otra parte,

empiezan a poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías. Al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos (Keating, 1980 citado en Craig, 1988).

El pensamiento reflexivo les permite a los adolescentes evaluar lo que aprenden, además su capacidad para diferenciar lo posible de lo real les permite distinguir no sólo cómo es el mundo adulto, sino también cómo debiera ser, especialmente bajo circunstancias ideales. Esta capacidad de los adolescentes para captar lo que es y lo que debiera ser, les hace idealistas. Comparan lo posible con lo actual, descubren que lo actual es peor que lo ideal, se hacen observadores críticos de las cosas y se comportan de forma ultra crítica con los adultos (Rice, 2000).

En cuanto la capacidad de pensamiento de los adolescentes, se ha liberado de la realidad concreta y es capaz de considerar todo tipo de posibilidades abstractas, su esfera de acción aumenta enormemente con respecto a la amplitud de temas pensados. Superados ya los límites de las cosas tal como son, el adolescente puede poner en entredicho la realidad y el modo en que se han considerado anteriormente las cuestiones sociales, físicas y emocionales. Así, pueden evaluarse, ponerse en duda y debatirse los asuntos políticos, las creencias religiosas, los temas morales y las relaciones personales (Kimmel y Weiner, 1998).

De acuerdo con Elkind (1967, citado en Rice, 2000) otra característica del pensamiento adolescente es la relacionada con el llamado egocentrismo. Esta creencia de que los otros están preocupados por su apariencia y su conducta constituye el egocentrismo del adolescente. El preocuparse por ellos mismos los lleva a pensar que los demás también están preocupados por su apariencia y su conducta.

Para Piaget el concepto de egocentrismo es la incapacidad de distinguir entre el punto de vista propio y el de otra persona, por lo que todas las personas tienen probabilidades de ser egocéntricas de vez e cuando. Así todo pensamiento presenta imperfecciones potenciales debido a la presuposición de que nuestro punto de vista es la perspectiva correcta y precisa (Kimmel y Weiner, 1998).

La creencia del adolescente en que su aspecto y su conducta preocupan a otras personas se convierte en lo que se conoce como audiencia imaginaria, esto es por que el adolescente piensa que es el centro de atención y es imaginaria que normalmente los demás no sienten dicha preocupación. De acuerdo con Elkind (1967, citado en Kimmel y Weiner, 1998) si los adolescentes están preocupados por su conducta dan por supuesto que los demás están igual de preocupados, este aspecto del egocentrismo explica en parte el alto grado de timidez que es característica frecuente de la adolescencia temprana, asimismo de esta audiencia imaginaria pueden resultar sentimientos de vergüenza, autocrítica y autoadmiraación.

Según Elkind (1967, citado en Kimmel y Weiner, 1998) una segunda manifestación del egocentrismo adolescente es el resultado de las sobre estimación y el exceso de diferencias de los sentimientos de un individuo y la creencia que éste tiene, a esto lo denominó fábula personal, que es la convicción del adolescente en su existencia única, inmortal y especial. Esta fábula personal disminuye a medida que los adolescentes desarrollan amistades íntimas, aprenden que hay muchas características humanas compartidas y se dan cuenta que no son tan únicos como creyeron y temieron en otro tiempo.

Elkind 1978 señaló que los adolescentes a menudo demuestran también lo que denominó pseudoestupidez, que es la tendencia a enfocar los problemas a un nivel demasiado complejo y fracasar, no porque las tareas sean demasiado difíciles, sino por ser demasiado simples. Esto es debido a la capacidad para realizar operaciones formales lo cual da la posibilidad para considerar alternativas, pero esta habilidad no está totalmente dominada, por lo que los adolescentes parecen estúpidos debido a que son inteligentes pero no experimentados.

Asimismo debido a la discrepancia entre lo que dicen y que hacen se les acusa a los adolescentes de hipocresía, esto es debido a una inmadurez intelectual más que aún problema de carácter. La capacidad de los adolescentes para pensar sobre ellos mismos, sus propios pensamientos y la sociedad, también les conduce a pretender ser lo que no son (Rice, 2000).

Aún que la investigación no ha puesto en duda los planteamientos del desarrollo descritos por Piaget, si lo ha hecho con las etapas definidas aunque sus escritos proporcionan ejemplos de niños que muestran aspectos del pensamiento científico mucho antes de la adolescencia, así como parecen haber sobreestimado algunas habilidades de los niños mayores. En la mayoría de sus trabajos puso poca atención a las diferencias individuales, a las variaciones en el desempeño de un niño en diferentes tipos de tareas o a las influencias sociales y culturales, incluso no consideró de manera adecuada la acumulación gradual de conocimiento y experiencia en campos específicos (Papalia, et al., 2005).

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas, que dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Las teorías para explicar el fenómeno de la adolescencia son numerosas (Muuss, 2001), a continuación se describirán algunas brevemente.

Teoría de Sigmund Freud.

La teoría del desarrollo de Freud, sostiene que el niño atraviesa cinco fases que son: la **oral** (de 0 a 1 años de edad), **anal** (de 1 a 3 años de edad) las etapas oral y anal – fundamentalmente autoeróticas- se llaman a veces períodos de preego, ya que los impulsos del ello no están restringidos por el yo. La etapa **fálica** a veces llamada “pequeña pubertad” se inicia con el interés de la manipulación de los órganos sexuales. La masturbación infantil y los “impulsos de conocimiento e investigación”. El descubrimiento del yo acompaña el comienzo del narcisismo y cambia totalmente la visión del mundo en el niño (de 3 a 6 años de edad). La etapa de **latencia** (de 6 a la pubertad) y finalmente la fase **genital**. Para Freud, existe una estrecha relación entre los cambios fisiológicos y corporales por una parte, y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra. Durante la adolescencia, los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas. Además, el concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo ponen al individuo en relación con otras personas. Existen, pues, cambios sociales somáticamente fundados, la

liquidación de la situación edípica, el establecimiento (por lo menos por un corto período) de relaciones homosexuales y, mas tarde el advenimiento de la ligazón heterosexual. Finalmente los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, especialmente con el acrecentamiento de emociones negativas tales como la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión y otras formas de comportamiento adolescente (Muuss, 2001).

Teoría de Ana Freud.

Ana Freud, afirma que los factores implicados en los conflictos de la adolescencia son tres: 1) la fuerza de los impulsos del ello, determinada por procesos fisiológicos y endocrinológicos durante la pubescencia. 2) la capacidad del yo para superar a las fuerzas instintivas o para ceder ante ellas cuando no es posible lo primero, cosa que depende a su vez de la ejercitación del carácter y del desarrollo del superyo del niño durante el periodo de latencia. 3) la eficiencia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del yo. Los mecanismos de defensa que el yo puede utilizar, son muchos sin embargo los típicos de la pubescencia por revestir una importancia específica son: el ascetismo y la intelectualización (Muuss, 2001).

Teoría de Erikson.

La teoría de Erikson (1963, citado en Achenbach, 1981) del desarrollo psicosocial difiere de la teoría de Freud sobre el desarrollo psicosexual, en que las etapas de dicho desarrollo se definen no solo en lo que respecta a las zonas erógenas ascendentes, sino también por lo que concierne a los modos de acción que utiliza el niño y la modalidades de interacción social que brotan de los intercambios interpersonales que ocurren en torno a los modos de acción del niño. Así mismo sugirió que los seres humanos experimentan ocho etapas o secuencia de crisis de desarrollo o conflictos nucleares: 1) confianza contra desconfianza básica, 2) autonomía contra vergüenza y duda, 3) iniciativa contra culpa, 4) laboriosidad contra inferioridad, 5) identidad contra difusión del propio papel, 6) intimidad contra aislamiento, 7) fecundidad contra estancamiento. Y por último, 8) integridad del yo contra aversión, desesperación. Dentro de estas etapas el niño de 11 años se encuentra en la cuarta etapa, **laboriosidad contra inferioridad**, que ocurre durante el periodo de latencia

anterior a la pubertad y se relaciona con el desarrollo de las destrezas necesarias para los papeles de adultos maduros, sin embargo los problemas asociados con la vergüenza y la duda siguen siendo vigentes (Achenbach, 1981). El joven se enfrenta con una “revolución fisiológica” dentro de sí mismo que amenaza su imagen corporal y su identidad del yo. Empieza a preocuparse por el sentimiento que tiene de sí mismo, se establece la identidad la cual ha llegado a ser tan importante como el de la sexualidad en Freud. El adolescente tiene que restablecer la identidad del yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son partes de sí mismo. Si la identidad del yo no se restablece satisfactoriamente en esta etapa, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo le parezca difuso, cosa que pondrá en peligro el desarrollo ulterior del yo (Muuss, 2001).

Teoría de Piaget.

Esta teoría trata de explicar específicamente el proceso del desarrollo, referido principalmente a la formación de conocimientos. Piaget (citado en Delval, 2000) considera que desde el principio las conductas son complejas y se van construyendo, por lo tanto cambian a lo largo del desarrollo. El niño va pasando por cuatro estadios que se caracterizan por la utilización de distintas estructuras: estadio 1. Sensoriomotor de 0 a dos años, estadio 2. preoperacional de los dos a los 7 años, estadio 3. operaciones concretas de 7 a 11 o 12 años y estadio 4. operaciones formales de 11 o 12 a 14 o 15 años. De acuerdo a estos los preadolescentes están entre las operaciones concretas y las operaciones formales es decir existe o están a un paso de la capacidad hipotética y del desarrollo de un fuerte idealismo, así mismo del desarrollo moral el cual es un fenómeno cognoscitivo (Lefrancois, 2001).

Teoría de Vigotsky

Este autor se interesa principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, manteniendo que el desarrollo del individuo es indisociable de la sociedad en la que vive, que le trasmite formas de conducta y de organización del conocimiento que el sujeto interioriza. Las funciones psicológicas superiores se realizan en colaboración con los otros. Esto conduce al concepto de zona de desarrollo potencial o próximo que indica el nivel al que puede elevarse un individuo con ayuda de los otros. La interpretación de la posición de

Vigotski resulta complicada ya que sosteniendo que las ideas de los individuos son el simple reflejo de las ideas sociales esto supondría que el individuo se limita a interiorizar lo que está en la estructura social, lo que le transmiten los demás. Así mismo Delval (2000) menciona que ésta teoría se refiere más a la forma de las relaciones sociales y su influencia sobre el desarrollo mental del individuo.

DESARROLLO MORAL.

La palabra “moral” deriva del latín mos-moris, que significa costumbre, manera, uso o práctica. Podría decirse que la moral esta formada por el conjunto de normas más generales que regulan la conducta entre los individuos que viven en sociedad y tratan de la justicia, la integridad, y el respeto a los otros (Delval, 2000).

La moralidad es un tema multidimensional, y al considerar su desarrollo en el preadolescente necesitamos saber no sólo como cambiar la ideología moral en ellos, sino también el desarrollo de su pensamiento, de su interés hacia las demás personas, su habilidad para expresar este interés y estos criterios en la práctica y su voluntad de transformarlos en acciones apropiadas de conducta moral (Moraleda, 1995).

Para Kohlberg (1992), la acción moral normalmente se da en un contexto o grupo social, y ese contexto tiene normalmente una profunda influencia en la toma de decisión moral de los individuos. Las decisiones morales individuales se hacen, en la vida real, casi siempre en el contexto de normas de grupo o procesos de toma de decisión en grupo.

En los preadolescentes la objetividad en los criterios morales no siempre es constante, se ve amenazada por diversos factores como lo son, el intenso tono afectivo que hace que sus juicios sean, muchas veces, más afectivos que racionales, su inseguridad y el deseo de autoafirmación le lleva a oscilaciones entre una moral de obediencia y sometimiento de los padres, o al rechazo de dicha moral. Los preadolescentes justifican su comportamiento moral de un modo racional, al tiempo que lo basan en una percepción de los sentimientos y necesidades de los otros, junto a las respuestas racionales y altruistas, también dan respuestas en tipo irracional orientados primariamente al bien del propio yo, asimismo dan respuestas obedienciales. También es un hecho que en la preadolescencia suelen darse un

descenso en la conducta moral y un aumento en la delincuencia. El hecho de que los preadolescentes tengan conocimientos de lo que es bueno un malo o incluso logren una cierta madurez del pensamiento moral, no garantiza una conducta concordante con dicho conocimiento y maduración (Moraleda, 1995).

Los teóricos modernos que más influencia han tenido en el desarrollo de razonamiento moral son Piaget (1971) y Kohlberg (1992), los cuales continuamente son mencionados por distintos autores, ambos sostuvieron que los niños no pueden hacer juicios morales, saludables sino hasta que cambien su pensamiento egocéntrico y logren cierto nivel de madurez cognoscitiva. Eisenberg (citada en Delval, 2000) habla de la conducta y el razonamiento moral prosocial, la cual se refiere a conductas como ayudar, consolar o compartir. A continuación explicaremos brevemente estas teorías.

Teoría de la moralidad de Piaget.

Para Piaget (1971), la concepción de la moralidad de los niños se desarrolla en dos estadios importantes que coinciden aproximadamente con los estadios preoperacional y operacional, por lo que define dos morales:

- 1) Moral de la obligación o de la heteronomía (bajo las reglas de otro). Se da entre los cinco y diez años, aquí los niños desarrollan un gran respeto por las reglas. Cualquier acto que no se da conforme a las reglas, es malo, la regla no es interpretada ni juzgada por la conciencia, se concibe como revelada por el adulto e impuesta por éste, por lo tanto la regla debe de ser cumplida al pie de la letra, Piaget plantea que a partir de esta se desarrolla una responsabilidad objetiva.
- 2) Moral de la cooperación o la autonomía. Se da entre los 10 y 12 años, los niños se dan cuenta que las reglas sociales son acuerdos arbitrarios que se pueden desafiar e incluso modificar con el acuerdo de las personas a quienes regulan. Por otro lado piensa que las reglas se pueden infringir al servicio de las necesidades humanas. Los juicios de lo bueno y lo malo dependen más de la intención del actor de engañar que de las consecuencias del acto mismo (pp. 167).

Teoría de Kohlberg

El enfoque propuesto por Kohlberg (citado en Kimmel y Weiner, 1998) ha proporcionado un punto central importante de investigación en el área general del desarrollo moral, centrando su atención en la estructura del pensamiento sobre cuestiones morales, no sobre el contenido de los valores. La utilización del concepto de "moral" en Kohlberg (1992), se realiza en términos de universalidad basándose en el principio de justicia e implica las características siguientes: a) la moralidad se define en su carácter formal de razonamiento moral, no en términos de contenido moral. b) el concepto de moral hace referencia a juicios basados en principios morales universales, más allá de implicaciones sociológicas del término "moral" definido como normas o reglas. Kohlberg desarrolló un modelo de seis estadios evolutivos, los cuales se dividen en tres grandes niveles de desarrollo: preconvencional, convencional y posconvencional. El término "convencional" significa conformidad y mantenimiento de las normas, expectativas y acuerdos de la sociedad o autoridad por el mero hecho de ser reglas, expectativas o acuerdos de la sociedad. A continuación se explicarán los distintos niveles y estadios (Kohlberg, 1992).

Nivel A moral preconvencional: es el nivel de la mayoría de los niños menores de nueve años, de algunos adolescentes y de muchachos adolescentes y adultos delincuentes. El individuo todavía no ha llegado a entender y mantener las normas sociales convencionales. El valor moral reside en acontecimientos externos o necesidades, más que en las personas.

Estadio 1. Orientación al castigo y obediencia. Evitar romper las normas solo por el castigo, obedecer por obedecer y evitar causar daño físico a personas y a la propiedad. Una tendencia a evitar problemas.

Estadio 2. Ingenuo Hedonismo instrumental. Orientación ingenuamente egoísta. La acción correcta es la de satisfacer las necesidades de uno y ocasionalmente las de otro. Conciencia del relativo valor de la perspectiva y necesidades de cada actor. Orientación al intercambio y la reciprocidad.

Nivel B moral convencional. Es el nivel de la mayoría de adolescentes y adultos de nuestra sociedad y de otras sociedades. En este nivel la persona se identifica con las reglas y expectativas de otros, especialmente de las autoridades. El valor moral reside en interpretar roles buenos o correctos, en mantener el orden y las expectativas de los demás.

Estadio 3. Moralidad de mantenimiento de buenas relaciones, aprobación por parte de otros. Orientación a agradar y aprobar a los demás, así como ayudar. Los sentimientos compartidos tienen preferencia sobre los intereses individuales.

Estadio 4. Moralidad del mantenimiento de la autoridad y orden social. Orientación a "cumplir el deber" y a mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden social dado, por sí mismo.

Nivel C. moral postconvencional. . Se alcanza por una minoría de adultos y normalmente sólo después de los veinte años. El valor moral reside en la conformidad con estándares, derechos o deberes compartidos o compatibles, en donde la persona ha diferenciado su yo de las normas y expectativas de otros y define sus valores según unos principios autoescogidos (vida y libertad).

Estadio 5. Moralidad de compromiso, en derechos individuales y en la ley democráticamente aceptada. Reconocimiento de un elemento arbitrario o punto de partida en reglas o expectativas para llegar a un acuerdo. El deber se define en términos de contrato, evitando la violación de los derechos de otros y según la voluntad y bienestar de la mayoría.

Estadio 6. Principios éticos universales. Moralidad de principios individuales o conciencia. Orientación no sólo a reglas sociales ordenadas si no a principios de elección que requieren la llamada a una consistencia y universalidad lógica. La conciencia como un agente dirigente a un mutuo respeto y confianza (Kohlberg, 1992., pp. 80).

Teoría de Eisenberg

La conducta prosocial se refiere a las acciones que tratan de ayudar o beneficiar a otra persona o grupo de gente sin que el actor anticipe recompensas externas. Tales acciones implican a menudo algún costo, autosacrificio o riesgo por parte del actor. Bajo ese rótulo se comprenden una amplia variedad de conductas, que incluyen la generosidad, el altruismo, ayudar a la gente en apuros, compartir posesiones participar en actividades destinadas a mejorar el bienestar general reduciendo las injusticias sociales, las desigualdades y la brutalidad (Mussen y Eisenberg-Berg 1977, citados en Delval, 2000). Los niveles de razonamiento prosocial son:

Nivel 1. orientación Hedonística y pragmática. El sujeto se preocupa por las consecuencias para él mismo más que por consideraciones morales. Las razones para ayudar a otro se

refieren a beneficios para él mismo, reciprocidad futura o interés por el otro porque se le necesita o quiere.

Nivel 2. orientación hacia las necesidades de los otros. El sujeto se preocupa por las necesidades físicas, materiales o psicológicas de los otros, aunque piense que entran en conflicto con las propias.

Nivel 3. orientación centrada en la aprobación y/o orientación estereotipada. Las imágenes estereotipadas de las personas buenas y malas y las consideraciones de la aceptación y aprobación de los otros se usan para justificar conductas prosociales o su ausencia.

Nivel 4. orientación empática. El razonamiento refleja un énfasis en la adopción de perspectivas y sentimiento empático por la otra persona (ejemplo. “me siento mal si no le ayudo porque sufre”)

Nivel 5. orientación hacia valores interiorizados. Las justificaciones para la elección moral se basan en valores interiorizados, normas o responsabilidades, el deseo de mantener obligaciones contractuales individuales, y la creencia en la dignidad, derechos e igualdad de todos los individuos. Ejemplo “me sentiría mal si no le ayudara porque vería que no vivo de acuerdo a mis valores.

De acuerdo a este modelo el preadolescente se encuentra en el nivel 4 (al final de la escuela primaria), es decir, existe una empatía hacia las necesidades del otro y es capaz de ponerse en su lugar (Delval, 2000).

DESARROLLO SOCIAL

Es posible considerar que los contextos ejercen una influencia homogenizante. La presión de un solo sistema ecológico produce individuos con valores y opiniones similares. Sin embargo, es evidente que no todos somos iguales; ninguno de nosotros es promedio en todos los aspectos. Nuestro yo y nuestra identidad son nuestros en exclusiva; con todo, también reflejan nuestros contextos (Lefrancois, 2001).

El autoconcepto y la autoestima

El autoconcepto nos dice quiénes somos y lo que podemos hacer y resulta de gran utilidad pues interactúa con la personalidad y la conducta social. El preadolescente se forma una

imagen cada vez más estable de sí mismo y se vuelve más realista. Conoce mejor sus habilidades y limitaciones. Se atribuye a sí mismo, y también a los demás, rasgos cada vez más específicos (características estables de la personalidad) y se esfuerza por comportarse de manera congruente y espera lo mismo de los demás. La autoestima incorpora un elemento evaluativo; indica si el preadolescente se ve bajo una luz positiva o negativa. Una autoestima elevada significa que el preadolescente está contento con sí mismo y se siente competente en sus habilidades sociales y de otra índole. Una baja autoestima quiere decir que no está contento con sí mismo y se siente incompetente. La adquisición de la autoestima es un proceso circular, si se triunfa y se está seguro de sus capacidades entonces se fortalecerá la autoestima. Del mismo modo, cuando el desempeño es insatisfactorio por falta de autoestima, la autoestima tiende a disminuir todavía más (Craig, 2001).

La familia

La adolescencia temprana es un periodo en el que el conflicto entre padres e hijos aumenta, superando el nivel de conflicto entre padres e hijos, propio de la infancia. Este aumento de conflictos puede obedecer a una serie de factores relacionados con la maduración, de los adolescentes y de los padres: cambios biológicos, cognitivos, que implican la expansión del razonamiento lógico y un mayor idealismo, los cambios sociales relacionados con la independencia y la identidad por parte del preadolescente, así como, el incumplimiento de expectativas y los cambios físicos, cognitivos y sociales que afectan a los padres de mediana edad. Sin embargo aunque los conflictos aumentan, no alcanzan proporciones tumultuosas y la mayoría de los conflictos están relacionados con los acontecimientos propios de la vida familiar de cada día, como lo son; tener la habitación ordenada, volver a casa a una determinada hora, no estar hablando por teléfono todo el día y similares (Santrock, 2004).

La familia es el agente primario de socialización, el contexto en el que los niños comienzan a adquirir las creencias, las actitudes, los valores y las conductas que la sociedad considera adecuadas. La familia es un sistema social en el que cada miembro tiene efectos directos, e indirectos en todos los demás. La rivalidad entre hermanos constituye un aspecto normal de la vida familiar que puede comenzar cuando llega a un nuevo hermano. La relación filio-parental se vuelve a negociar cuando los adolescentes comienzan a buscar autonomía. Aunque los conflictos familiares se intensifican en dicho periodo los adolescentes tienden a

alcanzar una autonomía adecuada si los padres les conceden de buen grado, más libertad, explican las normas y restricciones y continúan siendo una guía afectuosa y de apoyo (Shaffer, 2002). Los padres deben adaptarse al mundo cambiante de los adolescentes en lo que se refiere al ámbito académico y de las amistades , así como al creciente deseo de autonomía(Crotevant, 1998 citado en Santrock, 2004).

Con respecto a los hermanos las relaciones durante la adolescencia puede abarcar desde ayuda, compartir, enseñar, pelear y jugar, así mismo pueden actuar como apoyos emocionales rivales y confidentes. En algunos casos, los hermanos ejercen un influjo socializador mayor que el de los padres. Respecto al orden de nacimiento, se ha descrito que los primogénitos están mas orientados hacia los adultos, más atentos más conformistas, mas ansiosos y autocontrolados y menos agresivos que sus hermanos menores. El orden de nacimiento influye sobre las relaciones que mantienen los hermanos entre sí. Los hermanos mayores adoptan el rol dominante en las interacciones y afirman sentirse resentidos por el hecho de que los padres hayan dado en trato preferente a sus hermanos menores. Los hermanos que ocupan posiciones intermedias en la secuencia de nacimientos pueden ocupar puestos diferentes en función del número total de hermanos que haya en la familia. Finalmente, aunque el orden de nacimiento no sea un buen predictor del comportamiento adolescente, las relaciones e interacciones entre hermanos son dimensiones importantes de los procesos familiares durante la adolescencia (Santrock, 2004).

Los iguales

El deseo de aprobación por parte de sus compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afecta al preadolescente y se preocupan más por la aprobación de sus compañeros que por la de los adultos. Las ideas de los padres suelen frecuentemente ser de menos peso para ellos que las opiniones de sus compañeros. El deseo de aprobación social se manifiesta, en los intentos de lucirse ante los demás, con acciones atrevidas que exigen habilidad y fuerzas (Brooks, 1959).

De acuerdo a Secadas (1970 citado en Moraleda, 1995) son cinco los motivos principales que impulsan a los preadolescentes a asociarse:

- 1) la evasión. Los preadolescentes al asociarse buscar evadirse del mundo del hogar e incluso del de los adultos, con los que frecuentemente entran en conflicto. El grupo de

camaradas se convierte así el lugar privilegiado donde el preadolescente podrá relajarse, evitar los choques y disputas familiares con sus padres y hermanos y encontrarse en medio de sujetos que sienten como él experimentan las mismas necesidades y saborean los mismos placeres.

- 2) La necesidad de ser aceptado. Los efectos que ejerce el grado de aceptación sobre la conducta del preadolescente de once a trece años son varios. El preadolescente popular se siente seguro y feliz. Al sentirse seguro de la posición que ocupan en el grupo, puede alejar su atención de sí mismo y de sus problemas e intereses por otras cosas. Esto lo convierte en un miembro cooperador del grupo y en un amigo simpático para quienes no tienen la misma suerte que él. El individuo aceptado suele ser expansivo, simpático, objetivo, dinámico, generoso, entusiasta y afectuoso. En contraste, el rechazado suele ser reservado, aletargado, introvertido, reconcentrado, tacaño y frío.
- 3) El impulso a la agresión gregaria. Se refiere a la necesidad de asociarse a los demás y pertenecer a un grupo como medio de recuperación de la seguridad, que al emanciparse del hogar, se va perdiendo. Pero este impulso asociativo es aún en esta edad de naturaleza agregaria. En los grupos, la característica dominante es la masa, donde el individuo se sumerge en de modo anónimo e impersonal. La simple aglomeración se transforma en un estado y casi en una manera de ser.
- 4) La rivalidad. Al parecer es en la preadolescencia cuando más se acentúa y suele manifestarse en forma de riñas y peleas. Las peleas no tienen por qué ser siempre expresión de hostilidad, en ocasiones pueden servir al preadolescente para demostrar simplemente su prestigio o superioridad ante los otros. La rivalidad puede ser interindividual, grupal o intergrupala.
- 5) La diversión el muchacho se divierte en compañía de otros de su edad. Necesita jugar y emplear el ocio en la forma en que lo hacen los demás (pp. 207-211).

La amistad

La amistad implica una relación entre individuos que se agradan unos a otros: los amigos son compañeros que se ayudan entre sí. Shantz (1983, citado en Kimmel y Weiner, 1998) ha identificado tres cambios generales en las descripciones de los amigos y en el pensamiento sobre la amistad desde la infancia a la adolescencia: 1º.) un cambio desde el pensamiento

sobre la amistad, en términos de jugar juntos e intercambiar objetos físicos, a actitudes más abstractas, como cuidar uno de otro, compartir ideas y sentimientos y proporcionarse consuelo mutuo. 2º.) un cambio desde la idea de que tener un amigo satisface los deseos propios a la idea de que con él se comparte todo, y 3º.) una progresión desde la atención a la conducta concreta, como el mostrarse agradable, hacia un mayor acento en las relaciones duraderas pese a los conflictos esporádicos.

Berndt y Perry (1990, citados en Kimmel y Weiner, 1998) señalaron que, si bien algunos estudios han mostrado que muchos aspectos de la amistad son similares durante la infancia y la adolescencia, existen tres rasgos distintivos en las amistades de los adolescentes:

1. Los adolescentes tempranos consideran sus amistades como relaciones íntimas y de apoyo más a menudo que los niños pequeños.
2. Los adolescentes tempranos consideran que para ellos la lealtad y la fidelidad en las amistades son más críticas que para los niños pequeños...
3. Bajo condiciones en que las acciones de compartir y competir se oponen entre sí, los adolescentes tempranos compiten menos y comparten más de igual a igual con los amigos que los niños pequeños (pp. 167).

Una serie de estudios de Selman (citado en Kimmel y Weiner, 1998) identificó cinco fases en el desarrollo de ideas sobre la amistad:

Fase 0. Compañeros de juegos momentáneos. El niño no distingue entre su perspectiva y la del amigo; los amigos se valoran por sus características físicas y materiales. Ejemplo "es mi amigo" ¿por qué? "Porque tiene un superman gigante y un columpio de verdad" (aproximadamente de tres a siete años).

Fase 1. Ayuda. El niño puede adoptar el punto de vista del otro, pero no reconoce la importancia de la reciprocidad en las concesiones mutuas. "Ya no es mi amiga" ¿por qué? "No viene conmigo cuando yo quiero que venga" (aproximadamente de cuatro a nueve años).

Fase 2. Cooperación por interés. Se entienden las relaciones recíprocas y la perspectiva de la otra persona; ambas partes se consideran necesarias para que la amistad funcione. No obstante, el punto central sigue siendo el de servir a los intereses propios: "somos amigas,

ella me gusta y yo le gustó a ella. Hacemos cosas la una por la otra" (aproximadamente de 6 a 12 años.).

Fase 3. Compartir en reciprocidad e intimidad. Relación de colaboración con otros según intereses mutuos. Los amigos comparten secretos, sentimientos, y tratan de ayudarse unos a otros en sus problemas personales. La limitación está en que se considera la amistad con una relación exclusiva y posesiva. "Es mi mejor amigo. Nos contamos cosas que no contamos a nadie más; cada uno comprende los sentimientos del otro. Nos ayudamos cuando hace falta" (aproximadamente de nueve a quince años).

Fase 4. Interdependencia autónoma. Sistema complejo y superpuesto de relaciones en las que cada individuo brinda un fuerte apoyo emocional al otro, pero también reconoce la importancia de las relaciones independientes para satisfacer las necesidades del otro. "Algo importante con respecto a una buena amistad es que es un compromiso real, un riesgo que hay que asumir. Hay que ser capaz de apoyar, confiar y dar, pero también de respetar la dinámica propia de las cosas" (aproximadamente, de 12 años en adelante) (pp. 166).

La escuela

La escuela puede ser un factor decisivo en el desarrollo personal del preadolescente ya que puede ayudar a dominar destrezas intelectuales nuevas, a adquirir un sentimiento de orgullo por la calidad del propio trabajo, a perseverar en la solución de problemas y a formular metas de largo alcance, a adquirir relaciones más amplias y significativas con los compañeros de la misma edad. Sin embargo en estos aprendizajes están involucrados no pocos elementos diferenciales que hacen que este desarrollo no sea igual para todos los preadolescentes, de acuerdo a Beltrán y Moraleda (1987, citado en Moraleda, 1999) los mas significativos son:

- Factores relacionados con el propio preadolescente: aptitudes intelectuales, estrategias de aprendizaje, historia personal de éxitos o fracasos en el estudio, motivaciones intrínsecas, expectativas, etc.
- Factores relacionados con la interacción profesor-alumno los cuales se han centrado en dos: 1) los estilos de enseñanza ejercidos por el profesor. Bennet (1976, citado en Moraleda, 1999) ha encontrado que existe una relación entre el estilo ya sea progresista, tradicional o formal y el rendimiento de sus alumnos y su comportamiento en el aula. 2) las expectativas de los maestros sobre el rendimiento de sus alumnos, estas llevan al profesor a reaccionar de una forma diferenciada, positiva o negativa,

con respecto a dichos alumnos, y los alumnos responden acercándose a los niveles de exigencia de las expectativas de los maestros, que de esta forma influyen decisivamente en el rendimiento académico (se cumple la profecía). Cuando las expectativas son positiva, benefician al alumno, pero cuando son negativas, sus efectos pueden comprometer seriamente no sólo el rendimiento académico, sino incluso la autoestima personal, y los mecanismos motivacionales de los alumnos (Beltán y Moradela 1987, citado en Moraleda, 1999).

- Factores relacionados con la familia. Varios son los factores que pueden encontrarse en la base de muchos ajustes o desajustes escolares en esta edad, uno de ellos es el nivel cultural de la familia. Otro factor es el modo en que la familia valora el trabajo escolar de sus hijos. Existen padres para los que el ir a la escuela es poco menos que perder el tiempo; otros que, por falta de cultura o de tiempo, se niegan a seguir el trabajo de sus hijos; y otros, por último, que si se preocupan por dicho trabajo escolar, es de modo minucioso, abusivo e irritante, movidos mucha veces por ambiciones excesivas sobre sus hijos (Martínez 1980, citado en Moraleda, 1999). El resultado es que les llevan a desanimarse e incluso a abandonar los estudios tan pronto como pueden. Un tercer factor, es el clima familiar que, según sea equilibrado o problemático, incide de modo decisivo en la adaptación escolar y en el rendimiento académico de los preadolescentes (Arana y Carrasco 1980 citados en Moraleda, 1999).
- Factores relacionados con el grupo de iguales. Los compañeros de clase juegan también un papel muy importante en el ajuste o desajuste escolar de cada preadolescente. Los compañeros sirven de modelo o de punto de referencia de normas, valores, actitudes respecto al estudio y formas de comportamiento escolar (pp. 214-215).

CAPITULO 4

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Determinar si existen diferencias en los factores de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria entre preadolescentes (niños y niñas) con madres que ejercen maltrato y aquellos que tienen madres que no ejercen maltrato.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Existen diferencias estadísticamente significativas:

1. Entre preadolescentes con madres maltratadoras y madres no maltratadoras respecto al factor de riesgo **conducta alimentaria compulsiva**.
2. En la comparación por sexo (niños vs niñas) con madres maltratadoras y madres no maltratadoras respecto al factor de riesgo **conducta alimentaria compulsiva**.
3. En la comparación por sexo (niños vs niñas) respecto al factor de riesgo **conducta alimentaria compulsiva** independientemente del maltrato o no maltrato ejercido por las madres.
4. Entre preadolescentes con madres maltratadoras y madres no maltratadoras respecto al factor de riesgo **dieta restringida**.
5. En la comparación por sexo (niños vs niñas) con madres maltratadoras y madres no maltratadoras respecto al factor de riesgo **dieta restringida**.
6. En la comparación por sexo (niños vs niñas) respecto al factor de riesgo **dieta restringida** independientemente del maltrato o no maltrato ejercido por las madres.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas:

- H1.- En la variable **conducta alimentaria compulsiva** entre preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato.
- H2.- En la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable **conducta alimentaria compulsiva** en preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato.
- H3.- En la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable **conducta alimentaria compulsiva** independientemente de la variable maltrato no maltrato ejercido por las madres.
- H4.- En la variable **dieta restringida** entre preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato.
- H5.- En la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable **dieta restringida** en preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato.
- H6.- En la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable **dieta restringida** independientemente de la variable maltrato no maltrato ejercido por las madres.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

V1: preadolescentes (niños y niñas) con madres maltratadoras

V2: preadolescentes (niños y niñas) con madres no maltratadoras

V3: Sexo de los preadolescentes

VARIABLES DEPENDIENTES:

VD: conducta alimentaria compulsiva

VD: dieta restringida

Definiciones Conceptuales:

Madre maltratadora: Se ha considerado a la madre como agente primordial para la satisfacción de las necesidades del niño, se le considera madre maltratadora a aquella madre que no cumple con su función satisfactoria y que utiliza prácticas de crianza inapropiadas como el rechazo, el castigo y el abandono, etc. (Santamaría, 1993, citado en Hernández, 2003).

Madre no maltratadora: Aquella madre que se relaciona con su hijo, satisfaciendo las necesidades de éste, sin recurrir a la violencia, esta relación se inicia desde la concepción y se extiende con los procesos fisiológicos posteriores (Deutsch, 1960, citado en Hernández, 2003).

Maltrato: Según la comisión Nacional de Derechos Humanos el maltrato se define como “agresiones dirigidas hacia una persona o menor de edad ocasionándole daños o lesiones físicas y / o emocionales, que pueden llegar a poner en riesgo su vida o su salud mental” (Primerio, 1992, citado en Hernández, 2003).

Conducta alimentaria compulsiva: Las personas que se incluyen dentro de este tipo presentan atracones y recurren al abuso de diuréticos, laxantes y vómitos autoprovocados, con el fin de contrarestar el efecto “engordador” de la ingesta. (Gómez - Peresmitré, 2001)

Dieta restringida: tendencia repetitiva de auto privación de alimentos considerados por el individuo como engordadores así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Avila, 1998; Huon y Strong, 1998, citados en Saucedo, 2003).

Definiciones Operacionales:

Madre maltratadora: Aquella madre que obtenga puntuaciones de 188 a 428, en la Escala para detección de Madres Maltratadoras (Hernández, 2003).

Madre no maltratadora: Aquella madre que obtenga puntuaciones de 107 a 187, en la Escala para detección de Madres Maltratadoras (Hernández, 2003).

Conducta alimentaria compulsiva: Se define operacionalmente como los puntajes que se obtendrán mediante la aplicación del estudio sobre alimentación y salud en preadolescentes forma XX y XY, del cual se analizaron los reactivos 3, 16 y 17 de la sección C (Gómez - Peresmitré, 2003)

Dieta restringida: Se define operacionalmente como los puntajes que se obtendrán mediante la aplicación del estudio sobre alimentación y salud en preadolescentes forma XX y XY, del cual se analizaron los reactivos 27 y 27a de la sección C (Gómez - Peresmitré, 2003)

TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO

Se trabajó con un diseño exploratorio de dos muestras, con observaciones independientes, en donde se compara la relación entre el maltrato infantil y los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (conducta alimentaria compulsiva y dieta restringida) en niños y niñas de escuelas públicas.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística propositiva, con un tamaño total de:

$N = 80$ que fue dividida como sigue:

$n_1 = 40$ (20 niños y 20 niñas), con madres que **ejercen maltrato**. y

$n_2 = 40$ (20 niños y 20 niñas), con madres que **no ejercen maltrato**.

INSTRUMENTOS

Se utilizó la Escala para detección de maltrato en madres (Pérez Espinoza, 2000). Esta escala mide frecuencia en el maltrato y reveló un alto grado de confiabilidad ($\alpha = .9466$), consta de 107 enunciados con cuatro opciones de respuesta (S = siempre, CS = casi siempre, A = a veces, N = nunca) y detecta el maltrato que ejercen las madres. Asimismo, se utilizó un cuestionario para obtener datos sociodemográficos y otro para obtener información adicional respecto al vínculo entre madre-hijo y la relación que se dio entre éstas y sus padres.

A los niños se aplicó el cuestionario de alimentación y salud para preadolescentes (Gómez - Peresmitré Versión 2003) forma xy y xx, que explora entre otras las siguientes áreas:

- Sociodemográfica (ver anexo).
- Conducta alimentaria de riesgo (ver anexo).

PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización a los directores de escuelas públicas del D.F., para realizar la investigación y una vez que se obtuvo el permiso se asistió el día de firma de boletas para solicitar la cooperación de las madres a quienes se les pidió contestar la escala de detección de maltrato. Así mismo se les solicitó su consentimiento por escrito y firmado para que participaran sus hijos. La aplicación se llevó a cabo de manera grupal en los salones de clase al inicio se realizó la presentación de quienes llevaron a cabo la aplicación y se expuso brevemente el objetivo del trabajo, posteriormente se leyeron en voz alta las instrucciones correspondientes para responder la escala para detección de maltrato en madres.

CAPITULO 5

RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación es determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables conducta alimentaria compulsiva y dieta restringida entre preadolescentes (niños y niñas) con madres que ejercen maltrato (puntuación obtenida por la madre en la escala de detección de madres maltratadoras de 188 a 428) y aquellos con madres que no ejercen maltrato (puntuación obtenida por la madre en la escala para detección de madres maltratadoras de 107 a 187).

Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales. Las primeras para conocer la distribución de las variables de estudio y las características de los participantes, las segundas para evaluar las diferencias entre grupos y probar las hipótesis de trabajo. Se utilizó el programa SPSS, versión 11.0 para Windows.

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En principio se procedió a aplicar la Escala para detección del maltrato en madres, con la finalidad de obtener una muestra de 40 **madres maltratadoras** (20 de niños y 20 de niñas) y 40 **madres no maltratadoras** (20 de niños y 20 de niñas) para lo cual se tuvo una muestra total de N=316 madres.

De la muestra total se obtuvo una N=80 preadolescentes que cursaban el 5º ó 6º grado de primaria en escuela pública, $n_1=40$ preadolescentes con **madres maltratadoras** (20 niños y 20 niñas) y $n_2=40$ preadolescentes con **madres no maltratadoras** (20 niños y 20 niñas) (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable sexo por grupo.

Preadolescentes	Sexo	Frecuencia	%
madres maltratadoras	Niño	20	25
	Niña	20	25
madres no maltratadoras	Niño	20	25
	Niña	20	25
	Total	80	100

La edad promedio de los preadolescentes con madres maltratadoras es de $X=11.70$ y su desviación estándar es de 0.64 y la de los que tienen madres no maltratadoras es de $X=11.60$ y la desviación estándar es de 0.77 (ver tabla 2).

Tabla 2. Media y desviación estándar de edad por grupo.

Preadolescentes	Media	Desviación estándar
madres maltratadoras	11.70	0.64
madres no maltratadoras	11.60	0.77

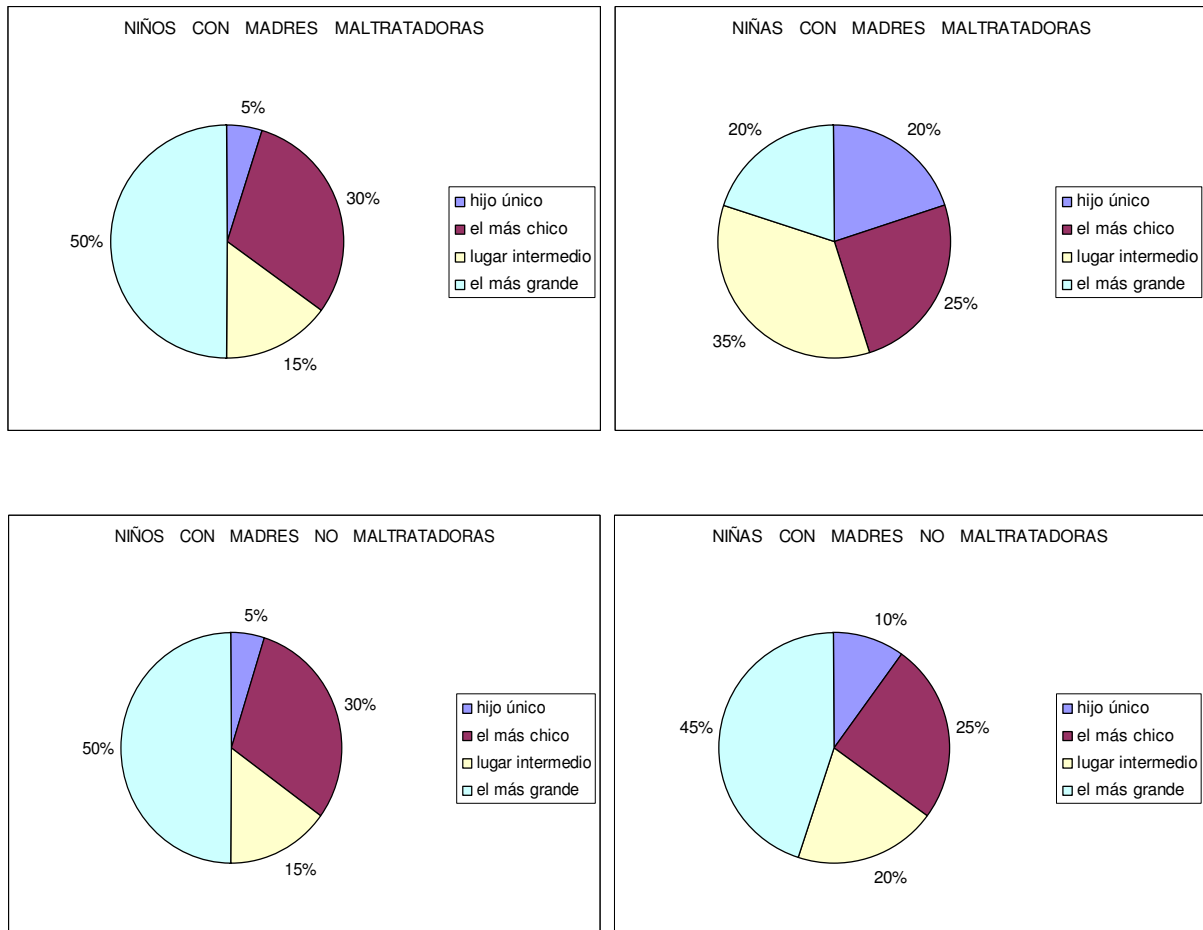
Al observar la edad de los participantes, el mayor porcentaje se muestra en los preadolescentes con 12 años de edad, tanto en los que tienen madres maltratadoras como los que tienen madres no maltratadoras, independientemente del sexo. En el caso de los preadolescentes con madres maltratadoras, el mayor porcentaje corresponde al 65% tanto en niñas como en niños, y en el caso de los preadolescentes con madres no maltratadoras, el mayor porcentaje corresponde al 60% en niñas y al 50% en niños (Ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable edad por grupo y por sexo.

Preadolescentes	Sexo	Edad	%
madres maltratadoras	Niño	10	10
		11	20
		12	65
		13	5
	Niña	10	0
		11	30
		12	65
		13	5
madres no maltratadoras	Niño	10	5
		11	30
		12	50
		13	15
	Niña	10	15
		11	25
		12	60
		13	0

Con respecto al lugar que ocupan los preadolescentes entre sus hermanos, se encontró que entre los que tienen madres maltratadoras, la mitad (50%) ocupan el lugar del hermano mayor y las niñas ocupan el lugar intermedio en un 35%. Asimismo, en el grupo de preadolescentes con madres no maltratadoras, el porcentaje mayor lo tienen los niños con el 50% y las niñas con el 45% y corresponde al hermano mayor (Ver figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de la variable “¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?”, por grupo y sexo.



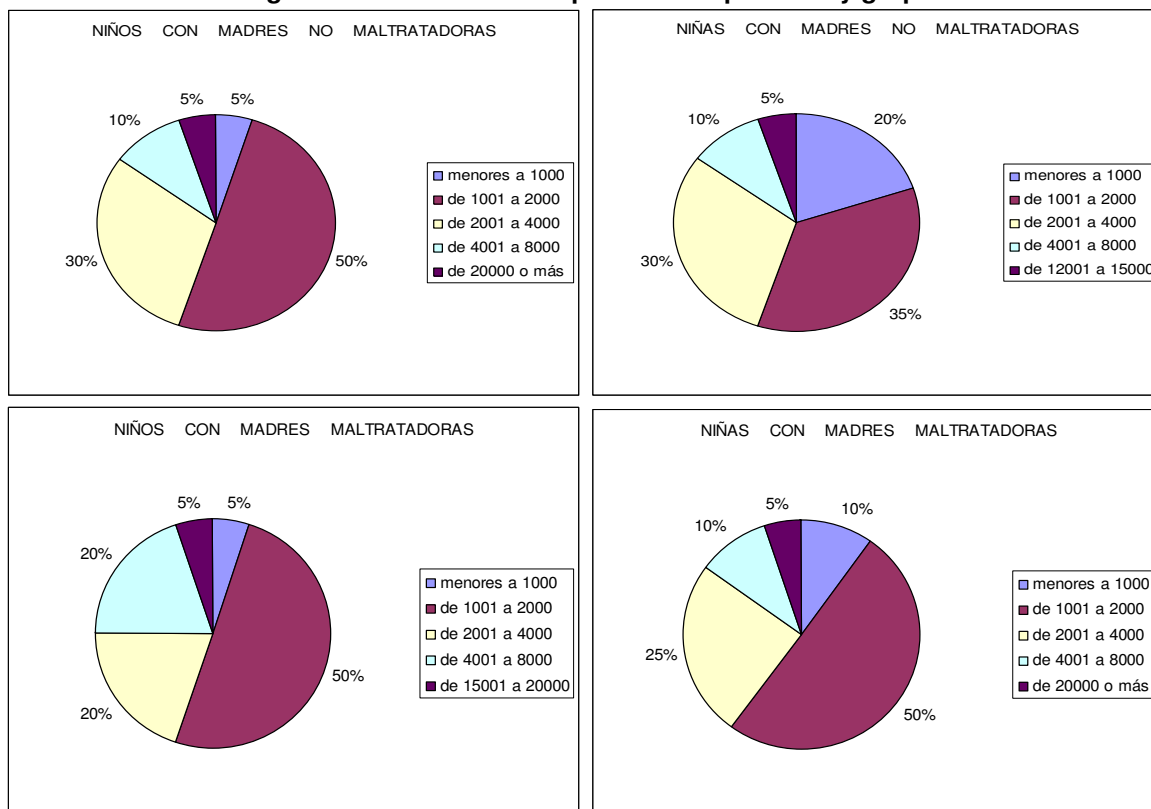
Se puede observar que los niños con madres maltratadoras informan que en un 70% no tienen emisiones; sin embargo, las niñas en un 60% de este grupo si presentan menstruación. Los niños con madres no maltratadoras reportan en un 95% no presentar emisiones nocturnas aún y las niñas en un 75% no muestran menstruación todavía. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable desarrollo púberal (menstruación/emisiones nocturnas) por grupo y sexo.

Sexo	Menstruación/ emisiones nocturnas	madres maltratadoras	madres no maltratadoras
Niño	No presentan	70%	95%
	Si presentan	30%	5%
	Total	100%	100%
Niña	No presentan	40	75%
	Si presentan	60	25%
	Total	100%	100%

En relación con los ingresos familiares los preadolescentes con madres no maltratadoras informan en un 50% los niños y las niñas en un 35% que éstos se encuentran en un rango de 1000 a 2000 pesos. En el caso de las madres maltratadoras se observa que tanto en niños como en niñas el mayor porcentaje es de un 50% para el mismo rango. (Ver figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de la variable “ingreso mensual familiar aproximado” por sexo y grupo.



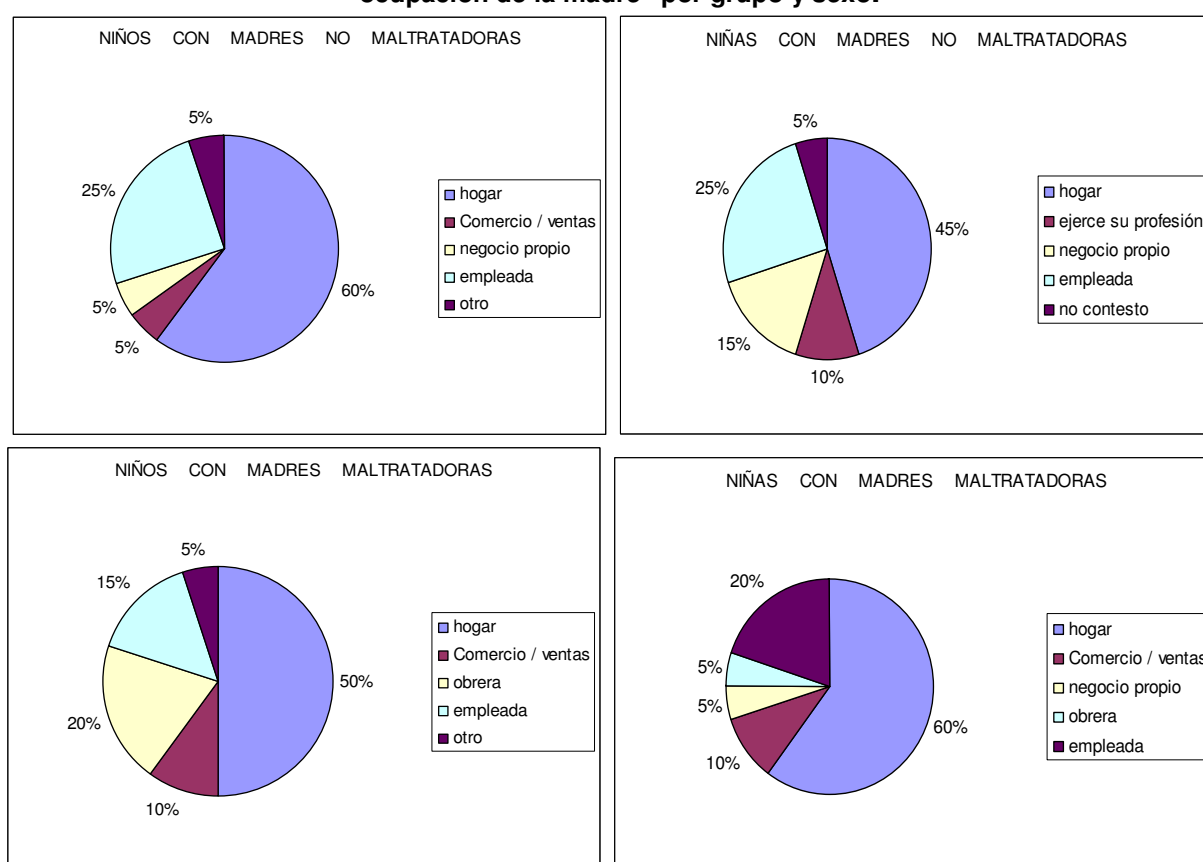
En lo que se refiere a la variable “¿quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?” el grupo de los niños y de las niñas con madres no maltratadoras reportan que son los padres quienes lo hacen en mayor porcentaje (80% y 75% respectivamente). Situación similar se presenta en el grupo de madres maltratadoras, donde se observa que el 75% de los niños y el 65% de las niñas señalan esta opción (Ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de la variable “¿quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?” por sexo y grupo.

Sexo	Aportan	madres no maltratadoras	madres maltratadoras
Niño	Padres	80%	75%
	Tú y tus padres	5%	5%
	Tú, hermanos y tus padres	10%	5%
	Abuelos	0%	5%
	Otros	5%	10%
		100%	100%
Niña	Padres	75%	65%
	Tú y tus padres	5%	25%
	Tú, hermanos y tus padres	%	5%
	Hermanos y tus padres	5%	5%
	Abuelos	10%	%
	Otros	5%	%
		100%	100%

Con respecto a la ocupación de las madres, en el grupo de no maltratadoras se observa de acuerdo con el reporte de los niños que el 60% están dedicadas al hogar, siendo éste el mayor porcentaje y en el caso de las niñas 45% en el mismo rubro. Para el grupo de las madres maltratadoras, es similar ya que en el caso de los niños es del 50% y en las niñas es del 60% de madres dedicadas al hogar (Ver figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de la variable “ocupación de la madre” por grupo y sexo.



Puede observarse (ver tabla 5) que las madres no maltratadoras son mas jóvenes con respecto a las madres maltratadoras, es decir, la mayor proporción de las madres no maltratadoras se encuentra en el rango de edad de 26 a 35 años con el 55% en los niños y el 70% en las niñas, y la proporción más alta de las madres maltratadoras se encuentra en el rango de 36 a 45 años con un 50% en los niños y en 55 % en las niñas. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable edad de las madres por grupo.

Sexo	Edad de las madres	Con madres no maltratadoras	Con madres maltratadoras
Niño	26-35 años	55%	45%
	36-45 años	35%	50%
	Más de 45 años	10%	5%
Niña	26-35 años	70%	40%
	36-45 años	25%	55%
	Más de 45 años	5%	5%

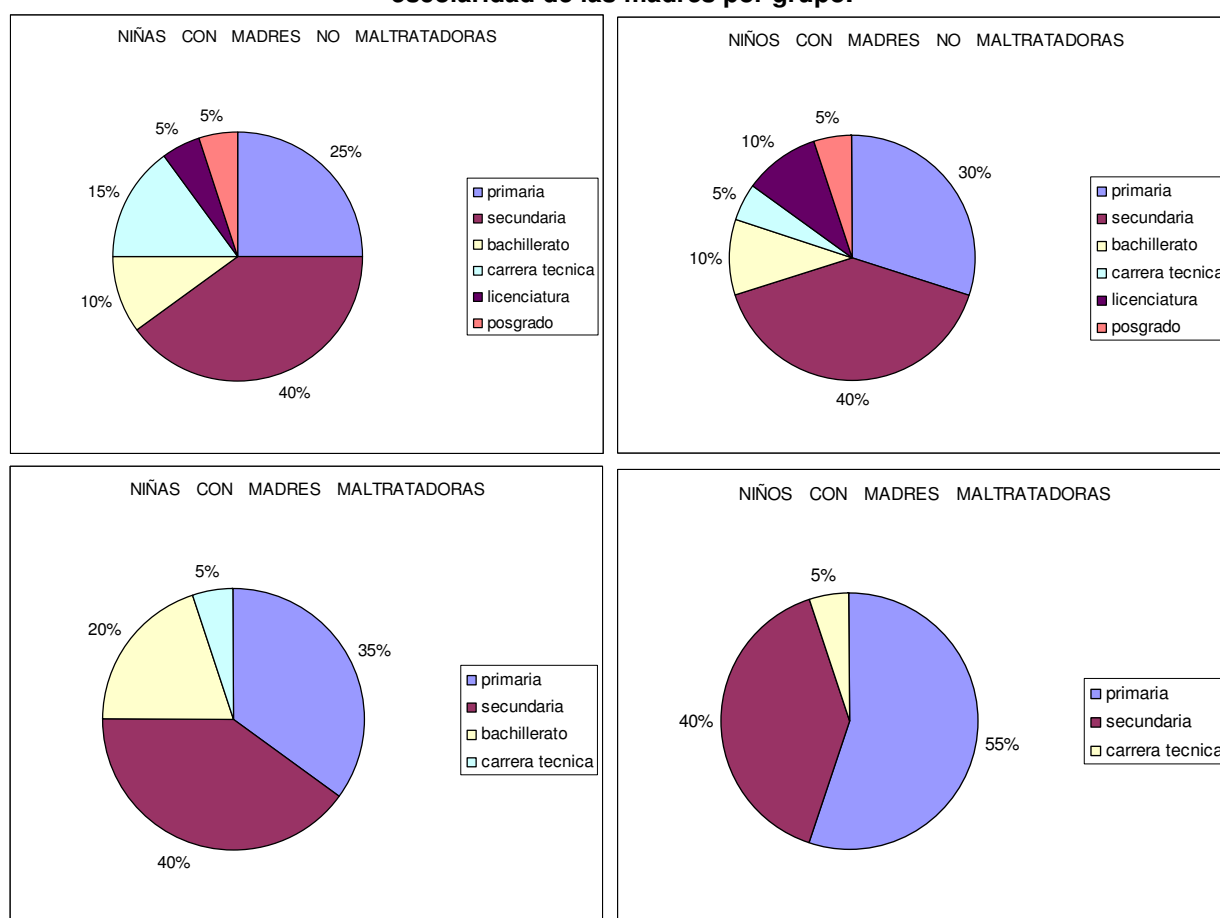
En relación con el estado civil (Ver tabla 7) de las madres no maltratadoras, el 60% de los casos de la muestra señala la opción casada, en lo que a los niños se refiere y para las niñas es del 50%. En tanto que es ligeramente mayor el porcentaje en el caso de las madres maltratadoras con un 65%, para las niñas y del 60% en los niños para el mismo estado civil.

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable estado civil de las madres por grupo.

	Estado civil	madres no maltratadoras	madres maltratadoras
Niño	Casada	60%	60%
	Unión libre	20%	15%
	Separada	15%	15%
	Divorciada	0%	5%
	Soltera	5%	5%
Niña	Casada	50%	65%
	Unión libre	35%	15%
	Separada	5%	15%
	Divorciada	0%	5%
	Soltera	5%	0%
	Viuda	5%	0%

En la escolaridad (Ver figura 4) de las madres no maltratadoras, tanto en niñas como en niños el 40% tienen el nivel de secundaria; exactamente la misma proporción se observa en madres maltratadoras. del grupo de las niñas (40%) y es mayor el porcentaje (55%) para el nivel primaria en el caso de los niños. Se observa una mayor proporción en niveles educativos por encima de la secundaria en los grupos de no maltratadoras en comparación con los de madres maltratadoras.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable escolaridad de las madres por grupo.



En relación con el tipo de vivienda de las madres no maltratadoras, el porcentaje más alto en las niñas (60%) corresponde al rubro vivienda de algún familiar; en el caso de los niños, el porcentaje mayor (40%) pertenece al tipo de vivienda propia. En el caso de las madres maltratadoras el mayor porcentaje en las niñas (35%) señala que la vivienda es rentada, y en los niños es el mismo porcentaje (35%) en el rubro de vivienda rentada y de algún familiar (Ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable “vivienda” por grupo y por sexo.

	Tipo de vivienda	Con madres no maltratadoras	Con madres maltratadoras
Niño	Propia	40%	25%
	Rentada	25%	35%
	De algún familiar	35%	35%
	Otro	0%	5%
	Total	100%	100%
Niña	Propia	20%	30%
	Rentada	15%	35%
	De algún familiar	60%	25%
	De algún amigo	0%	5%
	Otro	5%	5%
	Total	100%	100%

2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

- **Conducta alimentaria compulsiva.**

Con el propósito de obtener los resultados de esta variable, se analizaron tres preguntas del cuestionario, con respecto a la primera pregunta “como tan rápido que la comida se me atraganta”, se puede observar (Ver Figura 5) que los porcentajes más altos se dieron para la respuesta “nunca” en los preadolescentes niños (70%) y niñas (65%) de las madres no maltratadoras, a diferencia del grupo de preadolescentes con madres maltratadoras (vefigura 6) quienes reportaron los porcentajes más altos en la respuesta “a veces”, tanto niños (55%) como las niñas (45%), incluso llama la atención que un 10% de éstas eligió la opción “muy frecuentemente”.

Figura 5. Distribución porcentual de la variable: “Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta” (hijos con madre no maltratadora).

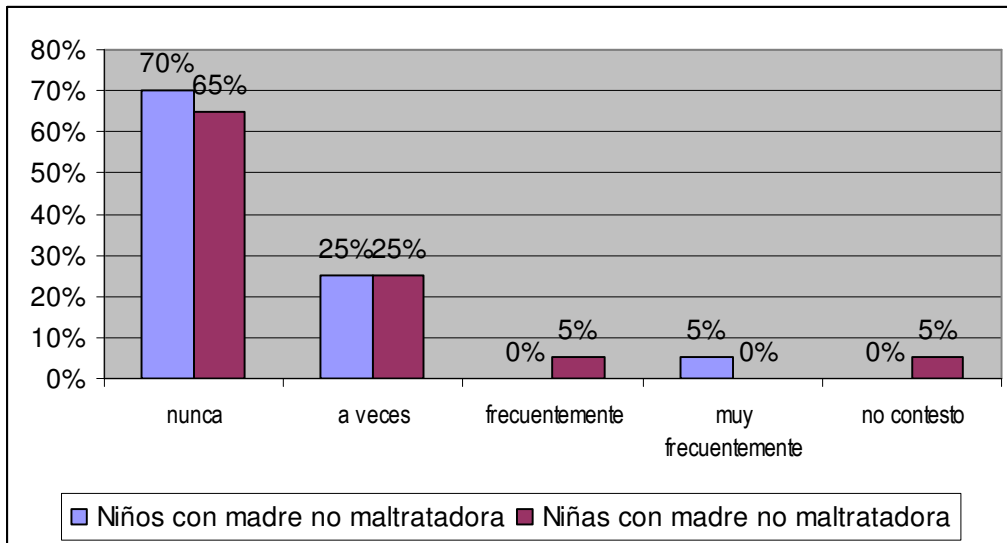
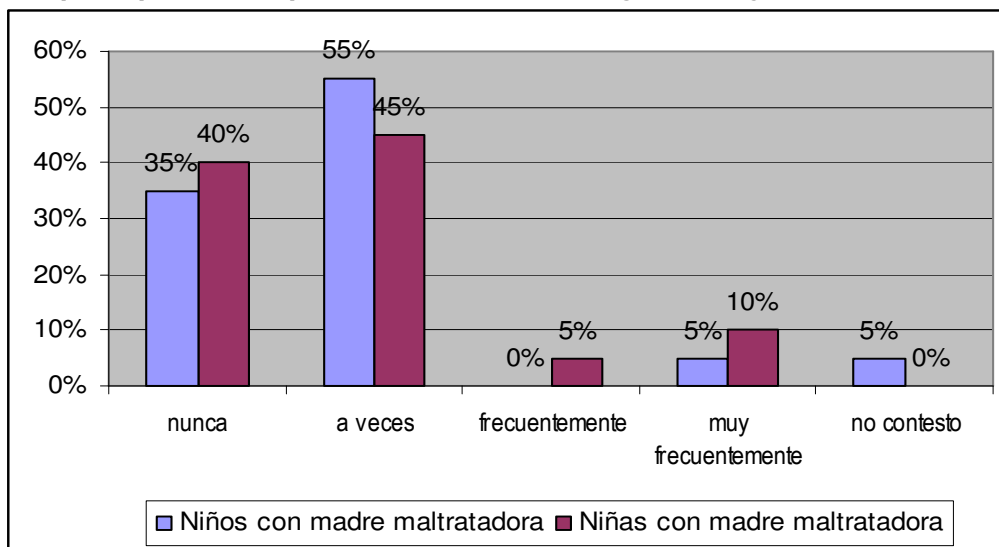


Figura 6. Distribución porcentual de la variable: “Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta” (hijos con madre maltratadora).



En relación con la variable “creó que como más rápido de lo que comen los demás”, se puede observar el porcentaje más alto en la respuesta “nunca”, para las preadolescentes hijas de las madres no maltratadoras (65%), mientras que los niños presentaron un menor

porcentaje (40%) (Ver figura 7). En contraste, el grupo de preadolescentes con madres maltratadoras reportaron los porcentajes más altos en la respuesta “a veces”, en el caso de los niños (70%) (Ver Figura 8).

Figura 7. Distribución porcentual de la variable: “Creó que como más rápido de lo que comen los demás” (hijos con madre no maltratadora).

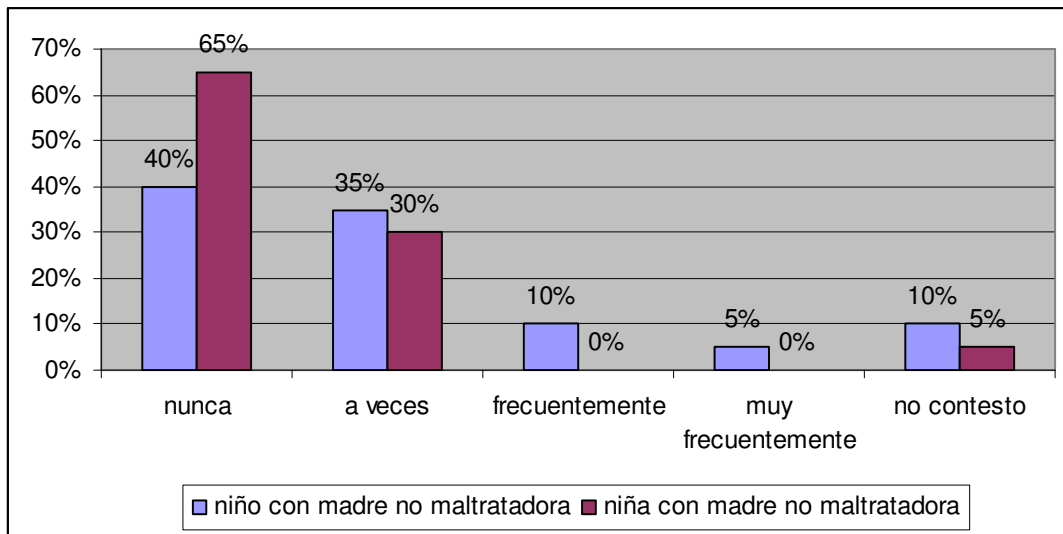
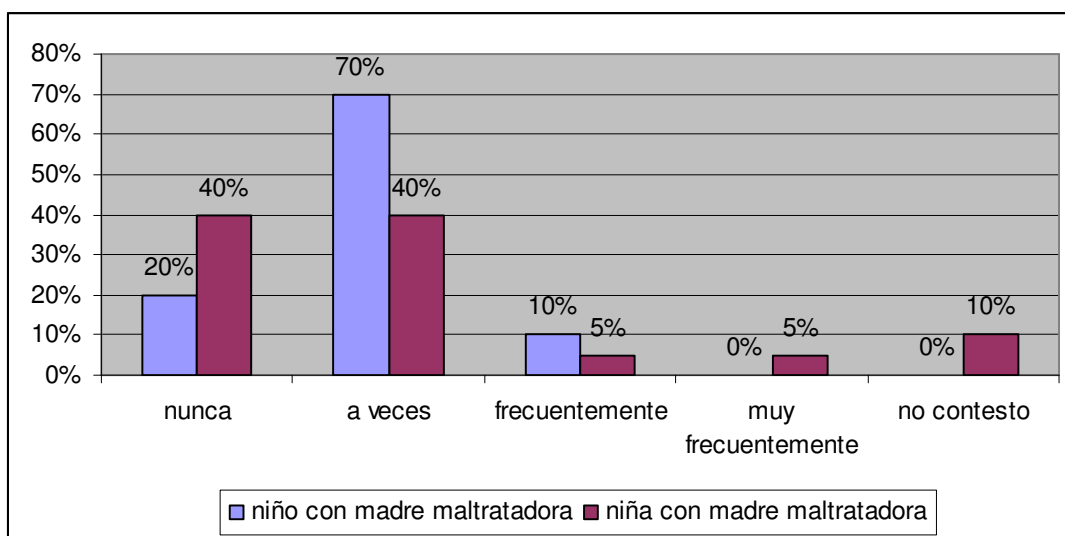
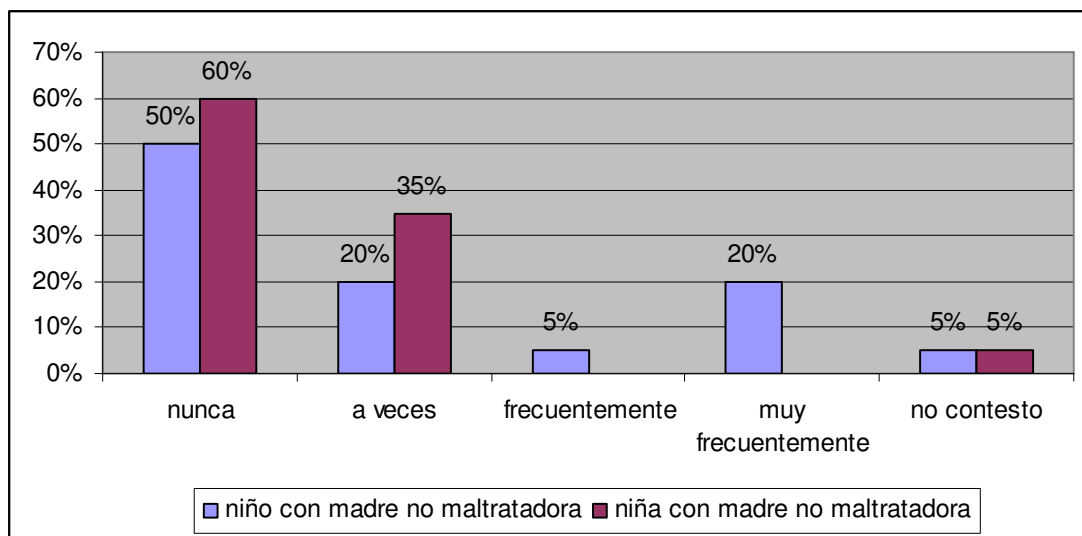


Figura 8 Distribución porcentual de la variable: “Creó que como más rápido de lo que comen los demás” (hijos con madre maltratadora).

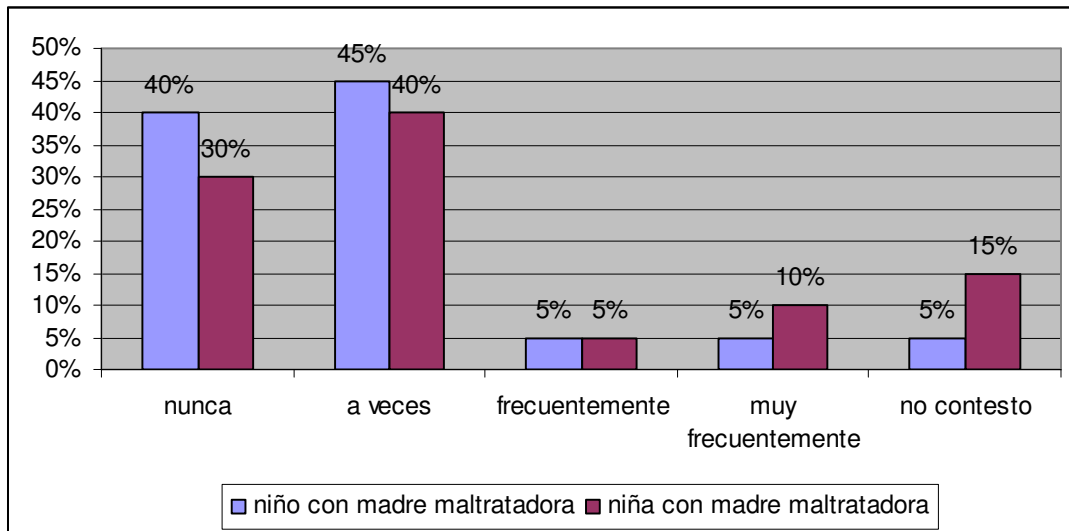


En relación con la variable “como rápido y mucho”, se observa (Ver figura 9) que los porcentajes más altos se obtuvieron en la respuesta “nunca”, en los preadolescentes hijos de las madres no maltratadoras: las niñas en un 60% y los niños en un 50%. El grupo de preadolescentes con madres maltratadoras reportaron los porcentajes más altos en la respuesta “a veces”: los niños en un 45% y las niñas en un 40% (Ver Figura 10).

**Figura 9. Distribución porcentual de la variable:
“Como rápido y mucho” (hijos con madre no maltratadora).**



**Figura 10. Distribución porcentual de la variable:
“Como rápido y mucho” (hijos con madre maltratadora).**



- **Dieta restringida.**

En relación con la variable “En el último año hice cambios en mi alimentación para bajar de peso”, se observa (Figura 11) que los porcentajes más altos se obtuvieron en la respuesta “no”, en preadolescentes hijos de las madres no maltratadoras. En cuanto a los hijos de las madres maltratadoras el porcentaje más alto corresponde a los niños (95%), asimismo se puede observar que con respecto a la respuesta “si” el porcentaje más alto lo obtuvieron las niñas (37%) hijas de madres maltratadoras (Ver figura 12).

Figura 11. Distribución porcentual de la variable: “En el último año hice cambios en mi alimentación para bajar de peso” (hijos con madre no maltratadora).

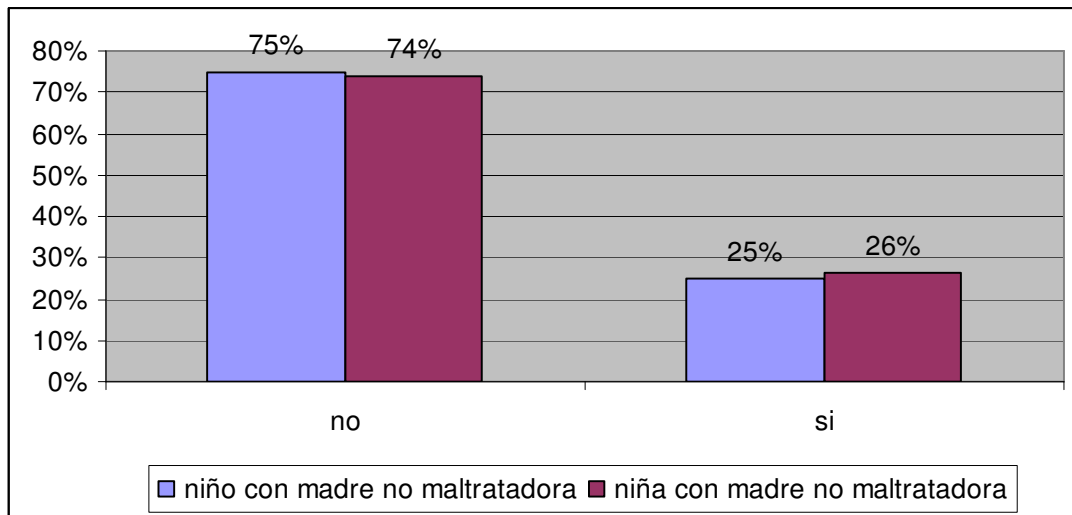
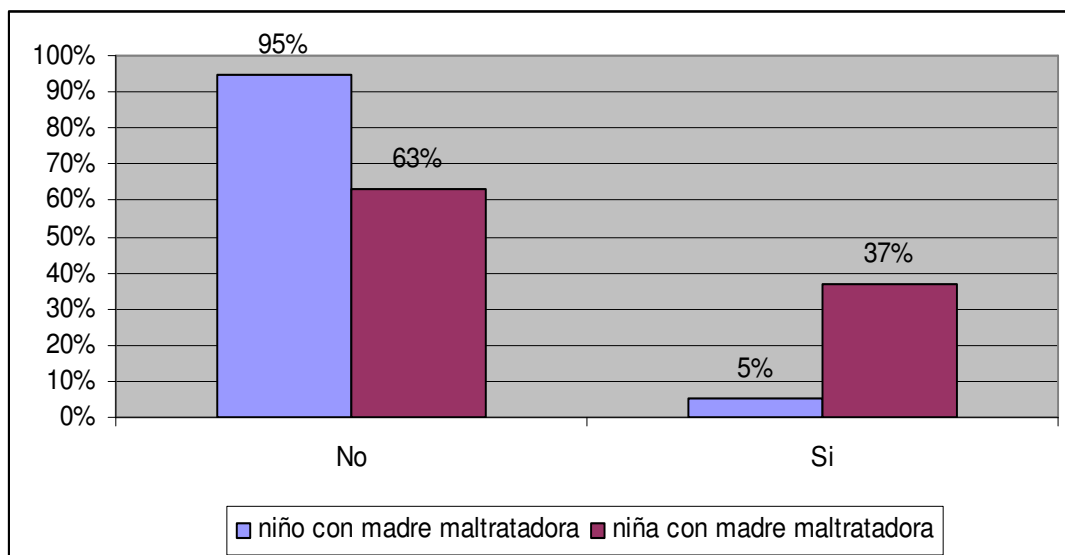


Figura 12. Distribución porcentual de la variable: “En el último año hice cambios en mi alimentación para bajar de peso” (hijos con madre maltratadora).



3. PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó a cada una de las variables dependientes del estudio un ANOVA (factorial simple) teniendo en todos los casos como variables independientes sexo, madre maltratadora y madre no maltratadora.

Como se observa (ver tabla 9) en el caso de las variables relacionadas con conducta alimentaria compulsiva, cabe notar que, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas:

Con respecto a la variable madre maltratadora/no maltratadora, se obtuvo ($F_{(1,79)}=2.988$, $p=.088$),. Lo que nos permiten rechazar la hipótesis de trabajo (H_1) “existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria compulsiva entre preadolescentes (niños y niñas) con madres que ejerce el maltrato y aquellos con madres que no ejerce el maltrato”.

Así mismo, con relación a la comparación por sexo (niños vs niñas) con madres maltratadoras y madres no maltratadoras, se obtuvo ($F_{(1,79)}=.148$, $p=.702$) por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo (H_2). “existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable **conducta alimentaria compulsiva** en preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato”.

Por último, en la comparación por sexo (niños vs niñas) en la variable **conducta alimentaria compulsiva** independientemente de la variable maltrato no maltrato ejercido por las madres, se obtuvo ($F_{(1,79)}=2.361$, $p=.129$), por lo cual se rechaza la hipótesis de trabajo (H_3).

Con el propósito de verificar el efecto del tamaño de la muestra, se aplicó la prueba Eta, en donde todos los resultados son menores a .25 por lo cual el efecto se considera bajo, es decir que el tamaño de la muestra no influye en los efectos observados (resultados).

Tabla 9. Resultados ANOVA (Factorial Simple) de la variable “conducta alimentaria compulsiva” por grupo y por sexo.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F	Eta
Modelo corregido	3.311	3	1.104	1.832	.148	
Intercepto	273.800	1	273.800	454.561	.000	
Sexo	8.889E-02	1	8.889E-02	.148	.702	.002
Madre maltratadora/ Madre no maltratadora	1.800	1	1.800	2.988	.088	.037
Sexo*Madre	1.422	1	1.422	2.361	.129	0.029
Error	45.778	76	.602			
Total	322.889	80				
Total corregido	49.089	79				

Tabla 9.1 Medias de la variable “conducta alimentaria compulsiva” por grupo y por sexo.

Sexo	madres no maltratadoras	madres maltratadoras
Niño	1.86	1.90
Niña	1.53	2.10

Por otra parte, se observa (ver tabla 10) que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas:

Con relación a la variable madre maltratadora/no maltratadora, se obtuvo ($F(1,77) = .296$, $p = .588$). Lo que nos permiten rechazar la hipótesis de trabajo (H_4) “existen diferencias estadísticamente significativas en la variable dieta restringida entre preadolescentes (niños y niñas) con madres que ejerce el maltrato y aquellos con madres que no ejerce el maltrato”.

Asimismo, con relación a la comparación por sexo (niños vs niñas) con madres maltratadoras y madres no maltratadoras, se obtuvo ($F_{(1,77)}=3.095$, $p=.083$), por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo (H_5). “existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación por sexos (niños vs niñas) en la variable dieta restringida en preadolescentes con madres que ejercen maltrato y aquellos con madres que no ejercen maltrato”. sin embargo, este resultado nos indica que existe una tendencia en el sentido de que las niñas con madre maltratadora si hacen dieta (ver tabla 10.1).

Por último, en la comparación por sexo (niños vs niñas) en la variable dieta restringida independientemente de la variable maltrato no maltrato ejercido por las madres, se obtuvo ($F_{(1,77)}=2.623$, $p=.110$), por lo cual se rechaza la hipótesis de trabajo (H_6).

Con el propósito de verificar el efecto del tamaño de la muestra, se aplicó la prueba Eta, en donde todos los resultados son menores a .25 por lo cual el efecto se considera bajo, es decir que el tamaño de la muestra no incide en el resultado, por lo que se considera una muestra confiable.

Tabla 10 Resultados ANOVA (Factorial Simple) de la variable “dieta restringida” por grupo y por sexo.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F	Eta
Modelo corregido	1.041	3	.347	2.005	.121	
Intercepto	4.154	1	4.154	24.005	.000	
Sexo	.536	1	.536	3.095	.083	.039
Madre maltratadora/ Madre no maltratadora	5.128E-02	1	5.128E-02	.296	.588	.004
Sexo*Madre	.454	1	.454	2.623	.110	.033
Error	12.805	74	.173			
Total	18.000	78				
Total corregido	13.846	77				

**Tabla 10.1 Medias de la variable
"dieta restringida" por grupo y por sexo.
0= No hacen dieta 1= Sí hacen dieta**

Sexo	Con madres no maltratadoras	Con madres maltratadoras
Niño	.25	.05
Niña	.26	.37

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la existencia o no, de diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria compulsiva, así como en la dieta restringida entre preadolescentes con madres maltratadoras y aquellos que tienen madres no maltratadoras, así como entre sexos (niños vs niñas) independientemente de la variable maltrato.

Se trabajó con una muestra total de $N = 80$ que fue dividida en: $n_1 = 40$ niños, con madres maltratadoras (20 niños y 20 niñas), y $n_2 = 40$ niños, con madres no maltratadoras (20 niños y 20 niñas). En ambos casos, los niños cursaban el quinto y sexto grado de nivel primaria en escuelas públicas.

En relación al análisis de esta investigación, es importante mencionar que el maltrato afecta notablemente las estructuras de desarrollo del niño (Santamaría, 1993). Lo cual puede provocar conductas tales como retraimiento, agresión, depresión, desórdenes emocionales, compulsividad, fobias e intentos suicidas entre otras (Gállegos, 2001). Por otro lado, al hablar de la alimentación sabemos que es un acto que todo ser humano se ve obligado a practicar a lo largo de toda su vida lo que suele revestir forzosamente múltiples significados (Toro, 1996). Asimismo, la comida puede tener una función de sedación, ante la falta de capacidad para tolerar la tensión, la frustración, el dolor y la situación de espera (Ruch y Zimbardo 1971). Lo anterior sustenta el hecho de que los preadolescentes con madres maltratadoras fueron quienes reportaron en mayor medida “comer tan rápido que la comida se atraganta” y “comer más rápido de lo que comen los demás.

Con respecto a las características socio demográficas los grupos de preadolescentes (con madres maltratadoras y con madres no maltratadoras) fueron muy similares en cuanto a

edad, ambos grupos se formaron con niños que iban de los 10 a los 13 años siendo los de 12 años los que predominaron. Con respecto al lugar que ocupaban dentro de su familia en ambos grupos hubo desde los que ocupaban un lugar intermedio entre sus hermanos, eran hijo único o bien eran el mayor o el menor. En ingresos familiares, los dos grupos manifestaron distintos ingresos, sin embargo las mayores frecuencias correspondieron al ingreso de 1,001 a 2,000 pesos mensuales. En cuanto a la ocupación de las madres no maltratadoras y las madres maltratadoras ambos grupos obtuvieron los mayores porcentajes en el rubro de “trabajo en el hogar”. El estado civil casada prevaleció para las madres de ambos grupos. Asimismo, la escolaridad a nivel secundaria ocupó el mayor porcentaje en los dos grupos de madres. Estos resultados coinciden con Milner (1993,1995 citado en Cantón y Cortés, 2002) quien menciona que existen familias que comparten características similares, pero son distintas en el desarrollo de la violencia infantil.

En el tipo de vivienda tampoco se encontraron diferencias: en las madres no maltratadoras, se observa que el mayor porcentaje indica que la vivienda en la cual viven pertenece a algún familiar. Mientras que las madres maltratadoras indicaron en mayor porcentaje que la vivienda es rentada. Es decir, ninguno de los dos grupos de madres tiene un lugar propio en donde vivir. Sin embargo, en este caso observamos lo que Belsky, (1993); Cameron, (1990); Tzeng, Jackson y Karlson, (1992) (citados en Cantón y Cortés, 2002), mencionan al decir que un factor clave en el abuso infantil, es el estrés producido por el empobrecimiento social (redes de ayuda) y económico, el cual puede fortalecer la predisposición de una familia a la violencia.

En lo que se refiere a si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la conducta alimentaria compulsiva, se observa que los preadolescentes con madres maltratadoras aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, si hay una tendencia a presentar este tipo de conductas en comparación con los preadolescentes con madres no maltratadoras, lo que es coincidente con lo que señala Mesa (1992), la compulsión a comer puede deberse a la influencia de factores como un gran estrés, angustia o ansiedad, en este caso provocados por el maltrato.

En cuanto a las diferencias entre sexos (niños y niñas), a pesar de que no existen diferencias estadísticamente significativas si se puede observar en los niños una tendencia hacia la conducta alimentaria compulsiva.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que los preadolescentes con madres maltratadoras, en el factor de riesgo dieta restringida, específicamente las niñas tienden a realizar cambios en su alimentación para bajar de peso en un mayor porcentaje (37%) en comparación con los niños, quienes sólo en un 5% han realizado estos cambios. Lo cual coincide con un estudio, realizado por Gómez Peresmitré (2001) en el que se encontró que las niñas (púberes y adolescentes) hacen más dieta del tipo restrictivo en comparación con los niños para bajar de peso. Con respecto a esta misma variable en los preadolescentes con madres no maltratadoras se observa que tanto niños como niñas tienden a presentar una conducta de dieta restringida casi en la misma proporción (25% y 26% respectivamente).

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que en términos descriptivos (distribución de frecuencias y porcentajes) se observó una mayor proporción en los hijos de madres maltratadoras en las variables conducta alimentaria compulsiva y dieta restringida, que en los hijos de madres no maltratadoras, también es cierto que ninguna de las hipótesis de trabajo se confirmó. Aunque no debe dejarse de lado la hipótesis que marcó una tendencia hacia la dirección esperada, ya que en estudios anteriores (Castañeda, 2005) se encontró que los preadolescentes con maltrato presentan mayor conducta alimentaria de riesgo que los preadolescentes sin maltrato. Asimismo Camacho y Jiménez (2005) encontraron que las niñas y preadolescentes maltratadas presentan en mayor proporción insatisfacción con la imagen corporal, por lo que están en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

Una posible explicación que por otra parte apoya resultados previos es que el término maltrato tiene un significado subjetivo mientras que para una madre una bofetada no es considerada como una expresión de maltrato para otra, gritar al hijo forma parte de éste. En estudios previos (Pérez, 2006) se mostró que difícilmente puede encontrarse una madre que “no” maltrate, que el maltrato se distribuye en un continuo que no parte de cero. Debido a

estas características lo que se requiere es la utilización de otro método en la obtención de información como pueden ser, entrevistas a profundidad junto con instrumentos proyectivos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Algunas de las limitaciones en este trabajo radican en:

- El maltrato puede ser ejercido en distintos ámbitos, como la escuela, y por distintas personas (familiares cercanos) y en este estudio sólo se considero el maltrato que ejercen las madres.
- Aunque ya se habla más del maltrato que existe en las familias, este aún no está totalmente reconocido por aquellos que lo ejercen, situación por la cual resulta difícil contar con datos que proporcionen mayor amplitud de la situación real del maltrato.
- Dentro de la investigación de campo, una de las cosas que llamó la atención fue la dificultad que se tuvo para obtener la muestra de madres maltratadoras, esto puede deberse a lo que menciona el informe del Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (2005). “El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países del mundo tanto desarrollados como en desarrollo”.
- Para el presente estudio no se consideró la aplicación de un instrumento para medir el maltrato percibido en los preadolescentes.

A continuación, algunas sugerencias a considerar:

- Realizar estudios donde se incluyan los distintos ámbitos (escuela), y otras personas (familiares cercanos) que puedan ejercer el maltrato.
- Efectuar investigaciones considerando la perspectiva de género, con el propósito de identificar si el maltrato es igual en niños y niñas; y de madres o padres.
- Utilizar otros métodos para obtener la información como; entrevistas a profundidad e instrumentos proyectivos.
- Llevar a cabo programas de sensibilización sobre el maltrato, con el propósito de prevenir esta conducta.

- Llevar a cabo investigaciones que incluyan la medición de la percepción del maltrato en los preadolescentes.
- Realizar programas de educación para prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y promover prácticas saludables de alimentación en los preadolescentes.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (1981). *Investigación de psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Arruabarrena, I. M. y DePaúl, J. (1997). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámides.
- Asociación-Psiquiátrica-Americana. (2002). *Breviario de criterios diagnósticos (dsm iv tr.)*. Barcelona: Masson.
- Azaola, E. (2003). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. México: Comisión de Derechos Humanos del D.F.
- Barudy, J. (2003). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo de niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Mortiz.
- Brooks, F. (1959). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Calzada, M. (2004). *Depresión y su relación con factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes*. Tesis de licenciatura inédita no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Camacho, S. y Jiménez, B. (2005). *Factores de riesgo de la conducta alimentaria en niños y preadolescentes maltratados y no maltratados*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: S. XXI.
- Casado, J., Díaz, J. A. y Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Diaz de Santos.
- Castañeda, L. M. (2005). *Satisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes víctimas del maltrato infantil*. Tesis de Licenciatura Inédita. no publicada, Facultad de Psicología UNAM
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Craig, G. (1988). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall.
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

- Crúz, D. (2000). *Efectos del maltrato físico en niños según la edad en la que inició el abuso*. Tesis de Licenciatura. no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Chinchilla, M. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon.
- Chinchilla, M. (2003). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid Ergon.
- Chinchilla, M. (2003 b). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Gedisa.
- Delval, J. (2000). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Dukan, P. (1986). *Después de adelgazar*. Buenos Aires: Javier Vergara S. A.
- Duker, M. y Slade, F. (1992). *Anorexia nervosa y bulimia. Un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. España: Siglo XXI.
- Fierro, A. J. (2001). *Reflexiones en torno a la historia del maltrato infantil*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Fontana, V. J. (1985). *En defensa del niño maltratado*. México: Pax.
- Gallardo, J. A. (1988). *Malos tratos a los niños*. Madrid: Narcea.
- Gállegos, H. E. (2001, recuperado el 8 de noviembre de 2004). Maltrato infantil. from http://www.iin.oea.org/lec_sugerida_maltrato_infantil.pdf
- García-Camba, D. I. m. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas.*, conferencia presentada en el aniversario de los 450 años de la UNAM. Antigua Escuela de Medicina.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (2001). *La psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez-Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: Problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3 (1), 95-112.

- Gómez-Pérez-Mitré., G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.
- Gómez, P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Valencia:: Tilde.
- Hernández, I. (2003). *Elaboración de una escala, dirigida a mamás para detectar maltrato: Un estudio piloto*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Instituto Interamericano del Niño, I. N. y. A. (2005, 2 de febrero de 2005). Maltrato infantil y violencia intrafamiliar: Un problema de todos. from [www.iin.oea.org/Presentaciones del Director General/discurso maltrato infantil](http://www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil)
- Kadushin, A. y Martin, J. A. (1985). *El niño maltratado una interacción*. México: Extemporáneos.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1979). *Niños maltratados*. Madrid: Morata.
- Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson.
- Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: Mc Graw Hill.
- Martínez, A. y DePaúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meece, J. L. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Mc Graw-Hill.
- Mesa, B. M. (1992). *Principales causas y propuestas de la compulsión a comer desde tres diferentes perspectivas psicológicas*. tesis de licenciatura no publicada, Universidad Ibero-Americana.
- Moraleda, M. (1995). *Psicología del desarrollo infancia, adolescencia, madurez y senectud*. Barcelona: Boixareu.
- Moraleda, M. (1999). *Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia madurez y senectud*. México: Alfaomega.
- Muuss, R. (2001). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós.
- OMS-CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz, G. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nervosa y bulimia nervosa*. Tesis de Licenciatura, no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Osorio, C. A. y Nieto. (2005). *El niño maltratado*. México: Trillas.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E. (1992). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (2002). *Fundamentos del desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pérez, J. (2006). *Perfil de rasgos de personalidad de madres maltratadoras*. Tesis de Doctorado. Inedita no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Piaget, J. (1971). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.
- Rojo, L. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Santamaría, G. (1993). *Relaciones familiares e interpersonales y empatía en madres maltratadoras*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Schaffer, R. (1977). *Ser madre*. Madrid: Morata.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. International Thomson.
- Shaffer, D. (2002). *Desarrollo social de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Sherman, R. T. y Thompson, R. A. (1999). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Simón, R. C., López, T. J. L. y Linaza, I. J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
- Stone, L. J. y Church, J. (1970). *El adolescente de 13 a 20 años*. Buenos Aires: Paidós.
- Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. España: Síntesis.
- Strommen, E., Mckinney, J. y Fitzgerald, H. (1982). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Tannenhaus, N. (1999). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Plaza y James.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Weiner, I. y Elkind, D. (1977). *Infancia y adolescencia, desarrollo normal y anormal*. Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulimico cuerpo y tercera tópica*. Argentina: Paidós.

ANEXOS

ESCALA PARA MADRES

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 mas 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 respuestas.

Opciones de respuesta:				
S=Siempre	CS=Casi siempre	A=A veces	N=Nunca	
		Opciones de respuesta		
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 e enojo	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 enojo 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 mi 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 hace 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 le 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 permiso 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. Insulta a mis hijos cuando que 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, tomo 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 como 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 hace 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 hace lo que se les da la gana	S	CS	A	N
101. Insulta 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 por que 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 Dr. Jorge Pérez Espinosa
 Centro de Atención Psicoterapéutico para Mamás (CAPSIM)
 Av. Coyoacán No. 1012 Int. 1 Col. Del Valle
 Tel. 5575-0975
jorgeroge@aol.com

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
DATOS PERSONALES:

1. Edad: _____
2. Estado Civil (tache la respuesta correcta):
1. casada
 2. unión libre
 3. separada
 4. divorciada
 5. soltera
 6. viuda
3. Escolaridad (tache sólo el último grado que cursó)
1. primaria
 2. secundaria
 3. bachillerato
 4. carrera técnica
 5. licenciatura
 6. posgrado
4. Ocupación (tache la respuesta correcta):
1. hogar
 2. ejerce su profesión
 3. comercio/ventas
 4. negocio propio
 5. obrera
 6. empleada
 7. otro (especifique) _____
5. Su vivienda es:
1. vivienda propia
 2. vivienda rentada
 3. vive con algún familiar
 4. vive en casa de algún amigo
 5. otro (especifique) _____
6. Los ingresos familiares corresponden a:
- | | | | |
|---|----------|---|---------------------|
| 1 | menos de | | \$ 1,000.00 al mes |
| 2 | 1,001 | a | \$ 2,000.00 al mes |
| 3 | 2,001 | a | \$ 4,000.00 al mes |
| 4 | 4,001 | a | \$ 8,000.00 al mes |
| 5 | 8,001 | a | \$ 12,000.00 al mes |
| 6 | 12,001 | a | \$ 15,000.00 al mes |
| 7 | 15,001 | a | \$ 20,000.00 al mes |
| 8 | 20,001 | O | más al mes |
7. ¿Actualmente vive con el padre de su hijo?
1. Si (conteste hasta la pregunta 12)
 2. No (pase a la pregunta 13)
8. Escolaridad de su pareja (tache el último grado de estudios que cursó)
1. primaria
 2. secundaria
 3. bachillerato
 4. carrera técnica
 5. licenciatura
 6. posgrado
9. Ocupación de su pareja (tache la respuesta correcta)
1. ejerce su profesión
 2. comercio/ventas
 3. negocio propio
 4. taxista
 5. obrero
 6. empleado
 7. desempleado
 8. otro (especifique) _____

10. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su pareja? _____

11. Edad de su pareja: _____

12. Aparte de su pareja e hijo o hija quien o quienes mas viven con ustedes.

1. hermano y/o hermana
2. cuñado y/o cuñada
3. papá y/o mamá
4. suegro y/o suegra
5. otro (especifique) _____

13. ¿Qué edad tenía el niño cuando se separaron?

1. menos de un año
2. de 1 a 3 años
3. de 3 a 6 años
4. de 6 a 9 años
5. más de 9 años

14. Aparte de su hijo quien o quienes más viven con ustedes. Especifique:

1. hermano y/o hermana
2. cuñado y/o cuñada
3. papá y/o mamá
4. suegro y/o suegra
5. otro (especifique) _____

DATOS RESPECTO AL NIÑO QUE PARTICIPARÁ

1. Su hijo se enferma

1. nunca
2. a veces
3. frecuentemente
4. muy frecuentemente
5. siempre

2. Su hijo tiene alguna discapacidad

1. si
2. no

3. ¿Como alimento a su hijo?

1. leche materna
2. formula
3. ambas
4. otra (especifique) _____

4. Su hijo asistió a guardería

1. si
2. no

**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.

6.- ¿En qué trabaja tu papá?

- No tiene trabajo ()
- Obrero ()
- Empleado ()
- Vendedor Ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresario ()
- Jubilado ()
- Otra cosa _____ ()

7.- ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ()
- Empleada doméstica ()
- Empleada (comercio u oficina) ()
- Vendedora Ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresaria ()
- Jubilada ()
- Otra cosa _____ ()

ESTA PARTE NO LA CONTESTES
E.r : _____
P.r : _____

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 si, 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

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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.-¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre ?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las veces) | Muy
Frecuentemente | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.- Escribe en el siguiente cuadro los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda y en el 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1	
2	
3	
4	
5	

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal?

- No. (Pasa a la siguiente sección)
- Si. (Pasa a la siguiente pregunta)

7.- ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

_____ años

8.- ¿A qué edad hiciste tu primera “dieta”(dejar de comer ciertos alimentos)?

_____ años

9.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:

- A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres
- B) Detienes tu dieta
- C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

10.- Cuando estás a dieta:

- A) Comes y disfrutas los alimentos permitidos
- B) Comes todavía menos de lo que está permitido
- C) Sientes el estómago lleno “inflamado” con cualquier cosa que comes
- D) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos
- E) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

SECCIÓN C

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

Mamá ()
 Papá ()
 Yo mismo ()
 Tía(o) ()
 Abuela(o) ()
 Hermana (o) ()
 Otro. ¿Quién? _____ ()

2.- Cuando como, hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

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

3.- Como tan rápido que siento que la comida se me “atraganta”.

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

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
()	()	()	()	()

14.- Mis padres o tutores me permiten que coma hasta que tenga hambre

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

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

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

() () () () ()

16.-Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

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

17.-Como rápido y mucho

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

18.- A mis padres o tutores les da lo mismo si como mis alimentos o no

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

19.-Mis padres o tutores ignoran cuales son los alimentos que me gustan y los que no

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

20.-Para controlar mi peso es más fácil:

Dejar de desayunar ()
 Dejar de comer ()
 Dejar de cenar ()
 Dejar de hacer cualquiera de las tres ()
 Ninguna de las tres ()

21.-Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)

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

22.- Según yo, como:

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

23.-Según mis padres o tutores como:

Demasiado..... ()
 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 qué _____

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)		
Papa		
Yo misma		

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..... ()

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XY
Versión 2003**

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

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

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

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

E.r : _____

P.r : _____

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.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

- No tiene Trabajo ()
- Obrero ()
- Empleado ()
- Vendedor Ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresario ()
- Jubilado ()
- Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ()
- Empleada doméstica ()
- Empleada (comercio u oficina) ()
- Vendedora Ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresaria ()
- Jubilada ()
- Otra cosa _____ ()

8. ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

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

9. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (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:**

- 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.- ¿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 ? _____

13.- 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

14.- 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

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 preocupado porque como muy poco
 Me he sentido preocupado 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 () ()

5.- Escribe en el siguiente cuadro los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda en el 2 el que le sigue hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?

- No (Pasa a la siguiente sección)
 Sí (Pasa a la siguiente pregunta)

7.-¿ A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal ?

_____ Años

8.-¿ A que edad hiciste tu primera "dieta" (dejar de comer ciertos alimentos).

_____ Años

9.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:

- D) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres
 E) Detienes tu dieta
 F) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

10.- Cuando estás a dieta:

- F) Comes y disfrutas los alimentos permitidos
- G) Comes todavía menos de lo que está permitido
- H) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes
- I) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos
- J) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

SECCION C**1. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:**

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

2.- Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

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

3.- Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta".

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

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 que 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 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 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
()	()	()	()	()

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

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

16.- Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

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

17.- Como rápido y mucho

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

18.- A mis padres o tutores les da lo mismo sí como mis alimentos o no

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

19.- Mis padres ignoran los alimentos que me gustan y los que no

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

20.- Para controlar mi peso es más fácil:

Dejar de desayunar..... ()
 Dejar de comer.....()
 Dejar de cenar ()
 Dejar de hacer cualquiera de las tres ()
 Ninguna de las tres ()

21.- Para controlar mi peso me salto alguna de las comida (desayuno, comida, cena)

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

22.- Según yo, como:

Demasiado ()
 Mucho ()
 Ni mucho , ni poco (regular) ()
 Poco ()
 Muy poco ()

23.- Según mis padres o tutores como:

Demasiado ()
 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 qué _____

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)		
Papa		
Yo mismo		

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..... ()