



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AUTOCONCEPTO Y ACTITUD HACIA LA OBESIDAD. NIÑOS
PREESCOLARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

NORA HEMI CAMPOS RIVERA

DIRECTORA:

DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISORA:

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

COMITÉ:

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

México D.F.

2009



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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A Nora Hemi:

Por demostrarte cada una de las capacidades y habilidades que tienes, por la conclusión de este trabajo que después de un sin fin de etapas lograste llegar al final, por el amor a tu carrera y por todos los proyectos que se avecinan. Por que una vez más te has demostrado lo valiosa e importante que eres.

En horabuena!!

A mis padres:

Por una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, por que desde pequeña me inculcaron realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A ti padre que me enseñaste que con esfuerzo, desvelos y sacrificios puedes cumplir todos tus objetivos, sin importar desde donde sea el comienzo.

A ti madre por desvelarte conmigo en mis tareas, por todos tus sacrificios y por todo ese cúmulo de emociones generadas en pro de esta hermosa familia.

Gracias por enseñarme que a pesar de la tormenta, el cariño y apoyo siempre estarán presentes.

¡Los amo!

¡Lo logramos!

A Dios:

Por darme el privilegio de la vida, pero sobre todo por que me ha enseñado que siempre hay una segunda oportunidad para aprovechar cada segundo, cada minuto de esta valiosa vida.

A Diana Lesly:

Por ser un motor importante en mi vida, por enseñarme cuan importante es un abrazo, un beso, extrañar, sonreír y ser importante para ti.

¡Gracias por todo tu cariño y amor nena!

A Jorel:

Por ser parte de mi, por todas tus travesuras y por todos los objetivos que se avecinan durante tu desarrollo y que juntos disfrutaremos.

¡Gracias pequeño!

A mis hermanas:

Por ser mis compañeras de juego, por crecer conmigo, por iniciar juntas este proceso tan largo, por aquellas reuniones en casa, por cada una de sus palabras en situaciones extenuantes. Nadia gracias por darme cobijo y apoyo. Ely gracias por aquellas conversaciones pero sobre todo por impulsarme por medio de frases a ver la vida de otra manera.

¡Las quiero!

A mi hermano Jesús:

Por que siempre incitaste motivación para mostrarte lo bueno y malo de la vida, siempre procure estar cerca de ti. Espero que al ver mi trabajo concluido genere en ti la motivación y entusiasmo de realizar algún proyecto, cualquiera que este sea, pero con el único objetivo de que te haga sentir pleno.

¡Te quiero mucho!

A mis primas Jazmín y Carmen:

Por ser mis hermanas, por cada momento que vivimos juntas, por sus regaños, por las conversaciones y por ese vínculo que hoy en día seguimos manteniendo.

¡Las quiero señoritas!

A mi amiga Mónica:

Por demostrarme día a día lo hermosa que es la amistad, por cada uno de los momentos graciosos y penosos que compartimos, por tu apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto, pero sobretodo por motivarnos en cada momento en la finalización de éste trabajo. Nunca olvidare como me enseñaste y resaltaste cada uno de mis potenciales.

¡Te quiero amiga!

A Omar:

¡Wow! ¿Qué te puedo decir?, utilizaste todos los medios que pudiste para ayudarme a culminar éste proyecto, gracias por todos estos años en donde siempre recibí eventos positivos, por tu tiempo y empeño en la revisión en cada capítulo, por compartir tus conocimientos y enseñarme a disfrutar de; el taller de lectura, películas, reír hasta morir en una obra teatral, compartir música, esas charlas interminables, gracias por tu cariño, pero sobre todo por enseñarme que a pesar de todo existe la humildad y humanidad en las personas.

¡Muchas gracias!

¡Lo logramos!

A mis amigos Ale y Tomas:

Por estos años de amistad, por sus palabras, su compañía y por ser parte de eventos trascendentes en mi vida.

¡Los quiero!

A mi tía Ana:

Por su apoyo al contactar a los padres de algunos niños(as).

En el Juego del Optimismo:

A Gaby y Marianita:

Por sus porras, por las conversaciones y por permitirme disfrutar de su amistad. Gaby gracias por colaborar en este trabajo, pero sobre todo por enseñarme que con esfuerzo y empeño se llega al objetivo.

A Ethel Anahel:

Por enseñarme que a pesar de las circunstancias puedes cumplir lo que deseas y que a través del tiempo la amistad y el cariño perdura.

A Jessica, Oscar, Abigail, Edith, Sacni, Benito, Lola, Israel, Itzel, Daniela y Selene:

Por ser parte de esta etapa de mí vida llena de conocimiento y aprendizaje.

¡Chicos(as) disfruto aprender con ustedes!

A la Psic. Araceli Flores:

Por ser un ejemplo a seguir e incitarme motivación y admiración.

A la Dra. Andrómeda Valencia:

Por la oportunidad de adquirir el aprendizaje en la población más vulnerable e importante para mí: ¡Los niños(as)!. Gracias por compartir tus conocimientos e impulsar mayor motivación para brindar el mejor apoyo en cada uno de los pequeños.

¡Gracias!

A Diana y Janet:

Por estos años de amistad y por la convivencia que se ha mantenido en todo éste tiempo.

A Salvador y Carlos:

Gracias por ejercer presión, pues cada vez que los veía me preguntaban sobre mi tesis, por la motivación, pero sobre todo por ejemplificar con sus logros.

A la Dra. Gilda Gómez Pérezmitrè:

Por su tiempo y dedicación en la realización de éste trabajo, por su apoyo en la facilitación en las revisiones de manera virtual.

A mis sinodales:

Manifiesto mi gratitud a la Dra. Lucy María Reidl Martínez, a la Mtra. Olga Livier Bustos Romero, la Dra. Corina Cuevas Renaud y al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por haber aceptado gustosamente ser parte de éste trabajo, por sus recomendaciones y sugerencias hechas al mismo.

0

A la Mtra. Gisela Sierra Otero:

Por su tiempo y dedicación tan minuciosa en la revisión de éste trabajo.

Al Mtro. José García Franco:

Por sus sugerencias y recomendaciones en la realización de éste proyecto, además de sus conocimientos.

A Silvia y Rosalía:

Por su colaboración en la revisión en cada uno de los capítulos.

A Rodrigo:

Por estar al pendiente de los avances y por generar motivación en la culminación de éste trabajo.

A Diana Alejandra:

Por tu apoyo y motivación para culminar éste proyecto.

Al Psic. Alberto Suárez:

Por todo el trabajo realizado juntos, pero en especial por ser un gran ser humano.

A cada uno de los pequeñitos:

Que gracias a su colaboración se llevo acabo esta investigación por que con ilusión, entusiasmo, ingenuidad y participación generaron una grata experiencia en cada una de sus respuestas y comentarios.

A todos mis profesores:

Pues dejaron parte de sus conocimientos y enseñanzas. A el Mtro. Victor Uriarte, Dr. Ramón Esteban Jiménez (n.p.d), Mtra. Lourdes Monroy, Dra. Alejandra Ruiz, por mencionar algunos.

A las directoras y maestras:

Por su apoyo en proporcionarme un espacio y la autorización para la aplicación del instrumento y cuestionario.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por ser mi "Alma Mater", mi segunda casa, mi espacio preferido y por forjar en mí una visión llena de conocimiento y sabiduría. Además de formarme como profesionista y como ser humano.

A la Facultad de Psicología:

Por ser el lugar en donde he disfrutado de un sin fin de experiencias, pero en especial por todo lo aprendido en cada una de sus aulas y espacios.

El niño es como un barro suave donde puedes grabar lo que quieras... pero esas marcas se quedan en la piel... Esas cicatrices se marcan en el corazón... Y no se borran nunca.

Zenaida Bacardi de Argamasilla

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
Trastornos de la conducta alimentaria	4
Anorexia nervosa.....	6
Etiología.....	9
Subtipos.....	11
Bulimia nervosa.....	12
Etiología.....	13
Subtipos.....	14
Trastornos no especificados.....	14
Sobrepeso y obesidad.....	16
Trastornos de la conducta alimentaria infantil.....	21
CAPÍTULO II	
Factores de riesgo	25
Factores predisponentes.....	28
Factores precipitantes.....	42
Factores mantenedores.....	43
Otra clasificación.....	44
Factores de riesgo en sobrepeso y obesidad.....	45
Factores de riesgo en la infancia.....	46
CAPÍTULO III	
Desarrollo de la niñez temprana	51
Desarrollo cognoscitivo.....	52
Desarrollo físico y motor.....	60
Desarrollo social-afectivo.....	63
CAPÍTULO IV	
Autoconcepto	75
Características generales.....	77
Componentes	79
Funciones	83
Importancia.....	84
Autoconcepto en la edad preescolar.....	85
Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto.....	88
Otros estudios realizados con la variable autoconcepto.....	89
CAPÍTULO V	
Actitud	92
Componentes	93
Formación	95
Funciones	95

Características e importancia.....	96
Actitud hacia la obesidad.....	99
CAPÍTULO VI	
Método	104
Objetivo general.....	104
Preguntas de investigación:.....	104
Hipótesis de trabajo.....	105
Tipo estudio.....	105
Definición de variables.....	105
Muestra.....	106
Instrumentos.....	107
Materiales.....	111
Procedimiento.....	112
CAPÍTULO VII	
Resultados	113
CAPÍTULO VIII	
Discusión y conclusiones	129
Sugerencias y limitaciones.....	134
Referencias	135
Anexos.....	144
1-A Escala de Autoconcepto Infantil (Niños).....	145
1-2 Escala de Autoconcepto Infantil (Niñas).....	149
2-A Cuestionario de Alimentación y Salud (Niños).....	153
2-B Cuestionario de Alimentación y Salud (Niñas).....	158

RESUMEN

En la edad preescolar el autoconcepto forja sus cimientos y consolida el yo, cualquier desajuste puede tener consecuencias negativas en el adulto del mañana, es por ello que en el presente trabajo se inició la construcción de una escala de autoconcepto infantil (EAI). El autoconcepto puede ser afectado en relación a la actitud hacia la obesidad y otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Mediante la clasificación de adjetivos, la aplicación a dos muestras piloto: 1) n=83 (46 niños y 37 niñas), 2) n=20 (10 niños y 10 niñas) de 5 y 6 años, y finalmente, con una muestra no probabilística de n =144 participantes (n =70 niños y n =69 niñas), del tercer grado de nivel preescolar público, se obtuvo el diseño final de la escala, de acuerdo con el diferencial semántico de Osgood. Del “Cuestionario de alimentación y salud” para niños(as), se tomaron aquellos reactivos relacionados con la imagen corporal y actitud hacia la obesidad. El diseño de investigación fue de campo no experimental con un diseño de 2 muestras con observaciones independientes. En la EAI se obtuvieron cuatro factores: comportamiento I, comportamiento II, autoimagen, apariencia física y social que explican el 57% de la varianza total de la escala, con consistencia interna (Alpha de Cronbach = .76). Se encontró una tendencia negativa en la actitud hacia la obesidad, altos porcentajes de insatisfacción positiva (30%) y negativa (21%) y la elección de siluetas “delgadas” y “muy delgadas” por ambos sexos. Respecto a la actitud hacia la obesidad se corrobora la presencia de una tendencia negativa, en edad preescolar reportada en investigaciones anteriores.

* Esta investigación forma parte de un proyecto de investigación mayor denominado “Un programa de realidad virtual: promoción del bien comer y prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria” PAPIIT IN3086082. Financiado por PAPIIT.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como lo son la anorexia y la bulimia nervosas, constituyen un problema de salud con fuerte impacto en la sociedad, de manera paradójica la obesidad también se ha convertido en un fuerte problema de salud pública insertándose en poblaciones vulnerables como la población infantil, a los que contribuyen en una buena medida el ideal estético de delgadez impuesto por la sociedad.

En México son escasos los trabajos que intentan detectar conductas alimentarias de riesgo en niños de edad preescolar que pudieran constituir signos de alarma respecto al posible desarrollo posterior de éstos trastornos.

La edad de inicio de estos trastornos es cada vez menor, han dejado de ser un problema de salud exclusivo de adolescentes y adultos jóvenes, para afectar también a la población infantil. Estudios han detectado conductas alimentarias de riesgo en edades cada vez más tempranas (Ballester y Guirado, 2002; Téllez, 1999; Badillo, 2004)

Se ha encontrado que los factores de riesgo que pueden desencadenar un TCA son muy variados y de origen multifactorial, entre los principales factores con carácter psicológico se encuentran: la insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, deseo de una figura ideal delgada, alteración de la imagen corporal (Gómez-Pérezmitré, 2001)

Se han realizado diversos estudios Gómez-Pérezmitré (1999, 2002), Rodríguez (2006), Jiménez (2003), Rubio (2003) y Estrada (1997) utilizando variables como: autoatribución, autoestima, autopercepción relacionadas con factores de riesgo de la conducta alimentaria, pero es escasa la investigación realizada en relación con el autoconcepto en niños de edad preescolar.

El autoconcepto se caracteriza por influir en la relación con los demás, una persona con buen concepto de sí mismo, esto es, un individuo que asume todas las

experiencias de su vida, que no ignora ni distorsiona sus percepciones, que no muestra grandes discrepancias entre su yo real e ideal, adopta menos actitudes de defensa, es más abierto, percibe más auténticamente la realidad y acepta con más facilidad a los otros. Las personas con un concepto inadecuado de sí mismas y con una percepción apreciativa están a la defensiva y sus tensiones internas surgen, a menudo al estar en contacto con ellas (Villa y Auzmendi, 1999).

Dado lo anterior, se consideró importante la construcción de una escala de autoconcepto infantil en niños de edad preescolar, así como describir la actitud hacia la obesidad y otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Esto con el objetivo de seguir investigando en base a los factores de riesgo en edades tempranas, se sugiere enfocarse a diversas poblaciones por ejemplo, a niños obesos, entre otros. Se ha encontrado que la actitud negativa hacia la obesidad tiene un efecto negativo sobre el autoconcepto del sujeto por lo que su componente visible podría ser el causante de éste malestar (Remesal, 2008).

La presente investigación esta conformada por ocho capítulos, los primeros cinco describen el marco teórico, los últimos tres están enfocados en la descripción del proceso de la investigación, resultados y conclusiones. A continuación se describen cada uno de ellos en forma detallada:

En el primer capítulo se revisaron los antecedentes históricos, criterios diagnósticos de los TCA según el DSM IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10, (OMS, 1986) se inicia describiendo a la anorexia y bulimia nervosas, los trastornos no especificados, finalmente se describen aspectos relevantes de sobrepeso y obesidad tanto en niños como en adultos según la OMS.

En el capítulo (2) se describen los factores de riesgo de los TCA, divididos en tres etapas: la primera se mencionan a los factores predisponentes, dentro de los cuales se encuentran los genéticos, socioculturales, familiares y de personalidad, posteriormente los factores precipitantes ó también llamados facilitantes que son los antecedentes que motivan la realización del comportamiento, finalmente los mantenedores o perpetuantes (de refuerzo), los cuales son las acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o se repita. Después se explica otra clasificación de los factores de riesgo de los TCA y al final los FR de sobrepeso y obesidad infantil.

En el capítulo tres se revisó el desarrollo del niño en la edad preescolar, en sus diferentes enfoques; cognoscitivo, físico y motor, social-afectivo.

En el capítulo cuatro se describen aspectos importantes del autoconcepto, como lo son: sus componentes, funciones, importancia, el autoconcepto en la edad preescolar, factores que influyen en su desarrollo y algunos estudios realizados con el autoconcepto.

La actitud se define en el capítulo cinco, sus componentes, formación, funciones, características e importancia y al final la actitud enfocada hacia la obesidad.

En el capítulo seis llamado metodología se describen los procedimientos llevados a cabo para conseguir los objetivos de la tesis, es decir, se detalla el proceso para el diseño de la Escala de Autoconcepto Infantil, además de la utilización del "Cuestionario sobre Alimentación y Salud".

Se exponen los resultados obtenidos en el capítulo siete, mediante graficas y tablas, y en el capítulo ocho se discuten los resultados y conclusiones, además se proponen algunas recomendaciones y sugerencias.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Todo ser vivo, para mantenerse como tal, precisa alimentarse, el hombre no es una excepción. Pero la comida no solo es nutrición; comer no sólo es alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. La comida y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1996).

La conducta alimentaria es, en su sentido más estricto una respuesta a las necesidades de nutrimentos con objeto de mantener el equilibrio energético y de aportar las sustancias indispensables para el funcionamiento adecuado del organismo. La conducta alimentaria normal cumple con esos propósitos, entonces puede entenderse de una manera más fácil por qué, la bulimia nervosa y la anorexia nervosa, constituyen las principales categorías de las anomalías de esa conducta (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Turró (1912), estableció una clara distinción entre los elementos que participan en el fenómeno alimentario. Por una parte, consideró al reflejo trófico como el mecanismo neurofisiológico que detecta la necesidad de alimento en el ambiente interno de un organismo. Por la otra, señaló al hambre como el elemento psicológico de la alimentación. A pesar de esta distinción, resaltó la relación directa entre el reflejo trófico y el hambre, estableció la existencia de una co-dependencia entre ellos para explicar su funcionamiento. Definió el hambre como un acto consciente de la necesidad de restablecer los elementos perdidos en el medio interno del organismo. A partir de estas consideraciones, señaló la importancia que tiene el primer contacto de un organismo con el alimento para establecer un control sobre su conducta alimentaria. Afirmó que es necesaria la experiencia repetida de esta conducta con el alimento para que el organismo aprenda a discriminar las características nutricias de la comida-alimento. De este aprendizaje nace el *apetito* como otro elemento psicológico de la alimentación. Este mismo autor añadió que el *apetito* no nace, sino que se hace por medio de experiencias vivas y que, contra lo que se pudiera pensar, el apetito no es un hambre distinta a la celular, sino que es un hambre representativa de las cosas alimenticias.

Una de las características más importantes de este autor fue asumir que el hambre, en conjunto con el *apetito*, son determinantes para que un organismo se alimente. La unión del componente orgánico (el reflejo trófico) y el factor psicológico (el hambre) es el medio para conocer el contexto alimentario. Por su parte, el *apetito*, entendido como conocimiento aprendido, es el que determina nuestra experiencia en la selección y preferencias alimentarias. Bajo este enfoque, alimentarse se convierte en un conocimiento adquirido por aprendizaje.

El hambre es definida como un estado de necesidad de elementos nutricios, producto de la privación alimentaria presente en un tiempo determinado. El término hambre adquiere significado sólo al ser relacionado con los factores que son fundamentales para que un estado de hambre pueda ser identificado como tal. (López y Martínez, 2002).

Se asume que cuando un organismo come es por que está hambriento y viceversa cuando no come es identificado como un organismo saciado. Si una persona se encuentra en un periodo de privación autoaplicado por algún tipo de creencia, probablemente si le ofreciéramos alimento podría reportar verbalmente que no “siente” hambre, siendo que realmente sienta lo contrario.

En la actualidad se dispone de suficiente evidencia experimental que sugiere que la relación hambre-comer es de tipo multi-causal, con ello se reconoce la existencia de múltiples variables, tanto fisiológicas como ambientales que afectan la correspondencia entre hambre y comer (López y Martínez, 2002).

Por su parte es relevante definir los “trastornos de la conducta alimentaria” (TCA) como aquellos trastornos psicológicos que comparten grandes anormalidades en el comportamiento de la ingestión de alimentos, es decir, se fundamentan en alteraciones netamente psicológicas (Raich, 1994).

Los TCA incluyen la anorexia y la bulimia nervosas, el llamado trastorno por atracón, dos cuadros muy poco frecuentes denominados respectivamente rumiación o mericismo y pica y, por último, algunas formas de obesidad (García-Camba, 2002).

ANOREXIA NERVOSA

Antecedentes Históricos

El concepto de anorexia nerviosa se perfila en la segunda mitad del siglo XIX, pero posiblemente hayan existido en siglos pasados, multitud de santas, monjas, etc., en donde el significado del cuerpo estaba muy ligado a lo religioso, la culpa, el pecado o la gloria. Las ayunadoras santas, posesas, embaucadoras o endemoniadas, pasaron a ser consideradas como enfermas (Chinchilla, 2003).

Bell (1985, citado en Toro, 1996), revisó escritos autobiográficos, cartas, testimonios de confesores y actas de canonización de más de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII hasta el actual, todas ellas mujeres religiosas y muchas de ellas, pudieron haber padecido anorexia nerviosa. También señalaba que durante la edad media especialmente entre los años 1200 y 1500, mujeres religiosas se entregaban a prácticas ascéticas (conjunto de procedimientos y conductas de doctrina moral que se basa en la oposición de necesidades de diversa índole) de todo orden, el ayuno una de las más difundidas, algunos ejemplos de esto son los casos de: Catalina de Siena, Verónica Giuliani, Margarita de Perón, Beatriz de Nazaret. Esto solo con la finalidad de acercarse a Dios y purificarse.

Uno de los ejemplos más claros donde se fomentó el ayuno para preservarse del mal y estar en estados más puros; lo encontramos en los antiguos egipcios, quienes ayunaban antes de entrar a los templos. La purificación y la penitencia en forma de ayuno tienen un antiquísimo fondo religioso con la idea de la finitud física (la debilidad de la carne, lo pecaminoso) y la prevalencia del espíritu. Así que los ideales ascéticos estaban centrados en el ayuno y en el alejamiento de las necesidades físicas (Chinchilla, 2003).

El punto de referencia histórico siempre son las últimas décadas del siglo XIX, con Gull (1874) y Laségue (1873), que dejaron sus descripciones clínicas sin prejuzgar sus causas, pero aproximándose a un estado mental mórbido, perverso o histérico. No prestaron tanta atención a los tantos patrones conductuales psicopatológicos, reseñados más tarde por otros autores (Chinchilla, 2003).

Para Laségue (1873, citado en Chinchilla, 2003), la anorexia histérica se inicia entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta, su evolución se basa en tres etapas:

- 1) La paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden de incrementar su alimentación.
- 2) Contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa.
- 3) Se muestra el deterioro físico, aparece amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos (p. 32).

Este mismo autor señaló que el término “anorexia” podía haber sido sustituido por “inanición histérica” y fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y los padres (Toro, 1996).

Rodríguez (2007), menciona que las histéricas eran agredidas con agujas, encierros, castigos, descargas eléctricas para hacerles confesar que todo era puro teatro, son algunos de los apenas disfrazados métodos inquisitoriales revividos por la psiquiatría del siglo pasado. Sin ir más lejos, la propia Virginia Woolf, Charlotte Perkins Gilman o Sylvia Plath, consideradas “histéricas” o “locas” por muchos, padecieron a principios del siglo XX algunas de estas torturas psiquiátricas y así lo cuentan en sus obras. “Tales histéricas” como Virginia Wolf y Sylvia Plath, que finalmente encontraron en el suicidio su última válvula de escape, rompieron todas las reglas y desmontaron las teorías literarias de la época, “el poder de los desposeídos de poder: Un trío de comedoras con desórdenes en la alimentación en el siglo diecinueve francés”

Wolf engendró conceptos tan importantes como la subjetividad, especialmente la femenina, el subconsciente literario, la diversidad de voces y perspectivas del sujeto postmoderno así como Sylvia Plath, con su poesía, arte de hombres, deja testimonio de la dureza de ser mujer, madre, esposa, amiga y negar su identidad disfrazada en la que otros han creado para ella, en definitiva, una mujer de carne y hueso. De

ambas se habla que padecieron fuertes crisis nerviosas causadas por la falta de alimento (Rodríguez, 2007).

William Withey Gull (1873), describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo podían caer en un estado de inanición, los comentarios de Gull eran más médicos que los de Laségue, utilizaba el término “apepsia histérica” y posteriormente lo cambia por “anorexia”, al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Asimismo rechazó el término “histérica” que sustituyó por “nerviosa”. Además, señalaba que el trastorno también podía afectar varones (Toro, 1996).

Bruch (1961, citado en Chinchilla, 2003), consideró la anorexia nerviosa como un disturbio o distorsión de la imagen corporal y del reconocimiento de los estados corporales en el sentido de la ineffectividad. No es una verdadera pérdida del apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación.

El gran psiquiatra francés Pierre Janet (1903), fue quien dio un gran impulso al análisis y descripción del trastorno, estudio varios pacientes anoréxicos detallada y exhaustivamente durante largo tiempo, describiendo dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre, estaría a disgusto con su cuerpo, temiendo a engordar y el ejercicio excesivo. La forma histérica, mucho menos frecuente implicaría una pérdida real del apetito, la incapacidad de comer se acompañaría de parestesias, actividad física excesiva y vómitos. Para este autor la anorexia nerviosa o mental tenía un origen emocional dado que sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo. Estaban obsesionadas por la idea del volumen corporal y tenían ciertos delirios por los alimentos y el comer, el significado era el miedo a crecer y a su desarrollo sexual como mujeres (Toro, 1996).

La palabra anorexia era utilizada desde siempre haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego anorektous (Toro, 1996). Este mismo autor define a la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

La anorexia nervosa puede entenderse como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida del peso corporal. Es más frecuente entre las mujeres que entre

los hombres y es durante la adolescencia (13-19 años), aunque también puede presentarse en los años de la preadolescencia (11-12) y después de la adolescencia (20-30 años). El término nerviosa que califica a la anorexia (y a la bulimia) se refiere a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo; por ejemplo, rechazo de la ingesta de alimentos por razones fisiológicas (problemas de malformaciones congénitas de la laringe, traquea, etc.) o comórbidas (efectos secundarios de medicamentos, o de otras enfermedades que afectan al hambre y /o apetito, diabetes, cáncer, etc.)(Gómez-PéresMitre, 2001).

Rodríguez (2007), menciona que la mujer durante varios siglos hasta nuestros días ha utilizado la manipulación de su cuerpo como forma de protesta y rebeldía, como autorrealización y búsqueda de una autonomía en su ser que de ninguna otra forma podría alcanzar. En contra de los matrimonios concertados, en contra de los discursos dominantes, como búsqueda de la espiritualidad, como trasgresoras de normas, entonces llamadas "históricas". En cualquier caso, todas en sus contextos históricos y culturales de sus épocas buscaban, de una manera que podemos considerar irracional y auto-mutiladora, un espacio, su espacio, donde reaclamar su deseo de decisión, su visibilidad y que sus voces fueran oídas, en definitiva, su deseo de ser mujeres con sus peculiaridades y características específicas, características que ellas mismas se atribuirían, en un mundo cerrado por la visión masculinizada de todos los sucesos y acontecimientos. Quizás mediante la privación alimentaría expresara algo que tiene que ver con pautas culturales ligadas a la feminidad.

ETIOLOGÍA

El cuadro clínico de la anorexia está bien establecido y es florido, no plantea dificultades diagnosticas. Sin embargo, los cuadros incipientes a veces tardan bastante tiempo en ser detectados como consecuencia de la valoración social positiva de la delgadez, en ocasiones no es posible realizar una evaluación psicológica a profundidad para delimitar el cuadro hasta que se consigue una cierta normalización de peso (García-Camba, 2002).

Los criterios que en la actualidad se utilizan para el diagnostico son los que recogen el DSM-IV-TR y la CIE-10.

Anorexia Nervosa: Criterios de la OMS "CIE-10" para Anorexia Nervosa.

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar ganancia de peso propia del crecimiento.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: a) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: b) vómitos autoprovocados, c) purgas intestinales autoprovocadas, d) ejercicio excesivo y e) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal que consiste "en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor", ante la gordura o flacidez corporales, de modo que el paciente se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite mínimo de peso corporal.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía (p. 145).

Criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM-IV-TR". (APA, 2002) para Anorexia Nerviosa

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, y se obtiene un peso corporal inferior al 85% de lo esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporales.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos consecutivos, (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente por tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos) (pp. 659-660).

SUBTIPOS

Tipo restrictivo: La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.

Tipo purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a los atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los, individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgar, provocándose el vomito o la utilización de diuréticos, laxantes ó enemas de una manera excesiva. Algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida (APA, 2002).

BULIMIA NERVOSA

Antecedentes Históricos

En la década de los ochenta empezó a dispararse el número de publicaciones y el interés médico social por el tema: si podría significar un síntoma o conducta no específico, si era más frecuente en las culturas occidentalizadas y en las que disponían de mayores cantidades de comida (Chinchilla, 2003).

Toro (1996), menciona que la palabra “bulimia” proviene etimológicamente del griego bous = buey y limus = hambre (hambre de buey), como diagnóstico diferenciado de la anorexia nervosa.

Hipócrates reconoció la boulimos como un hambre enfermiza. Aristófanes y Jenofonte la definieron como un hambre voraz. Jenofonte como sentimientos de hambre, debilidad y desmayo, manifestándose en soldados que habían subsistido con cortas raciones de comida durante las marchas (Chinchilla, 2003).

La palabra bulimia fue usada por primera vez en 1938 por Trevisa refiriéndose a apetito inmoderado, sin usar otros términos específicos, como “emesis” u otros medios de purga (Chinchilla, 2003).

Rusell (1979, citado en Chinchilla, 2004), fue el primero en mencionar el término “Bulimia Nervosa” para describir un grupo de pacientes que presentaban episodios bulímicos que intentaban mitigar los efectos de la sobreingesta a través de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y el uso de diuréticos y mostraban invariablemente una preocupación por el peso y las medidas corporales.

La bulimia es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares (Toro,1996).

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

Al igual que la AN, es un trastorno que aparece preferentemente en mujeres y frecuentemente aparecen juntas la bulimia y la anorexia (bulimarexia). Sin embargo, pueden marcarse diferencias entre los dos grupo, debido a que las personas con bulimia no presentan problemas se adelgazamiento pronunciado, suelen ser

mayores y no presentan problemas serios de relación a sus diferentes áreas de interacción social; no es muy frecuente la aparición de amenorrea. Son comunes los síntomas de depresión y labilidad emocional, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Los episodios de ingesta compulsiva de alimentos suelen ocurrir por la tarde o por la noche a escondidas, en las que se consumen grandes cantidades de alimentos, preferentemente dulces (productos de pastelería) muchas veces para arrojarlos (vomitarlos) una vez finalizada la ingesta. Con frecuencia se asocia al uso abusivo de laxantes y diuréticos. Cualquier situación de tensión, ansiedad, depresión o simplemente la visión de la comida puede ser el desencadenante (Gómez-Péresmitre, 2001).

ETIOLOGÍA

Bulimia Nerviosa: Criterios "CIE-10" para Bulimia Nerviosa.

Los criterios que el CIE-10 maneja para la Bulimia Nerviosa son los siguientes:

1. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, c) abuso de laxantes, período intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este periodo precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea (p.146).

Criterios “DSM-IV-TR” (APA, 2002) para Bulimia Nerviosa.

Los criterios que la Asociación Psiquiátrica Americana maneja para la Bulimia Nerviosa son los siguientes:

1.-La presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- a) Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (un periodo de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere).

2.-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.

3.-Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 3 meses.

4.-La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5.-La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. (p. 665).

SUBTIPOS

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas (p.662).

TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS

Uno de los fenómenos que ha despertado interés en los últimos años en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha sido el atracón (*binge eating*), además de su relación con la obesidad y su asociación con otras alteraciones psicopatológicas.

Comida Compulsiva o Atracón y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado:

El trastorno por atracón suele hacer su aparición en la adolescencia tardía o primera juventud y afecta por lo general a personas que se han sometido a dietas estrictas para perder peso con dolorosas recaídas (García-Camba, 2002).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) define “atracon” como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo(periodo limitado de 2 horas) de una cantidad de comida muy superior a que la mayoría de los individuos comería; el cual, no tiene por qué producirse en un solo lugar, a pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variado, casi siempre se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico(helados, pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un determinado tipo de alimento, como los carbohidratos; estos se realizan por, lo general a escondidas y con disimulo, pueden o no haberse planeado y se caracteriza algunas veces por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

Dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria el DSM-IV no se incluye el criterio de “compulsión ante la comida” o “Binge eating disorder”; sin embargo; sí se incluye un criterio diagnostico para el “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”, en el que se incluyen las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nerviosa. Se explica que los términos “comer de manera compulsiva” o “comedor compulsivo” se utilizan para diagnosticar a estas personas. Así mismo incluye a los comedores compulsivos como un criterio dentro de la categoría general del trastorno de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria.

Criterios "DSM-IV-TR" para Comida Compulsiva o Atracón (Binge Eating Disorder) y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

- 1) En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una disminución de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (pp.665-666).

SOBREPESO Y OBESIDAD

Antecedentes históricos

Jáuregui (2006) hace una reseña histórica sobre cómo la obesidad, el sobrepeso (los gordos) surgen a través de la historia, comienza con la descripción al “gordo (da)” del latín *gurdus*, voz de origen hispánico, el cual era considerado como: de abundantes carnes, muy abultadas y corpulentas. pingüe (graso y mantecoso), carne gorda, que excede del grosor corriente en su clase, por mencionar algunos adjetivos. Mas adelante describe al “obeso (sa)” del latín *obesus* como una persona excesivamente gorda, sus carnes no serían abundantes sino excesivas. Menciona que sin duda el gordo da paso al obeso y éstos al obseso por no llegar a serlo (ni gordo ni obeso), van más allá y la obsesión ya no queda en no ser (gordo, obeso) sino en ser (delgado, excesivamente delgado).

El gordo, la gorda, la gordura, están presentes en toda la historia de la humanidad con un papel variable según época y contexto. La pintura, escultura, literatura, moda,

cine, etc. Algunos ejemplos son las pinturas de Renoir con el título “Las bañistas”, Rubens con “Tres Gracias” (Eufrosine, Talía y Anglae) solo por mencionar algunos (Jàuregui, 2006).



Bañistas (Renoir) Fuente: (Jàuregui, 2006).



Tres Gracias (Rubens) Fuente: (Jàuregui, 2006).

Este mismo autor menciona que la presencia de fuertes criterios estéticos ha dejado al obeso “fuera de las enfermedades” durante siglos. Moderación, trasgresión y belleza han sido los campos semánticos en los que gordos y flacos han entrado. Las “consecuencias” podían pasar a formar parte del concepto enfermedad. Hoy no tenemos duda de que la obesidad es una enfermedad y de que las consecuencias socio-sanitarias de la misma resultan alarmantes empezando por la población infantil.

Ya reconocida la obesidad como patología, otro hito importante en su consideración es el que hace referencia al uso del Índice de Masa Corporal para su cuantificación. En el siglo XIX, el belga Adolfo Quetelet desarrolla la fórmula para el cálculo del citado IMC, también conocido, por ello, como Índice de Quetelet. Antes de 1980 las medidas se basaban en tablas para hombres y mujeres que daban lugar a rangos de peso corporal según las estaturas. Fue en los años 80 del pasado siglo cuando el Índice de Quetelet fue adoptado como la mejor medida para la cuantificación del grado de obesidad. Las campañas de prevención impulsadas por diferentes gobiernos en los años 90 popularizaron dicho Índice. Y como tantas veces en medicina, clasificadas, medidas y no siempre bien definidas las enfermedades, transcurrirá mucho tiempo hasta que muchas definiciones acaben por dar lugar a un concepto de obesidad más o menos consensuado: *Exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta como resultado de un balance positivo sostenido de energía, originado a su vez por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético* (Jáuregui, 2006).

Definición

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo (Gómez-Péresmitre, 1993).

Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce como un incremento de peso. Aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un incremento del tejido adiposo, en la práctica cotidiana el concepto de obesidad se relaciona con el peso corporal (Chinchilla, 2005).

Saldaña (1988), señala que la obesidad se define como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal.

La obesidad surge cuando ese exceso de energía en forma de triglicéridos se acumula en el adiposito, incrementan no solo su tamaño, sino induce a la aparición de nuevos adipositos como resultado de un aumento en la diferenciación de células adiposas precursoras (preadipocitos) (Moreno, 2005).

En 1997 la Organización Mundial de la Salud declara la obesidad como una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública debido al aumento del riesgo de trastornos asociados como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y la diabetes mellitus tipo 2 (Jáuregui, 2006).

Chavarria (2002) define la obesidad como una enfermedad crónica multifactorial compleja influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales, y que se caracteriza por el aumento del tejido adiposo, como un padecimiento que se acompaña de una serie de complicaciones y requiere, por ende, un tratamiento de por vida. Además de que la obesidad debe diferenciarse del sobrepeso, este último es cuando el peso corporal excede al peso de referencia del individuo en relación con su estatura. Se pueden tener casos concretos en los cuales los deportistas o fisicoculturistas pueden tener un peso mayor al de su talla y no por ello tener exceso de grasa, por lo que los criterios de la definición del sobrepeso no necesariamente se ajustan a todas las personas.

Este mismo autor menciona que existen algunas hormonas implicadas en la etiopatogenia de la obesidad y que pueden ser prometedoras en el manejo a largo plazo de los pacientes obesos. Sustancias como la leptina, el neuropeptido Y, la grelina, la resistina y otras, pueden ser en un futuro los elementos utilizados para el tratamiento de la obesidad a largo plazo.

Clasificación de la Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el IMC, que en la actualidad es el índice más difundido y se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en Kg.) por la talla en (m²)(Chinchilla, 2005).

En función de la distribución celular de la grasa se hace otra clasificación:

- a) Hipertrófica: el aumento de grasa se debe principalmente al incremento en el tamaño de los adipositos, sin que se produzca un aumento de la cantidad. Este tipo se asocia a un mejor pronóstico.
- b) Hiperplásica: cuando existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipositos. Es más frecuente en épocas de crecimiento, tiene peor pronóstico y presenta más riesgo de complicaciones (p.12).

Según la causa que produce la obesidad ésta se divide en:

- a) Primaria: entre el 95% y el 99%.
- b) Secundaria: entre el 1% y el 5%, dentro de ellas la más frecuente son las de origen endocrino y las provocadas por el efecto secundario de fármacos (p.12).

En función a la edad de comienzo de la obesidad se clasifica en:

- a) Obesidad infantil: se inicia en la infancia del sujeto.
- b) Obesidad adulta: se inicia después de la adolescencia (Saldaña, 1988).

García-Camba (2002), menciona que la SEEDO en el Congreso de 1995 acordó clasificar la normalidad y obesidad en la población adulta española como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación cuantitativa de la obesidad

GRADOa	Índice de Masa Corporal b
Normopeso	20-26,9
Grado I(sobrepeso)	27-29,9
Grado II(moderada)	30-34,9
Grado III(grave)	35-39,9
Grado IV(mórbida)	>40

Fuente:SEEDO (1995, citado en García-Camba, 2002)

La obesidad simple está incluida en el CIE-10 como una enfermedad médica, no como un trastorno psiquiátrico, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Hay pruebas que demuestran que en muchos pacientes obesos los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología, y en ese caso hablamos de “factores psicológicos que afectan el estado físico” (García-Camba, 2002).

Índice cintura-cadera

Este indicador es otra relación matemática útil para cuantificar la distribución de la grasa corporal. Se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera. Si el índice obtenido es mayor a 1.0 en hombres y mayor de 0.8 en mujeres se vincula con una tasa más alta de morbilidad y mortalidad.

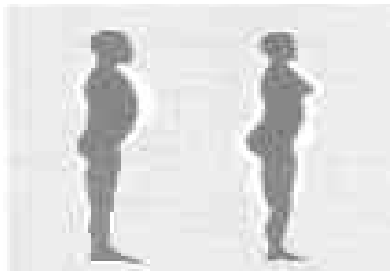
Circunferencia de la cintura en cm

Circunferencia de la cadera en cm

Algunos estudios han demostrado que el índice cintura-cadera predice mejor los riesgos para la salud. En el caso de la población mexicana se consideran los siguientes rangos: hombres: 0.78 a 0.93, mujeres: 0.71 a 0.93, índices menores equivalen a una distribución de tipo ginecoide y los mayores al tipo androide y representan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (figura 1). Otra clasificación es de acuerdo con su causa; sin embargo, ésta no es muy aceptada debido a que las causas exactas de la obesidad aún se desconocen (Chavarria, 2002).

En función de la distribución de la grasa corporal se puede clasificar la obesidad en:

- a) Obesidad de distribución homogénea: existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
- b) Obesidad gluteofemoral o ginoide: existe un aumento de la grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.
- c) Obesidad abdominal, central o androide; acumulación excesiva de grasa en la región abdominal (p.11).



Distribución androide

Distribución ginecoide

Fuente: Chavarria, 2002

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL

A lo largo de las últimas décadas, enfermedades como la anorexia y la bulimia nerviosas, consideradas como propias de los últimos años de la adolescencia y los primeros de la juventud, han descendido en la edad de comienzo y afectan a personas cada vez más jóvenes. En los niños y adolescentes los TCA incluyen el trastorno de la rumiación, la pica, el trastorno de la alimentación específico de la infancia, la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosas y el trastorno por atracón (García-Camba, 2002).

A continuación se describirán algunos de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV-TR como son la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno por

ingestión alimentaria en la niñez. Además de agregar la obesidad infantil como un problema de alimentación aunque el DSM-IV-TR no haga mención de este problema de salud pública.

Criterios “DSM-IV-TR” (APA, 2002) para la Pica

1. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.
2. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
3. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
4. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (ejem, retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente (pp. 120-121).

Criterios “DSM-IV-TR” (APA, 2002) para el trastorno por rumiación

1. Regurgitaciones repetidas, sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada por lo menos durante un mes, tras un período de funcionamiento normal.
2. Pérdida de peso o incapacidad para alcanzar el peso normal. (p 123).

Criterios “DSM-IV-TR” (APA, 2002) para el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

1. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
2. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
3. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
4. El inicio es anterior a los 6 años de edad. (p.125).

Obesidad infantil

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en kg /talla en m²). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85.3 La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus (Islas y Peguero, 2006).

Estas autoras describen los siguientes criterios diagnósticos en niños mayores de dos años:

- _ Sobrepeso, cuando el valor del IMC es igual o superior al centil 75.
- _ Obesidad, cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 85
- _ Obesidad grave, cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 97.

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, la cual se refiere al control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. En donde se establecen los criterios y procedimientos para la prestación del servicio, estipula apegarse a los siguientes parámetros (Ver tablas 2 y 3).

Tabla 2. Peso en relación con la talla

Desviaciones estándar en Indicador en relación con la mediana Peso/Talla	
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
±1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 3	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave

Tabla 3. Talla en relación con la edad

Desviaciones estándar en Indicador en relación con la mediana Talla/Edad	
+2 a +3	Ligeramente alta
+ 1.99 a - 1.99	Estatura normal
- 2 a - 3	Talla baja

Fuente::Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2 (1993).

Sin embargo el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños, debido a su asociación dependiente de la edad con la estatura y a su varianza creciente con la edad.. Por esta razón, Saucedo y Gómez-Péresmitré (1998), recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN). Este índice relaciona el

cociente del peso y talla del sujeto con el cociente del peso y talla media. La fórmula es la siguiente:

$$\text{ÍNDICE NUTRICIONAL} = \frac{\text{peso actual} / \text{talla actual}}{\text{Peso medio} / \text{talla media}} \times 100$$

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

- Inferior a 90: Peso bajo o malnutrición
- De 90 a 110: Peso normal
- De 110 a 120: Sobrepeso
- Superior a 120: Obesidad

Para la mejor clasificación se modificó de la siguiente manera:

- Menor de 75: Muy bajo peso
- De 75-85: Bajo peso
- De 85-129: Peso normal
- De 130-140: Sobrepeso
- Mayor a 140: Obesidad (Saucedo y Gómez Pérez- Mitré, 1998, pp.392-397).

Klesges (1995, citado en Mietzel, 2005), considera que los niños de edad preescolar con exceso de peso deberían ser motivo de preocupación, debido a que existe el riesgo de que cuando sean adultos pesen demasiado y pongan en peligro su salud.

La obesidad infantil es un problema de facetas múltiples afectado por variables genéticas, fisiológicas, sociales y económicas, por diferentes constelaciones que desempeñan roles más o menos importantes en los distintos casos de niños obesos (Lebow, 1986).

CAPÍTULO II FACTORES DE RIESGO

En el capítulo anterior nos enfocamos en la definición, los antecedentes históricos y la etiología de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastornos no especificados, sobrepeso y obesidad infantil) En este capítulo nos enfocaremos a describir los diferentes factores de riesgo que están involucrados en los trastornos de la conducta alimentaria.

Los factores que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio que representa el estado de salud y se desencadene alguna enfermedad son conocidos como: **Factores de Riesgo** (Medina-Mora, 1982). También se les denomina así porque tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste o desequilibrio, ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermar y el número o severidad de los factores de riesgo (Gómez-Péresmitré, 2001).

Los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas y características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. La distinción primera y más simple entre un TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome, esto es, un conjunto de síntomas (cuantitativamente y cualitativamente agrupados) como son los criterios diagnósticos de la anorexia, bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado señalados en el DSM-IV; mientras que los factores de riesgo pueden verse como manifestaciones, o síntomas, aislados; esto es, presencia de uno o más de ellos sin que cubran dichos criterios desde el punto de vista cuantitativo ni cualitativo (Gómez-Peresmitré, 2001).

Para entender el concepto de factores de riesgo es relevante analizar algunos conceptos definidos por algunos autores que se han involucrado en temas como; salud, enfermedad, prevención, promoción, etc.

Salud, Prevención y Promoción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1984, definió “salud” como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Carta de Ottawa, 1986).

San Martín (1992), menciona que “salud” es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia, de compensación física, psicológica, mental y social. Cualquier otro estado es percibido por el individuo y /o por su grupo como la manifestación de un proceso mórbido.

Milton Terris (citado en San Martín, 1992), considera que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere “a sentirse bien” y el otro objetivo que implica “la capacidad para la función”, modifica la definición de la OMS de la siguiente forma: “salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez” (p. 8).

En contraparte a la salud, la enfermedad es una falla de los mecanismos de adaptación de los organismos y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto (San Martín, 1992).

La OMS (1984), considera que la prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una sobreposición del contenido y de las estrategias enfocadas a la salud, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Existen diferentes fases en la prevención de la enfermedad, como la que divide Fielding (1978, citado en Vásquez. Fernández y Pérez, 1998), y que considera fundamentales como son:

- a) La prevención primaria, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas.
- b) La prevención secundaria, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que esta se ha iniciado.

c) La prevención terciaria, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica. (p.299).

Es claro que existe relación en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, no obstante el objetivo fundamental de la promoción de la salud son sus intervenciones, la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables y, por lo tanto, la mejora de la calidad de vida, la prevención de la enfermedad englobaría aquellas intenciones cuyo objetivo es el de la elección o eliminación de aquellos comportamientos que se pueden calificar como de riesgo para el desarrollo de algún tipo de enfermedad como lo explican Vásquez, Fernández y Pérez, (1998).

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (Carta de Ottawa, 1986).

La promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad fundamentalmente en el objeto para las intervenciones: para la primera es lo que se considera lo “saludable” y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. La promoción de la salud se dirige a la población y la prevención de la enfermedad se enfoca al individuo; la promoción de la salud busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, es decir, la situación en que vive, la gente junto con la interacción de factores causales (Restrepo y Málaga, 2001).

En consecuencia, la adopción de estilos de vida sanos, favorables a la salud, con el objetivo de evitar las conductas o comportamientos que la afecten, son parte fundamental en la educación para la salud que consiste en un proceso de enseñanza-aprendizaje, que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento del educando (el tipo de cambios depende, en realidad de los objetivos que nos propongamos a alcanzar).

Para conocer los objetivos a alcanzar en un proceso de educación para la salud, el tipo de promoción a efectuar, o que tipo de prevención podemos llevar a cabo referente a los trastornos de la conducta alimentaria, es relevante conocer cuáles son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores que están involucrados en ésta clase de trastornos, por lo tanto, a continuación se explican

algunos de los factores más importantes que diferentes autores se han dedicado a estudiar.

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores de predisposición son aquellos que contribuyen a generar una vulnerabilidad en la persona que facilitan el desarrollo posterior del problema; en ningún caso son determinantes del mismo pero su presencia sí incrementa la probabilidad de aparición de la anorexia.

A continuación describiremos factores genéticos, de personalidad, familiares y socioculturales que facilitan el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Factores Genéticos

Klump, Ringham, Marcus y Kaye (2001, citado en Thomas, Keel, y Heatherton, 2005) realizaron un estudio con estudiantes de ballet, en donde demostraron que los antecedentes familiares perceptiblemente altos en desordenes alimentarios comparados con los controles (no bailarines) de la comunidad, sugirieron que los genes aumentan la vulnerabilidad para desordenes alimentarios y también realzan la probabilidad de matriculación de la escuela de ballet.

En la patogenia de los TCA destacan también los estudios de gemelos, así en el caso de la anorexia se han demostrado valores de concordancia superiores en gemelos idénticos que en no idénticos del mismo sexo. Por otra parte, en parejas de gemelos idénticos discordantes para la anorexia parece que el gemelo afectado podría tener una mayor incidencia de acontecimientos vitales antes del comienzo de la enfermedad. (García-Camba, 2002).

Desde el punto de vista biológico, Ochoa, Puente y Grana (1990, citado en Bravo, Pérez y Plana, 2000), señalan que "la restricción dietética lleva apareado una serie de cambios biológicos y físicos importantes. Entre ellos se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, respondiendo a la aparición de la amenorrea que ha llevado a muchos autores a considerar que dicha alteración constituye una de las causas primeras anteriormente descritas. En la actualidad, a pesar de que algunos hechos tales como la existencia de niveles plasmáticos y urinarios bajos de gonadotropina y estrógenos, la existencia de niveles elevados de cortisol, la ausencia del ciclo menstrual de gonadotropina, un patrón prepuberal de hormona luteinizante (LH) ponen de manifiesto la existencia de dicha alteración, parece existir

un consenso al considerarlo secundario a los cambios experimentados en la ingesta".

La AN es un trastorno multicausado a estas alturas del siglo XXI es preciso reconocer la indudable importancia de los factores genéticos es su causalidad. La transmisión familiar del trastorno, comprobada, parece ser esencialmente genética. Dada la antedicha multicausalidad hay que entender que esta influencia supone la determinación de un importante grado de vulnerabilidad al mismo. La genética parece explicar entre el 60 y 70% de tal vulnerabilidad. Y junto a ella, cuentan significativamente las experiencias biográficas individuales, en especial el caso de las mujeres (Toro, 2004).

Factores Socioculturales

Los factores socioculturales son considerados un pilar influyente en los TCA, el contexto social determinado por elementos que en líneas generales se confunden entre sí, y que especificamos como: las exigencias sociales, la publicidad, la información, la moda. Elementos necesarios para adaptarse al patrón de conducta presente en la sociedad, y por tanto susceptibles de generar determinadas actitudes y comportamientos; en algunos casos, proclives a los TCA. Los factores sociales no nos influyen por sí mismos y de la misma manera a todos, sino a través de las características individuales, que se forman a través de aspectos personales (físicos y psicológicos) y familiares; dependiendo de cómo sea éste entorno privado, los sujetos desarrollarán una u otra actitud ante la sociedad y en sus vidas.

En la actualidad se observa que los trastornos alimentarios ya no pertenecen exclusivamente a los países desarrollados, sino que su prevalencia se está extendiendo a sociedades en las que no predomina necesariamente un alto desarrollo económico, tal parece que el común denominador es la "cultura de la delgadez", por ejemplo, una investigación realizada en estudiantes mexicanas universitarias (N=524) con una media de edad de 19.3 años, en el que se aplicaron una serie de instrumentos para la detección de trastornos alimentarios, los hallazgos permitieron concluir que el 8.3% de la muestra fue diagnosticada con alguno de estos trastornos; los factores predominantes fueron: insatisfacción corporal, miedo a engordar y motivación para adelgazar (Mancilla, et al.,1999).

Esto se debe quizás al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas en donde

el tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias son rechazadas por su medio social, empezando con el núcleo familiar y extrapolándose a sus amistades, pareja y en general el medio social que les rodea. Una persona que triunfa ha de ser una persona delgada; parece que el físico es lo único que vale y nos colmará de felicidad.

Castillo (2006), menciona que nuestra sociedad es una “sociedad de consumo”, y ello es debido a que en ella la acción se orienta y se dirige en función de las exigencias del mercado, es decir, del sistema productivo, la sociedad y el consumo están estrechamente relacionados, pues la sociedad actual está fuertemente marcada por las prácticas de consumo dirigidas por la publicidad, el marketing y en definitiva los medios de comunicación, que hacen eco de industrias de importantes sectores como la moda, los cosméticos o las industrias farmacéuticas, y crean necesidades en los sujetos consumistas en favor de la sociedad.

El ideal de belleza que promueven los medios de comunicación de masas pasa por la extrema delgadez, una idea de belleza representada por los modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y estatura son una auténtica excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales imposibles, que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. Los valores de antaño quedan relegados a un segundo plano, enmascarados por el abuso de la moda y la publicidad, que suman ceros a sus cuentas a costa de valores estéticos artificialmente contruidos, opuestos a la realidad, poniendo en crisis el modelo de mujer asociado a la maternidad y sus redondeces, al ama de casa y en síntesis a la estética tradicional de nuestras madres o abuelas (Castillo, 2006).

En las siguientes investigaciones se confirma la influencia de los medios de comunicación que principalmente han repercutido en prepúberes y púberes de ambos sexos, tal es el caso del estudio realizado por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (2004), quienes diseñaron un modelo predictivo de dieta restringida, los resultados mostraron que la influencia de la publicidad actúa como una variable fundamental para la explicación de la dieta restringida, pues además de tener efectos directos sobre ella, también lo hace indirectamente a través de tres variables que integran el modelo y que evalúan esencialmente aspectos relacionados con la imagen corporal como son: el malestar, la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal. Este hallazgo puede interpretarse como que los anuncios y

programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de revistas como de televisión y radio así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y el control de la obesidad, tienen gran influencia sobre la valoración de la propia imagen y que cuando esta autoevaluación provoca incomodidad, insatisfacción y la percepción de “gordura u obesidad”, conlleva directamente a la dieta restringida, a una preocupación por el peso y la comida que finalmente desembocará en la señalada conducta. Cabe mencionar que la dieta restringida, está altamente asociada a *factores socioculturales* promovidos por la “cultura de la delgadez” en la que se sobrevalora la esbeltez como signo de belleza, poder y éxito tanto profesional como social.

Estos resultados fueron confirmados en otra investigación de Saucedo-Molina y Gómez-Péresmitré (2005) que realizaron con 388 púberes hombres de 10 a 15 años de edad, estudiantes de primaria y de secundaria de la Ciudad de México los resultados muestran la influencia de la publicidad, con mayor efecto (0,348) en la predicción de la dieta restringida y que actúa como mediadora de la misma. Las otras dos variables que arrojaron importantes efectos de predicción fueron: la percepción de la imagen corporal (0,267) y el Índice de la Masa Corporal (0,178). Concluyendo que la publicidad de productos para adelgazar y moldear la figura emitida a través de diversos medios de comunicación, las conversaciones sobre el peso, la figura y el control de la obesidad, despiertan gran interés en púberes varones, haciéndolos frágiles a la tentación de seguir dietas con el propósito de perder peso y mejorar la figura. En relación con el IMC ocurre algo similar, ya que cuando este tiende a ser alto, provoca insatisfacción en varón pero no lo empuja hacia una conducta de restricción. Sin embargo, cuando él tiene un IMC alto, se percibe obeso, y muestra gran interés por la publicidad de productos para adelgazar esta secuencia si favorece la conducta de restricción de la dieta.

El incremento de los TCA (cuyo carácter epidémico ha sido señalado por algunos especialistas), y su propagación a través de los medios de comunicación han generado alarma social debido, al componente sociológico que conllevan estas enfermedades. Los enfermos de TCA, en su mayoría mujeres adolescentes, generan sus propias necesidades en relación a un mundo del que son espectadoras y en cuya participación se ven fundamentalmente limitadas al consumo. Presa fácil de la publicidad, el estereotipo marcado por los sectores productores de esta sociedad, crean, como en el esquema, necesidades que alcanzan la condición de vitales en

nuestros adolescentes, guiando su consumo hacia la consecución de la perfección, símbolo de poder y autoestima, una perfección regida por las tallas, la delgadez y la moda. Abordar la problemática de los TCA desde la perspectiva sociológica requiere aceptar la actual sociedad como de consumo, examinar el medio social como patógeno, realizar una búsqueda de las variables sociales que intervienen y aceptar la comunicación y la publicidad como los agentes divulgativos del marco referencial de valores socioculturales existentes (Castillo, 2006).

Entre las variables catalogadas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y que cuentan con mayor documentación internacional, se consideran, la distorsión de la imagen corporal (sobreestimación y subestimación) y satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal). Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales. Son el resultado de la interacción de:

- a) Condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación que difunden y mantienen, estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- b) Variables individuales más o menos objetivas-peso o tamaño y forma real.
- c) Variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras (Gómez- Péresmitré, 1997).

La percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como género, color de piel, edad, clase social y atractivo o apariencia física, entre otros. Lo mas importante sin embargo, es que la propia percepción, es decir, la autopercepción sufre las mismas influencias, pues me veo, percibo mi cuerpo, como me perciben los demás, mis pares, los miembros importantes de mi familia, etc, mientras que los medios influyen sobre mí en la medida en que difunden, transmiten y refuerzan, la imagen valorada por la sociedad (Gómez-Péresmitré, 1999).

En un estudio realizado con niñas preadolescentes (N=962) se presentaron factores de riesgo asociados con la imagen corporal encontrando que a los 11 años es la edad en donde alcanzan su punto pico respuestas que indican: insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma, aceptación de una excesiva preocupación por el peso corporal; aceptación del estereotipo cultural que equipara la delgadez como una persona físicamente atractiva; seguimiento de dietas para el control de peso y deseo de una figura ideal delgada. Esta presencia de factores de riesgo asociados con imagen corporal quedó aceptablemente apuntalada por los resultados que permitieron comprobar que insatisfacción con imagen corporal se relacionaba significativamente con conducta alimentaria dirigida al control de peso (Gómez-Péresmitré, 1999).

Espina, Asunción, Ochoa, Yenes y Alemán (2001), realizaron un estudio con una muestra de 145 mujeres que presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV, 36 con (ANR), 30 con (ANB) y 79 con (BN) y un grupo control de 65 mujeres con características similares con una edad 14-33 años y un mínimo de 6 meses de enfermedad, con el objetivo de estudiar las diferencias en la insatisfacción con la imagen corporal entre mujeres que presentan un (TA) y el grupo control, en donde encontraron que las mujeres con TA presentan una insatisfacción con la imagen corporal significativamente mayor que el grupo control, no hallaron diferencias significativas entre los diferentes TA. Aunque respecto al grupo control destacaron que un 32,3% presentan una insatisfacción leve con su imagen corporal, lo cual puede deberse a factores culturales, entre los que destacan la importancia dada a la apariencia física y la moda por ser delgado.

Acosta, Llopis, Gómez y Pineda (2005), mediante un estudio realizado en México y España encontraron que la variable género (en este caso particular, ser mujer) dio cuenta de las diferencias estadísticamente significativas encontradas en prácticamente la totalidad de los análisis realizados. Se confirma así que son las mujeres las que en comparación con su contraparte los hombres de la misma edad y nivel de estudios, desean ser más delgadas o tener menor peso independientemente de su peso real, e igualmente muestran mayor preocupación por el peso y la comida, también siguen en mayor proporción dietas restrictivas. Se observa que las mujeres presentan mayores índices de riesgo alimentario que los hombres, y que éstos a su vez independientemente de su nacionalidad, mostraron preferir un peso mayor (una figura endomorfa).

La mujer debe ser lo suficientemente flexible para conciliar las exigencias de su propio rol genérico y de los mandatos imperantes de la sociedad contemporánea: "autodefinición y excelencia". (Behar, 1992). De acuerdo con los estudios revisados el rol genérico masculino desde la infancia homologa a inteligencia, actividad, dominancia, racionalidad, autodeterminación y censura de aquellos sentimientos que interfieren con el cultivo de estas cualidades. En cambio, las mujeres aprenden a la misma edad, de sus pares masculinos, que la individuación en ellas es inapropiada, que tomar la iniciativa no es su tarea, que es preferible dedicarse a los hijos, ser sensibles, apoyadoras y complacientes en respuesta a las necesidades del otro, en consecuencia adquieren una baja autoestima, debido a la falta de asertividad, en el caso de la anoréxica evidencia mediocre autoestimulación; piensa que no puede defraudar a los otros ni permitirse fracasar; obviamente, dentro de los estándares que se autoexige e impone. Cualquier baja de rendimiento vivido subjetivamente es causal para aumentar drásticamente la restricción alimentaria.

Así las mujeres a menudo cumplen con las peticiones de su rol lo mejor que pueden, pero a cambio de una considerable baja de su autoestima. Por su falta de asertividad, simplemente no son capaces de rehusar requerimientos, lo que sería compatible con el estereotipo de qué rol femenino se posee. La anoréxica evidencia mediocre autoestimulación; piensa que no puede defraudar a los otros ni permitirse fracasar; obviamente, dentro de los excelsos estándares que se autoexige e impone. Cualquier baja de rendimiento vivido subjetivamente es causal para aumentar drásticamente la restricción alimentaria (Behar, 1992).

Behar, De la Barrera y Michelotti (2001), en una investigación llevada a cabo con pacientes del sexo femenino con anorexia contra un grupo control de estudiantes universitarias sin este tipo de trastornos, confirmaron empíricamente las evidencias arrojadas por la literatura especializada que relacionan la condición de feminidad como el principal rasgo de identidad de género en pacientes portadoras de trastornos de la conducta alimentaria. En contraste, la androginidad mostrada por el grupo control resultó relacionada con una mejor adaptabilidad y flexibilidad para afrontar circunstancias vitales dificultosas.

Factores Familiares

La predisposición familiar puede modular en gran medida, el impacto de la influencia social, disminuyéndolo ó incrementándolo. El entorno en el que se ha nacido y la educación recibida, determina que muchos jóvenes y adolescentes interioricen con mayor profundidad los mensajes de nuestra sociedad. Las variables de tipo familiar como: las actitudes, los comportamientos y estilos educativos parentales han sido consideradas relevantes para la comprensión y el mantenimiento del TCA.

Bobadilla y Rivera (2003), mencionan que desde la perspectiva familiar en los trastornos de la conducta alimentaria sugiere que los individuos desarrollan una imagen corporal positiva o negativa en el contexto de sus familias, pues en ella opera como mediador la cultura, ejerciendo una gran influencia en el desarrollo de la identidad y autoimagen. La familia transmite normas y valores culturales acerca de la delgadez, la forma corporal y los hábitos alimenticios; en las familias en donde existe alguien con un trastorno alimenticio, los temas de la apariencia física y la preocupación por el peso son predominantes.

En una revisión realizada por Rojo y Cava, (2003), encontraron que los familiares de pacientes con anorexia nerviosa tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollar un trastorno alimentario que los individuos del grupo control, la realización de dieta por madres y padres predice preocupaciones por el mantenimiento de una figura ideal (delgada).

Otro factor importante en el factor familia es el orden de nacimiento, el volumen familiar y el contar con padres separados, divorciados o viudos aumenta el riesgo a desarrollar TCA a mediano plazo. La sobreprotección de los padres está asociada a una baja satisfacción corporal tanto en varones como en mujeres, el exceso de control paterno y una escasa atención materna se asocian en la AN, en el caso de muchachas que han sufrido abuso sexual en la infancia. Las madres que incurren a restricciones alimentarias predicen en sus hijas una preocupación significativa por estar gordas, en cambio las madres que tienden a actuar de manera descontrolada en su alimentación pronostican en sus hijas conductas para controlar el peso. (Toro, 2004).

En México, se ha visto que las familias de pacientes con problemas alimentarios presentan una dinámica familiar disfuncional, donde se observan serios problemas de intercomunicación y se caracterizan por ser rígidas y autoritarias o laxas (Álvarez, Mancilla, López, Ocampo y López, 1998).

Factores de Personalidad

Existen muchos factores que predisponen a un individuo a desarrollar un trastorno alimentario, como son los factores socioculturales, familiares, genéticos, etc. Pero, ¿Qué características personales hacen que una persona determinada tenga más probabilidad de presentar conductas anoréxicas ó bulímicas?, por qué a pesar de estar expuestos a una misma influencia y presión social, no todos somos vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario, existen ciertas características personales que actuarán como elementos moduladores para que se genere un trastorno alimentario. A continuación se describirán algunos rasgos de personalidad que han estudiado diferentes autores, iniciaremos definiendo el término personalidad.

Larsen y Buss (2005) definen la personalidad como:

“El conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social” (p.4).

En el caso de anorexia nerviosa (AN), López, González, y Tárreaga, 2003 encontraron que diversos autores la asocian a trastornos de la personalidad (TP) de tipo obsesivo y perfeccionista; mientras que la bulimia nerviosa (BN) a trastornos de tipo impulsivo/ inestable.

Chinchilla (2003), menciona que los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, inhibidos, retraídos, pensativos, serios y con tendencia a la obsesividad. A diferencia de éstos, los de tipo bulímico son más extrovertidos, simpáticos, emocionalmente lábiles e impulsivos y con conductas mas desorganizadas.

En el caso de Palazzoli, Cirilo, Selvini, y Sorretino (1999), distinguen cuatro subtipos de personalidad:

- Dependiente. AN-R. Rol sexual infantil, relación estrecha con la madre, rígida, voluntad de autonomía, apego ansioso-ambivalente, baja autoestima.
- Tipo borderline. AN-P. Perfil pasivo-agresivo, rol sexual seductor, poca adecuación escolar y laboral, rasgos borderline e histriónicos, desconfianza de la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre, rasgos prepsicóticos, mundo relacional de abandono y agresividad, abuso de sustancias y promiscuidad, sentimientos de depresión y angustia junto con sentimientos de excitación.

- Tipo Obsesivo-Compulsivo. Restrictivas, tendencia al control aislamiento y autosuficiencia, apego esquivo, ambivalencia para mostrar necesidades, temor a la reprobación del entorno, presencia de distancia, incomunicación, inaccesibilidad.
- Tipo narcisista. Mayor presencia de bulímicas, negatividad, hostilidad, ambivalencia, pasividad, rigidez e infantilismo respecto al rol sexual, aislamiento, egocentrismo, intolerancia a la crítica y al fracaso, dificultades para experimentar la empatía, control del entorno y de las relaciones. Encuentra una variante más autística con rasgos depresivos y la más paranoide (pp. 189-196).

Éstos autores realizan esta división de rasgos de personalidad enfocándose al tipo de terapia a implementar.

López, González y Tárreaga (2003), examinaron características de personalidad en 32 adolescentes con trastorno alimentario, en sus resultados encontraron que el 25% de la muestra había recibido el diagnóstico clínico de algún trastorno de personalidad al inicio en la adolescencia, además de correlaciones entre la cronicidad del trastorno y las puntuaciones en varias de las escalas del Mini-mult, que valora rasgos de personalidad como: depresión, histeria, paranoia, ansiedad, obsesividad y esquizofrenia. Aparecieron elevadas muchas de las escalas del Mini-mult: de las ocho escalas clínicas el subgrupo diagnosticado de bulimia purgativa muestran un perfil patológico en todas las escalas, en el caso de la ANP muestran rasgos más definidos; aislamiento, temor a involucrarse, falta de inteligencia social, inseguridad, ambivalencia entre la dependencia de los demás y su propia autoafirmación, llegando a mostrar un gran distanciamiento emocional, inmadurez, conductas manipuladoras, hostilidad y dificultades sexuales. Un hallazgo sorprendente fue la puntuación elevada en la escala de manía en el grupo de la anorexia restrictiva. En conclusión encontraron que la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los TCA es muy alta (53-93%), la anorexia nerviosa se asocia a trastornos de la personalidad caracterizados por obsesividad y perfeccionismo; mientras que la bulimia nerviosa con trastornos de inestabilidad e impulsividad.

Espina (2003), realizó una investigación con (N=112) mujeres con un trastorno alimentario, 24 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 35 con anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y 53 con bulimia nerviosa purgativa (BNP) y un grupo control

de (N=146). Se hallaron puntuaciones elevadas en la escala de depresión e histeria en pacientes con TA que en el grupo control. En las pacientes con ANB y BN destaca también las puntuaciones más elevadas en las escalas F (que reflejan actitudes arrogantes, inestables, insatisfechas, rebeldes y de distrés) y la escala K (refleja actitud defensiva). En la escala de desviación psicopática (que refleja rebelión, impulsividad, pobre juicio interpersonal, alineación social y poca responsabilidad) se encontró en las pacientes con ANB y BN. En el grupo de ANB hallaron introversión social (refleja timidez, inseguridad, rigidez, control y frustración en las relaciones interpersonales) frente a los otros tres grupos. Las pacientes con BN son depresivas, histéricas, paranoicas, psicastenias, y esquizofrénicas frente a las controles. Las anoréxico bulímicas presentan más patología siendo más depresivas, histéricas, paranoicas, fuerza del yo y dependencia.

Existen dos rasgos de personalidad que han sido más estudiados debido a que influyen decisivamente en la anorexia nerviosa: el perfeccionismo y los rasgos temperamentales.

En revisiones realizadas por Toro (2004) en investigaciones de diferentes autores concluye que en lo que concierne a las dimensiones temperamentales, las anoréxicas restrictivas, comparadas con el grupo control, presentan una mayor tendencia a la persistencia, con alta resistencia a la frustración, y un marcado distanciamiento de las relaciones sociales. Son más tranquilas, indiferentes, estoicas, organizadas, metódicas y sistemáticas que las bulímicas; y las anoréxicas-bulímicas (también llamada bulimiarexia), comparadas con las restrictivas, las anoréxicas-bulímicas son más excitables, curiosas, exuberantes, impulsivas y desordenadas, sin que presenten rasgos que les diferencien significativamente de las bulímicas.

También se ha investigado el perfeccionismo, como uno de los trastornos de la personalidad más estudiados y el más documentado como factor de riesgo para la AN. Se trata de una característica que engloba elementos de otras dimensiones o rasgos de personalidad ya asociados a la AN: obsesividad, introversión, evitación, etc., e incluso se engloba en el trastorno obsesivo de personalidad. Es la creencia de que cualquier cosa por debajo de la perfección es inaceptable. El perfeccionismo se mantiene tras la recuperación nutricional y su intensidad está asociada a la gravedad del trastorno anoréxico y al grado de resistencia al cambio del paciente (Toro, 2004).

En una investigación realizada por Mancilla et al.(1999), encontraron que los factores de “inefectividad y perfeccionismo” fueron significativamente mayores en el grupo con el trastorno, observándose que el “perfeccionismo” fue un factor que predominó más en el grupo anoréxico que en el bulímico, en cambio el factor “inefectividad” sobresalió más en el grupo bulímico. El sufrimiento y la sensación de ineficacia, hace a las pacientes más exigentes, a tal punto que sienten que lo que hacen no es suficientemente bueno. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal, donde para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Paradójicamente este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad por que exige no fallar en lugar de reafirmar al individuo en los recursos que tiene (autoestima, autoconcepto, seguridad, etc.). Las anoréxicas logran alcanzar este control sobre su cuerpo, se sienten poderosas manipulando el peso corporal, compensando así las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar, por otro lado, las bulímicas, son quienes fallan en el intento por mantener el control sobre sus cuerpos, lo cual las hace manifestar sentimientos de inefectividad e inutilidad.

Otra investigación enfocada al estudio del perfeccionismo es la realizada por Thomas, Keel y Heatherton (2005), en donde compararon el predominio de las actitudes y de los comportamientos en trastornos de la conducta alimentaria entre bailarines de ballet clásico en adolescentes de escuelas nacionales, regionales y locales. Encontraron que los bailarines que exhiben altos niveles de perfeccionismo, por lo regular se colocan en ambientes altamente competitivos, pueden exhibir un riesgo perceptiblemente alto en trastornos alimentarios en comparación a los bailarines que son menos perfeccionistas, además concluyeron que las escuelas que exigen mayor competitividad entre los bailarines son las que pueden llegar a provocar este tipo de trastornos alimentarios.

Garner y Garfinkel (1980, citado en Gómez-Péresmitré y Unikel, 1999), mencionan que en estudios realizados con bailarinas y modelos profesionales encontraron que la mayoría de los casos detectados de anorexia nervosa, se desarrollan una vez iniciado el entrenamiento dancístico o el modelaje. Además el entrenamiento aunado a la extrema delgadez, pueden ser los factores desencadenantes de la enfermedad. Así mismo observaron que en las compañías de danza más competitivas, sus

miembros muestran mayor cantidad de síntomas anoréxicos que en las compañías de danza menos estrictas.

Como se menciono con anterioridad, la búsqueda de la perfección se desplaza al peso corporal, donde para alcanzarla es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. El tema de la perfección es muy utilizado entre las comunidades de anoréxicas y bulímicas (llamadas también “Anas” para las anoréxicas y “Mias” en jóvenes bulímicas), enfocadas en pro de este tipo de trastornos, con un solo objetivo lograr la perfección física, mental y espiritual, sin tomar en cuenta los daños a su salud, además del impacto provocado en su contexto familiar. Esta clase de foros utilizados por chicas que quieren lograr “la perfección” navegan para adquirir los mejores tips o consejos de chicas en su misma condición, en donde encuentran una serie de justificaciones que motivan a que no desistan de lograr su objetivo. En el siguiente párrafo se relata el discurso de una de tantas chicas que ingresan a cada una de éstas páginas, sus vivencias, así como su opinión respecto a esta clase de comunidades.

“Ana y Mía son caminos por los cuales se llega a la perfección.- Ser Ana o Mía significa querer la perfección, llamar el viaje hacia ella.- La perfección es física, mental y espiritual.- Queremos vernos preciosas, queremos que al vernos en el espejo y decir "soy una princesa", sintamos que es verdad.- Tenemos sueños y no es fácil cumplirlos cuando la sociedad cree en estereotipos que nos orillan a tomar éste camino, para ser aceptadas por la sociedad y por nosotras mismas.- No es nuestra culpa, es de la sociedad.- La gente dice que ni el peso ni la complexión importan, pero jamás lo ponen en práctica. Nosotras somos personas de voluntad, que van a donde sea necesario por su felicidad.- Las páginas pro-ana y pro-mía, así como los grupos, no son pro-enfermedad, ni pro-muerte. Simplemente son pro-perfección.- Queremos sentirnos orgullosas de representar la perfección, y lo lograremos.- El fin justifica los medios, por eso lo hacemos.- Somos fuertes, y lo vamos a lograr, porque Ana y Mía no son "asesinas", como las llaman, sino que son la voluntad que nos guía al triunfo, a la felicidad y al cumplimiento de nuestros sueños y los estereotipos sociales.” (Pro Ana y Mía, 2008).

Éstos son algunos de los factores predisponentes más importantes y más estudiados en lo que a la personalidad se refiere, pero es relevante mencionar otros rasgos que aunque poco estudiados han influido en el desarrollo de este tipo de trastornos. Tal es el caso de la alexitimia, que es una característica de personalidad que ha

demostrado estar asociada a distintos trastornos, especialmente de índole psicósomática. Literalmente es una incapacidad para "leer emociones", constituyendo un trastorno específico del procesamiento emocional. Se manifiesta por la dificultad para identificar y describir sentimientos, una actividad imaginativa pobre y un pensamiento cuyos contenidos se caracterizan por preocupaciones por síntomas corporales y/o por detalles concretos de las situaciones (Toro, 2004).

Otro es el trastorno de la personalidad narcisista que consiste en una necesidad intensa de ser admirado, un sentido intenso de vanidad y una falta de perspicacia respecto a los sentimientos de otras personas, cumpliendo las exigencias sociales en cuanto a lo que la cultura de la delgadez se refiere. Steiger, Jabalpurwala y Champagne (1997, citado en Unikel, 2003) encontraron que individuos con bulimia nerviosa muestran elevados rasgos narcisistas, aún después de la recuperación de la bulimia, sugieren que se trata de un rasgo premórbido de vulnerabilidad.

Finalmente también se ha estudiado el autocontrol en relación a los trastornos de la conducta alimentaria, se caracteriza como una capacidad consciente de regular nuestros impulsos de manera voluntaria, a fin de alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional. Lugli-rivero y Vivas (2001), realizaron un estudio con (N=87) mujeres, 21 con TCA, 33 en riesgo y 33 normales. Encontraron que las personas con trastornos alimentarios presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, menor sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta. Los resultados encontrados constituyen una primera aproximación para entender el papel que juega la variable psicológica "control personal de la conducta" como factor de protección o de riesgo en el desarrollo de la anorexia o bulimia nerviosa. Las conclusiones que presentan es que las pacientes para ejercer el autocontrol adecuadamente, se encuentran generalmente en los extremos: la pérdida de control (episodios de sobreingesta) o el excesivo control (episodios de inanición). En consecuencia, manifiestan sentimientos de ineffectividad para planificar y llevar a cabo las estrategias de autocontrol, ya que las percepciones de autoeficacia juegan un papel fundamental para la acción, la baja percepción de autoeficacia encontrada en estas participantes de alguna manera facilita la pérdida o el exceso de control que intentan ejercer para mantener el peso ideal y alcanzar la figura socialmente aceptada para la mujer.

FACTORES PRECIPITANTES

Los factores precipitantes, denominados por algunos autores como facilitantes son los antecedentes para motivar la realización del comportamiento buscado. Habitualmente son condiciones concretas del ambiente y facilitan su adopción. Están asociados con la facilidad de acceso y la relación costo-beneficio de algo, así como con las condiciones de vida que se ven afectadas, e incluyen la adopción de nuevos hábitos por ser adquiridos (Vargas y Casillas, 1999).

Entre ellos se habla de modificaciones biológicas y corporales propias de la pubertad, contactos sexuales o el inicio de ellos, separaciones, pérdidas, otras situaciones aversivas como el rápido aumento de peso, alguna enfermedad somática, incremento en la actividad física y acontecimientos vitales (Saucedo-Molina, 2003).

Esta bien demostrado el papel de las situaciones estresantes traumáticas, especialmente el abuso sexual y el maltrato físico infantiles, en la etiopatogenia de los TCA; son antecedentes relativamente frecuentes. Pero deben dejarse sentadas algunas precisiones al respecto. Una de ellas es que se trata de factores de riesgo inespecíficos, es decir, que pueden intervenir en la aparición y desarrollo de otras patologías. Otra que en lo que concierne a la AN, el maltrato, sexual o físico, se da especialmente en la AN bulímica; muy pocas veces en la restrictiva (Toro, 2004).

En revisiones realizadas por Sierra, (2005), menciona que nueve posibles factores externos precipitantes están asociados con la bulimia nerviosa, éstos son: burlas (críticas o adulación excesivas relacionadas con el cuerpo), sobrepeso real durante la prueba, sobrepeso percibido, viajes sin los padres (campamentos de verano), formas de maltrato diferentes al físico, separación de los padres (después de estar casados durante más de cinco años), abuso sexual franco, matrimonio de uno de los padres (después de separarse del padre biológico), proceso de crecimiento y maduración rápida, concluyendo que lo que denominan “corporalidad” constituía el eje fundamental del trastorno.

FACTORES MANTENEDORES

Los factores mantenedores conocidos también como perpetuantes o de refuerzo, son las acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o se repita. El apoyo social, la influencia de personas semejantes o pares, sus consecuencias para la vida social: autoestima, recompensas o castigos tangibles (ingresos económicos, pérdida del peso corporal) y otros que son considerados generalmente como premios o castigos por haber adoptado la nueva conducta (Vargas y Casillas, 1999).

Toro y Villardel (1987) establecen que las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la desnutrición, la sintomatología obsesiva compulsiva en relación a la alimentación, el aislamiento social e irritabilidad, déficit en la concentración, pérdida del interés sexual, trastornos del sueño y labilidad emocional son algunos factores mantenedores que están relacionados en los trastornos de la conducta alimentaria.

Rosen (1990, citado en Raich, 2000), considera los siguientes factores de mantenimiento como:

- a) La atención selectiva hacia la parte o partes del cuerpo que preocupan, que son las que menos agradan, la dedicación de pensar mucho tiempo en ellas y llevar acabo posibles “remedios de belleza” servirá para mantener esa preocupación.
- b) Las conductas de evitación, que son muy eficaces a corto plazo para paliar o detener el malestar. Esto las hace altamente peligrosas. Por ejemplo: si una persona tiene miedo de asistir a una reunión donde cree que la van a juzgar por su aspecto físico, de manera inmediata decide no asistir, en ese momento siente un gran alivio.
- c) Los rituales de comprobación, como preguntar muchas veces por la presencia o ausencia de un defecto o mirarse muchas veces al espejo, cambiar repetidamente de ropa por la mañana, antes de salir a la casa, o pesarse muchas veces, producen un efecto parecido. Cada vez es necesario llevar a cabo rituales y a su vez la inseguridad y el desconcierto es mayor (p.82).

En consecuencia, para los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, tiende a ser difícil el proceso de recuperación desde los diferentes entornos en los que se desenvuelven, los medios de comunicación reforzando la imagen de una mujer

delgada como sinónimo de éxito, la influencia social en repudio de las personas obesas y una inmensa cantidad de factores que perpetúan este tipo de trastornos.

OTRA CLASIFICACIÓN

Otra clasificación de los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria son los realizados por Gómez-Péresmitre (2001), los divide en cuatro grupos de acuerdo a la naturaleza de las variables que se han agrupado en función de resultados, entre ellos de sus correlaciones y/o contenidos:

- 1) FR asociados con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción; alteración sobreestimación subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad /delgadez; autoatribución positiva/ negativa, figura ideal, ideal e imaginaria; peso deseado; y atractividad ligada a la delgadez, entre otras;).
- 2) FR asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios principales (desayunos, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico “engordadores”; y consumo de productos “light”.
- 3) Aquellos relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz, tardía y/o amenorrea.
- 4) Aquellas prácticas compensatorias tales como ejercicio excesivo (10hrs o más semanal); y uso de alguno de los productos siguientes con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua (>2 litros / día) y de fibra (pp.21-22).

FACTORES DE RIESGO EN SOBREPESO Y OBESIDAD

Existen diferentes factores de riesgo en la obesidad y sobrepeso, como lo son psicológicos, biológicos, genéticos, socioculturales. Dentro de los socioculturales esta la actitud negativa hacia la obesidad o también llamado el rechazo social que ya explicamos anteriormente en la clasificación que hace Gómez-Péresmitre (2001).

Factores biológicos

Se ha reportado que una tasa metabólica basal baja es factor de riesgo para obesidad, (Ravussin y Lillioja, 1988 citado en Laguna, 2005) y que sujetos obesos tienen menor capacidad oxidativa de grasa. (Zurlo y Lillioja, 1990 citado en Laguna, 2005) Alteraciones en la nutrición temprana quizá imprimen en este sistema de regulación fisiológica una predisposición o riesgo de padecer enfermedades crónicas; el bajo peso al nacer se asocia con obesidad en la vida adulta (Parsons y Power, 1999 citado en Laguna, 2005).

Factores ambientales

Las modificaciones en los factores ambientales de la población durante el siglo XX, contribuyeron al cambio de patrón alimentario en la sociedad de consumo, al generar cambios de comportamiento en la determinación de la elección del tipo de alimentos que se decide o no consumir (French y Store, 2001 citado en Vizmanos, Hunot y Capdevila, 2006). Entre estos factores ambientales está el incremento de la producción de alimentos con una mayor accesibilidad y reducción de los costos de los mismos, todo ello sumado a las estrategias de mercadotecnia aplicadas. También la incorporación de la mujer al mundo laboral, las limitaciones de tiempo para desplazarse y cocinar, el incremento de la oferta de alimentos precocidos y una mayor cantidad de opciones de consumo fuera de casa son factores que han contribuido a modificar los patrones alimentarios (Vizmanos, Hunot y Capdevila, 2006).

Es por ello que resulta importante mencionar la comida rápida (*fast food*), que es un tipo de comida económica, ampliamente consumida hoy día, basada en menús de fácil preparación y, como su mismo nombre indica, de rápida preparación e ingestión. Características que en nuestra sociedad se convierten en auténticas virtudes para un amplio estereotipo de consumidores; desde adolescentes de

precaria economía a trabajadores que carecen de tiempo para almorzar por sus exigentes jornadas laborales. Hoy día, nuestro estilo de vida, hace que no haya tiempo de comer a casa ó, si lo tenemos, sea escaso; así, comer diariamente fuera supone un gasto económico, y, los locales de comida rápida tienen precios bajos. A esto se le suma que sirven en cortos espacios de tiempo y la comida es de rápido consumo, con lo cual, para un individuo con poco tiempo para comer, resulta perfecto (Molini, 2006).

Factores Psicológicos

Algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, en especial cuando el sobrepeso inicia desde la niñez o cuando hay sobreprotección. Por otra parte, la comida es empleada como objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, como en el occidente que recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. Los obesos tienen la dificultad para identificar y expresar sus propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia maladaptativa para “manejarlas” (Bersh, 2006).

FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

La investigación de factores de riesgo en la infancia ha abordado, entre otros, los siguientes aspectos; características de la alimentación de los niños que pueden relacionarse más tarde con la aparición de anorexia, bulimia u obesidad, actitudes familiares y sociales frente al peso y la imagen corporal, y características temperamentales y de la interacción familiar.

Pica, Rumiación, Obesidad infantil

Marchi y Cohen (1990, citado en García-Camba, 2002), realizan un estudio de seguimiento de 2.5 años de dos grupos de niños de 0 a 10 años y de 9 a 18 años, respectivamente, y observan que la ingesta selectiva de alimentos y las alteraciones digestivas son factores de riesgo de anorexia nerviosa, mientras la pica y los conflictos durante la comida son factores de riesgo de bulimia. En otro estudio de Singer y cols (1992 citado en García-Camba, 2002) la negativa a comer, los rituales con la comida, las conductas, las conductas fóbicas frente a ciertos alimentos, la

negativa a la incorporación de nuevos sabores y los trastornos emocionales aparecen también como factores de riesgo.

Ballester y Guirado (2003) realizó un estudio en niños de 11 a 14 años, observaron una alta prevalencia de conductas alimentarias poco saludables, el 40% de niños ya a esta edad evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% alguna vez ha intentado vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia del malestar ante su figura física.

Más tarde estos mismos autores en el (2005), analizaron la relación existente entre conductas alimentarias anómalas y otros comportamientos, como los hábitos de sueño, el absentismo escolar, el consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y la conducta sexual. Para ello, administraron a una muestra de 819 adolescentes, cuyas edades estaban comprendidas entre los 11 y los 14 años, el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-II). Los resultados sugieren la existencia de importantes relaciones entre determinados comportamientos alimentarios anómalos, como la evitación de alimentos considerados de gran aporte calórico, controlarse el peso, hacer ejercicio con el fin de quemar calorías y provocarse el vómito después de una comida abundante. Del mismo modo, también encontraron correlaciones significativas entre determinados comportamientos alimentarios problemáticos y conductas como tener dificultades para dormirse por las noches, el absentismo escolar, sentirse triste cuando se cree que se han herido los sentimientos de los demás, la dificultad para controlar los impulsos, consumir alcohol los fines de semana o desear cambiar muchas cosas de uno mismo.

En el caso de la obesidad y para algunos otros problemas de conducta alimentaria como es la anorexia y la bulimia muchos autores consideran como factores de riesgo aspectos genéticos, psicológicos, socioculturales y ambientales, aunque es importante destacar que no es el único pero son de los más importantes los medios de comunicación ya que estos han influido en el sedentarismo propiciando la inactividad física tanto en los niños como en adultos, aunque cabe destacar que en los adultos existen otro tipo de factores que están involucrados en este tipo de problemáticas.

Rodríguez (2006), quien hizo una revisión de diferentes estudios en donde encontraron que los medios de comunicación y los videojuegos tienen relación con la obesidad infantil, los niños que veían por lo menos 4 horas diarias de televisión

tenían un IMC mayor que los que la veían menos de 2 horas diarias. Los niños que observan más televisión son los que más consumen refrescos, comen más alimentos fritos, menos frutas y vegetales que otros niños. Además de que una tendencia en los anuncios comerciales es usar los personajes favoritos de los niños para ayudar a vender productos alimenticios, tanto en avisos televisivos como en cajas de alimentos o a través de juguetes.

Otra revisión interesante es la que llevo acabo Jiménez (2006), concluye que los anuncios dirigidos a un público infantil publicitan alimentos hipercalóricos utilizando estrategias creativas basadas en aquellos estímulos los cuales los niños son más sensibles, convirtiéndose en alimentos habituales de la dieta infantil. También es importante destacar el comentario sobre el dibujante norteamericano Jim Davis que en 1977 fue quien dio vida a Garfield, el enorme gato de color naranja que se pasaba horas tumbado en el sofá frente al televisor, consumiendo programas con la misma voracidad que comía azucaradas rosquillas, entre otros alimentos como pastas, sin imaginar que con el paso de los años esta caricatura del absoluto sedentarismo se transformaría en la realidad actual. La población infantil tendiente a seguir modelos (familiares, sociales, etc), adopta el papel de algunos personajes en televisión, ya sea para alimentarse de esta serie de productos que suelen estar de moda ó para soñar ser como actrices que están en la cúspide.

Un estudio realizado con 76 pacientes, 37 niñas y 39 niños, con diagnóstico de obesidad en base al IMC, con el objetivo de analizar las características somáticas, clínicas y bioquímicas de niños obesos atendidos en la consulta ambulatoria. Se les realizó una historia y examen clínico cuidadoso, determinaciones de glucosa e insulina en ayuno, curva de tolerancia a la glucosa y perfil de lípidos. Los resultados obtenidos fueron que la frecuencia de antecedentes familiares de obesidad y de las enfermedades asociadas a este padecimiento fue alta, tanto en niños como en niñas. La inactividad física y las horas dedicadas a ver televisión fueron comunes. La obesidad en los padres se asoció en los hijos varones con un riesgo 8.4 veces mayor al de los hijos de padres eutróficos y en las niñas este riesgo 6.8 veces más alto si la madre es obesa. La importancia de esta información radica en el hecho de que la obesidad en la niñez aumenta la probabilidad de ser un adulto obeso. Así, después de los 6 años de edad aumenta la probabilidad de que los niños sean adultos obesos, de tal manera que si el niño es obeso pero sus padres no lo son, el

riesgo de ser obeso en su vida adulta es de 24% pero si sus padres también son obesos el riesgo aumenta en 62% (Flores y Ávila, 2007).

Amigo, Busto, Herrero, y Fernández (2008), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la actividad física no reglada (horas de juego y actividades extraescolares), actividad física deportiva, el ocio sedentario, las horas de sueño y el índice de masa corporal (IMC). Participaron una muestra de 103 alumnos, 59 chicas y 44 chicos, de cuarto de primaria con una edad comprendida entre los 9 y los 10 años y medio. Se realizó una entrevista individual en la que se preguntaba a los niños los programas que veían en la televisión cada uno de los días de la semana y los juegos con los que jugaban en la consola y el ordenador, el tiempo dedicado a los deportes, juegos y actividades extraescolares. El modelo puesto a prueba en este estudio a través del *path análisis* (modelo de ecuaciones estructurales) permitió establecer una clara relación entre el estilo de vida sedentario, caracterizado por el empleo de muchas horas delante de las pantallas de televisión, ordenador, consola, y la actividad física deportiva, la actividad física no reglada y el sueño. Los resultados indican que, cuanto más tiempo invierten los niños en algún tipo de ocio sedentario, menos es el tiempo que dedican a la actividad física y a dormir. Por otra parte, también destaca la estrecha relación que se ha constatado en este trabajo entre el ocio sedentario y la falta de sueño. Que los niños duerman menos se relaciona a que tardan más en acostarse porque están más tiempo delante del televisor o del ordenador. Es por ello que el control del sueño debería también tenerse en cuenta en las campañas de promoción de la salud infantil y prevención del sobrepeso.

En consecuencia, el alto nivel de sedentarismo en la población infantil indica la necesidad de enfrentar este problema pues la actividad física moderada e intensa es imprescindible para evitar el sobrepeso y disminuir la obesidad, a través de la realización de deportes, juegos, bailes u otras acciones que contribuyan al establecimiento de un balance energético negativo. Es necesario incluir además la modificación de los comportamientos sobre la base de programas dirigidos a sustituir las horas dedicadas a mirar la televisión, videos y videojuegos por actividades que promuevan el incremento del gasto energético total del individuo.

La participación de los padres como patrones de conducta es de primera importancia para que ayuden a la formación de buenos hábitos en la alimentación, como la

realización diaria del desayuno, consumo de alimentos en pequeñas cantidades en varias comidas en el día, no ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples, entre otras.

CAPÍTULO III DESARROLLO DE LA NIÑEZ TEMPRANA.

Significado del desarrollo

Durante el trascurso de nuestra vida -desde la concepción hasta la muerte- existen diferentes fases en el desarrollo, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales, cada una se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas, tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales.

Cada niño tiene su propio temperamento, estilo de aprendizaje, patrón y tiempo de crecimiento. Sin embargo, los estudios e investigaciones permiten identificar las etapas del desarrollo infantil y las conductas que el niño o niña realizan en cada una de ellas.

Antes de explicar las características tan especiales que tienen los niños preescolares, se pasará a definir el desarrollo, además de diferenciar la controvertida relación entre desarrollo y maduración.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993 el desarrollo humano es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Miras (1991), define el desarrollo psicológico como un proceso que implica modificaciones globales en la conducta de la persona, modificaciones que son a su vez duraderas y, en general, de carácter irreversible, por oposición a otras modificaciones o cambios de carácter puntual o bien transitorio.

Maier (1969), señala que la palabra maduración, hace referencia al crecimiento orgánico, mientras que el término desarrollo se refiere al desarrollo sociopsicológico, alude a una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad en constante desarrollo y cambio. Este cambio implica una transición de un estado a otro, en tanto que desarrollo se refiere a los elementos dinámicos y unidireccionales del cambio. Por consiguiente el desarrollo es un proceso y el cambio, un producto.

Shaffer y Kipp (2007), afirman que el desarrollo designa las continuidades y los cambios sistemáticos del individuo que ocurren entre la concepción (cuando el espermatozoide del padre penetra el óvulo de la madre, dando origen a un nuevo organismo) y la muerte. Es decir, que los cambios son ordenados bajo un patrón duradero, además de quedar excluidos de los cambios temporales, el estado de ánimo y otros como el pensamiento y comportamiento. Estos autores refieren que el desarrollo se debe a dos procesos importantes como son la maduración y el aprendizaje.

El desarrollo del niño puede comprenderse como una sucesión de etapas desde la infancia hasta la madurez, que están caracterizadas por la adquisición de habilidades y conocimientos en cada área evolutiva (psicomotora, cognitiva, social y emocional) (Costa, 2000).

Es importante destacar que existe una interrelación en las diferentes áreas del desarrollo, ya que el progreso o degeneración que haya en un área afecta a las otras, si un niño manifiesta problemas de lenguaje, es posible que a su vez carezca de habilidades para relacionarse socialmente y se verá limitado en cuanto al tipo de experiencias que pudiese obtener y en el desarrollo de otras áreas.

En este capítulo nos enfocaremos en la niñez temprana ó primera infancia debido a que es la etapa de los niños(as) con quienes se llevo acabo este estudio.

DESARROLLO COGNOSCITIVO

Pensamiento

Durante la primera infancia existe una transformación de la inteligencia de sensorio-motriz o práctica, se prolonga a pensamiento, bajo la doble influencia del lenguaje y de la socialización, el niño comienza a darse cuenta de que sus ideas pueden cambiar en función de las distintas situaciones con las que se encuentra y aproximadamente a los seis años su pensamiento está unido a la percepción, se deja guiar por las apariencias y no discrimina con claridad entre la fantasía y la realidad (Costa, 2000).

Piaget (1975), describe que de los dos a los siete años, se dan todas las transiciones entre dos formas extremas de pensamiento:

- a) La primera es la del pensamiento por mera incorporación o asimilación, cuyo egocentrismo excluye por consiguiente toda objetividad.

- b) La segunda es la del pensamiento que se adapta a los demás y a la realidad, preparando así el pensamiento lógico. (p. 39).

Piaget denominó a esta etapa preoperacional, porque los niños todavía no están listos para realizar las operaciones, o manipulaciones, mentales que requiere el pensamiento lógico. Es en este momento cuando se forman los conceptos estables, aparece el pensamiento racional, comienza a aparecer fuertemente el egocentrismo, después disminuye y se construyen las creencias mágicas. Es un periodo de espera oportuno para concretar el pensamiento operacional.

Santrock (2001) refiere que las operaciones son un conjunto de acciones que permiten que el niño realice antes mentalmente lo que hace físicamente.

El pensamiento preoperacional puede dividirse en dos subestadios: la función simbólica y el del pensamiento intuitivo.

El subestadio de la función simbólica se produce aproximadamente entre los dos y los cuatro años, el niño adquiere la habilidad de representar mentalmente un objeto que no está presente, generalmente por medio del uso de garabatos representando casas, gente, carros y muchos otros aspectos del mundo. Otros ejemplos de simbolismo son el lenguaje y el juego del cual mencionaremos más adelante.

Aunque los niños realizan diferentes progresos durante éste subestadio, su pensamiento representa varias limitaciones importantes; como son el egocentrismo y el animismo.

El egocentrismo es una característica destacada del pensamiento preoperacional, es la dificultad para distinguir entre una perspectiva propia y la de otros, estipulada por Piaget como una forma de centración. El animismo es la creencia de que los objetos “inanimados” tienen la cualidad de estar vivos y de que son capaces de actuar.

Piaget refiere que el pensamiento egocéntrico puro se presenta en esa especie de juego que cabe llamar juego simbólico, constituye la forma de actividad inicial de casi toda tendencia, o por lo menos un ejercicio funcional de esa tendencia que lo activa al margen del aprendizaje propiamente dicho y reacciona sobre éste reforzándolo. El juego simbólico no es un esfuerzo de sumisión del sujeto a lo real, sino, por el contrario, una asimilación deformadora de lo real al yo.

El subestadio del pensamiento intuitivo ocurre desde los cuatro a los siete años de edad, los niños empiezan a usar un tipo de razonamiento primitivo y quieren saber las respuestas a toda clase de preguntas. Piaget lo llama intuitivo porque por una

parte el niño parece muy seguro de sus conocimientos y de su comprensión, aunque no sea consciente de cómo sabe lo que sabe. Es decir, conoce las cosas pero sin usar el pensamiento racional.

Es la forma de pensamiento más adaptada a lo real que puede conocer la pequeña infancia, se trata en cierto modo de la experiencia y la coordinación sensorio-motrices propiamente dichas, aunque reconstruidas y anticipadas merced a la representación (Piaget, 1975).

Piaget refiere que esta etapa se presenta otra característica del pensamiento preoperacional que es la centración, consiste en que la atención se enfoca, o se centra, en una característica excluyendo a todas las demás. Es decir, su conocimiento de los objetos y sucesos todavía se funda principalmente, o “se centra”, en el rasgo perceptual más sobresaliente- la forma en cómo aparecen las cosas-, no son procesos lógicos ni racionales.

El pensamiento en la edad preescolar es todavía en alto grado global, es decir, esta determinado por los sentimientos, que se distinguen por no ser objetivos, debido a la relación que guarda con deseos o temores personales. A esta edad el niño preescolar presenta lo que se llama antropomorfismo, es decir trata muchos objetos como si tuvieran vida. En esta etapa también se presenta lo que se llama el pensamiento mágico, que es una conducta pensante que se contenta con suponer conexiones voluntarias, con frecuencia sobrenaturales (Clauss, y Hiebsch, 1966).

Inteligencia

Weschler (1958) define la inteligencia como la capacidad global o agregada del individuo para actuar con propósito, para pensar racionalmente y para tratar de relacionarse de manera eficaz con su medio ambiente.

En la edad preescolar surgen problemas más complejos y variados que le obligan a buscar y a utilizar las relaciones entre los objetos, fenómenos y acciones. La evolución del pensamiento del niño le permite prever los resultados de sus acciones y planearlas. El niño se propone tareas cognoscitivas, busca la explicación a los fenómenos que observa, recurre al “experimento” para comprender los problemas que le interesan y extrae conclusiones (Ramírez, 1998).

A los tres años el niño descubre únicamente las causas agentes que actúan externamente sobre el objeto, a diferencia del preescolar de cuatro años, el cual ya comienza a comprender que las causas de un fenómeno también pueden estribar en

las propiedades del mismo objeto. El preescolar mediante razonamientos, logra comprender de una forma más correcta las causas de los fenómenos. Para el desarrollo de la inteligencia del niño, es indispensable la adquisición de los conocimientos, que se adquieren precisamente del adulto, y otros en base a observaciones propias y en actividades orientadas por el adulto. El niño asimila los conocimientos mediante la solución mental de los problemas y ello es el resultado de la inteligencia. Todo esto gracias a las operaciones mentales que son adquiridas mediante la experiencia que el niño obtiene, con ellas descubre las conexiones y relaciones que le señala el adulto y de las cuales depende el éxito de sus actividades, la evolución de la inteligencia se apoya en la formación y en el perfeccionamiento de las operaciones mentales, posteriormente tomarán forma de operaciones con imágenes o bien forma de operaciones con signos (con palabras, con números) (Mujina, 1975).

A los cinco años el niño ha descubierto las formas, las sensaciones, olores, imágenes y sonidos de su mundo. Es un ser humano curioso y el mundo está lleno de misterios para él. Los ojos, los oídos, manos y piernas son los principales instrumentos de exploración, es por ello que el niño de edad preescolar debe estar rodeado de toda clase de materiales con el objetivo de que sus experiencias sean ricas y variadas (Lane y Beauchamp, 1985).

Al manipular diversos objetos se les induce a pensar, las situaciones novedosas y desconocidas despiertan en ellos una actividad de orientación investigadora que les permite ir descubriendo las cualidades y relaciones de las personas, cosas o sucesos de su mundo circundante, la relación con los adultos se vuelve muy fructífera ya que adquiere habilidades imitándolos en la solución de problemas (Sesma, 1999).

Cuando el niño opera mentalmente con imágenes para resolver un problema, se imagina una operación real con objetos y su resultado (inteligencia imaginativa) (Ramírez, 1998).

Creatividad

Espru, (1993), concluye que la creatividad se caracteriza por tres aspectos importantes

- a) Conducta peculiar de búsqueda, en la detección y solución de problemas.
- b) Originalidad en los procesos de pensamiento y en los productos, y
- c) Novedad para el sujeto que produce. (p.21).

Dacey (1989, citado en Espru, 1993) clasifica seis periodos en relación a la creatividad, en donde debería ser cultivada de manera más intensa, es en su primer periodo y es donde tenemos más interés, refiere que en los primeros cinco años de vida del niño, es la etapa en que se realiza el mayor desarrollo neuronal en el ser humano, especialmente en el primer año y medio. En la tabla 1 se muestra los seis periodos que están dados en relación directa con el proceso del desarrollo humano.

Tabla 1. Periodos de la creatividad

Periodo	Características
1o	En los primeros cinco años, se realiza el mayor desarrollo neuronal.
2o	De los 11-14 años, la creatividad debe apoyarse, al hacerlo se apoya el autoconcepto y motivación del adolescente.
3o	De los 18 a 20 años, edad en que se termina la estructura del adolescente y se entra a la edad adulta.
4o	De los 28 a los 30 años, edad en que hay una reconceptualización de valores a nivel intelectual.
5o	De los 40 a los 45 años, se observa uno de los cambios más serios en la autopercepción, es un periodo de reconsideración y de culminación de aspectos creativos de desarrollo personal.
6o	De los 60 a los 65 años, en que declina la capacidad del trabajo del individuo.

Fuente: (Espru,1993) p.49.

Lenguaje

Para Vigotsky (1962, citado en Santrock, 2003), el niño usa el lenguaje no solo para comunicarse con los demás, sino también para planear, guiar y observar su comportamiento como autorregulador, llamado también habla interna o privada, lo que para Piaget era egocéntrica e inmadura.

Vigotsky pensaba que el lenguaje y el pensamiento se desarrollan inicialmente de manera independiente uno de otro para luego fusionarse. Los niños deben usar el lenguaje para comunicarse con los demás, antes de abordar sus propios

pensamientos. El lenguaje, hasta en sus formas más tempranas, tiene fundamentos sociales.

Gesell (1975), menciona que en los niños a los tres años, las palabras están separadas del sistema motor grueso y se convierten en instrumentos para designar preceptos, conceptos, ideas, relaciones. El soliloquio y el juego dramático tienen por fin ese proceso de maduración, incubando palabras, frases y sintaxis. Permite seguir la acción a la palabra y la palabra a la acción, mientras aprende a escuchar, escucha para aprender.

A los cuatro años Gesell menciona que el niño puede improvisar y elaborar preguntas casi interminablemente, le gustan los juegos de palabras. Los *porqué* y los *cómo* aparecen frecuentemente, aunque las explicaciones no le interesan gran cosa. No construye estructuras lógicas coherentes, sino que combina hechos, ideas, frases sólo para reforzar su dominio de palabras y oraciones. No le gusta repetir las cosas. A los cuatro años tiene mucho de charlatán y algo de irritante. Puede contar una extensa historia, entremezclando ficción y realidad.

A los cinco años el niño habla sin articulación infantil, sus respuestas son más sucintas y ajustadas a lo que se pregunta, sus preguntas son perfectamente razonables, tiene verdadero deseo de saber, es pragmático, sus definiciones están hechas en función utilitaria. Es serio y empírico, ve y escucha los detalles, ha asimilado las convenciones sintácticas y se expresa con frases correctas y terminadas, el vocabulario se ha enriquecido con 2,200 centenares de palabras, el uso es más preciso y más depurado, es capaz de la abstracción necesaria. Puede llegar a dramatizar los fenómenos naturales. Tiene un genuino intercambio de ideas, va en camino de aclarar el mundo donde vive mediante el uso discriminatorio y aun analítico de las palabras, distingue la mano derecha de la izquierda en su propia persona (Gesell, 1975).

Piaget (1975), menciona que gracias al lenguaje, el niño es capaz de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal, además divide tres funciones elementales del lenguaje:

- a) Los hechos de subordinación y las relaciones de presión ejercida por el adulto sobre el niño. Con el lenguaje el niño descubre las riquezas insospechadas de realidades superiores a él, da a conocer por medio de sus pensamientos y sus voluntades de éste entorno nuevo.

- b) Están todos los hechos de intercambio, con el propio adulto o con los demás niños, y esas intercomunicaciones desempeñan un papel decisivo en los progresos de la acción.
- c) El niño pequeño no habla tan sólo a los demás, sino que se habla a sí mismo constantemente. (p 145).

En la siguiente tabla se compara las teorías de Vigotsky y Piaget, cabe destacar que las dos teorías son constructivistas, pues remarcan que los niños construyen activamente su conocimiento y entendimiento mucho mejor que si son receptores pasivos. Aunque ambas teorías son constructivistas, la de Vigotsky es un enfoque constructivista social, que hace hincapié en los contextos sociales del aprendizaje y en el que el conocimiento se construye. La teoría de Piaget no tiene este fuerte énfasis social. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Comparación de las teorías de Vigotsky y Piaget

Contenido	Vigotsky	Piaget
Contexto sociocultural	Fuerte énfasis	Poco énfasis
Constructivismo	Constructivista social	Constructivista cognitivo.
Etapas	No propone etapas	Fuerte énfasis en las etapas (sensoriomotriz, preoperacional, operacional concreta y operacional formal).
Claves del proceso	Zona de desarrollo próximo, lenguaje, diálogo, herramientas de la cultura.	Esquema, asimilación, acomodación, operaciones, conservación, clasificación, razonamiento hipotético-deductivo.
Papel del lenguaje	Máximo: el lenguaje juega un poderoso papel en dar forma al pensamiento.	Mínimo; la cognición inicial dirige al lenguaje.
Punto de vista de la educación	La educación juega un papel central, ayuda a los niños a aprender las herramientas de la cultura.	La educación meramente refina las destrezas cognitivas del niño que ya han emergido.
Implicaciones en la enseñanza	El profesor es un ayudante y un guía, no un director; establece muchas de las oportunidades que los niños tienen de aprender con el profesor y otros compañeros más calificados.	También ve al profesor como un ayudante y un guía, no como un director; brinda apoyo al niño para explorar su mundo y describir conocimientos.

Fuente: Santrock, 2003 p224.

En la edad preescolar los niños ya utilizan el lenguaje con fines comunicativos, aunque sus conversaciones todavía son rudimentarias. Tienen un vocabulario activo alrededor de 1500 palabras, sus oraciones llegan a diez palabras y una estructura compleja. Los niños de esta edad buscan construir significados lingüísticos ya que el desarrollo semántico va detrás del desarrollo cognoscitivo (Morales y Quezada, 2001).

Atención

Los niños en la edad preescolar deambulan, cambian la atención de una actividad a otra y parecen centrarse poco en un evento u objeto. Un déficit de la capacidad de atención en esta edad, es por que los niños se centran en las dimensiones que más destacan de los estímulos, o son sobresalientes, comparadas con aquellas que son relevantes a la hora de resolver un problema o desarrollar una tarea. (Santrock, 2003).

Memoria

La memoria es un aspecto fundamental del desarrollo cognoscitivo, percibir de manera selectiva, razonar, clasificar y, en general, avanzar hacia conceptos más complejos son procesos que se dan junto a la maduración y la adquisición de los procesos de la memoria (Craig, 2001).

Este mismo autor menciona que el preescolar se centra en dos capacidades básicas: el reconocimiento que es la capacidad de identificar objetos o situaciones que se han visto o experimentado antes y el recuerdo que designa la capacidad de hacer remembranzas de largo plazo con pocas claves o pistas, es mucho más difícil para los niños que para los adultos. Los preescolares no organizan la información en forma espontánea ni la repasan con la mente como lo hacen los niños mayores y los adultos. Un adulto puede memorizar una lista de palabras como: “perro”, “gato”, “escritorio”, “automóvil, etc., el individuo clasifica de manera automática los objetos en “animales”, “muebles” y “vehículos”, los niños pequeños no lo pueden hacer.

Durante la edad preescolar los niños muestran avances significativos en la atención, rapidez y eficiencia con que procesan la información; y forman recuerdos a largo plazo. Aun así, los niños más pequeños (3 años de edad) no recuerdan tan bien como los mayores. Es decir, al codificar los niños pequeños tienden a concentrarse

en los detalles exactos de un evento, los cuales se olvidan con facilidad, mientras que los niños mayores y los adultos se concentran en lo fundamental de lo que ha ocurrido. Además los niños pequeños, debido a su menor conocimiento del mundo, pueden no advertir ni codificar aspectos importantes de una situación, cómo, cuándo y dónde ocurrió, lo que podría ayudar a la recuperación. (Papalia, 2005).

Wellman (1990, citado en Lefrancois, 2001) menciona que lo que el preescolar recuerda es el resultado de lo que llama mnemónicos incidentales, que, como no son deliberados, en realidad no son estrategias. Son lo que ocurre cuando alguien presta atención por cualquier razón y luego recuerda o bien cuando alguien presencia lo mismo con tanta frecuencia que se vuelve familiar y conocido. En estos casos, recordar no es el resultado de un intento deliberado y sistemático de elaborar o de repasar, sino que en cierto sentido es involuntario.

DESARROLLO FÍSICO Y MOTOR

Las capacidades físicas determinan el tipo de experiencias que pueda tener el niño y por lo tanto el desarrollo cognoscitivo y social.

Lefrancois (2001) menciona que hay una desaceleración del crecimiento, es por eso que entre los dos y seis años el niño aumenta de seis a ocho centímetros y unos dos kilogramos por año.

Este mismo autor menciona que los preescolares no solo aumentan en promedio otros 30 centímetros y 9 kilogramos, sino que también hay notables diferencias en los ritmos de cambio de las diversas partes del cuerpo, que hacen que la apariencia del niño de seis años sea muy distinta y más adulta que la de un niño de dos.

Los niños a los seis años empiezan a tener una cintura más estrecha que los hombros y cadera, lo que hace más evidente al comienzo de la adolescencia., la cintura relativamente más ancha se debe no solo a las capas de grasa, sino también al tamaño de los órganos internos De los dos a los seis años la cabeza cambia de aproximadamente de un quinto a un octavo del tamaño total del cuerpo.

Papalia (2005), menciona que alrededor de los tres años, los niños adelgazan y crecen; comienzan a perder su redondez de bebé y toman un aspecto más delgado y atlético de la niñez. El tronco, las piernas y los brazos se vuelven más largos, los niños a esa edad son ligeramente más altos y pesados que las niñas y tienen más músculo por libra de peso corporal mientras que las niñas tienen más tejido graso. El crecimiento muscular y óseo progresa, y haciendo a los niños más fuertes; estos

cambios, coordinados con la madurez del cerebro y el sistema nervioso, promueven el desarrollo de un amplio número de destrezas motrices.

Santrock (2003), menciona que la media de crecimiento es de 6.35cms de altura y de 2.2 a 3.1 kilos al año durante la niñez temprana. A medida que el niño preescolar crece, el porcentaje de aumento de peso y altura del niño disminuye cada año adicional. Las niñas son ligeramente más pequeñas y delgadas que los niños durante estos años, una diferencia que continua hasta la pubertad.

El crecimiento de un niño se puede acelerar o retardar por factores externos como desnutrición y enfermedad, la ingestión inadecuada de proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales no puede mantener las pautas normales de crecimiento ni proporcionar cantidad suficiente de energía para el niño pequeño (Angrilli, 1984).

Santrock (2003), menciona que durante los años preescolares siguientes el equilibrio y estabilidad del niño mejoran considerablemente, lo cual permite subir escaleras en posición erecta, así como brincar y hacer saltos mortales. El niño preescolar se hace adepto a la marcha en bicicleta, a los cinco años de edad ha dominado las habilidades fundamentales de locomoción.

Aunque el cerebro continúa su crecimiento en la niñez temprana, no crece tan rápidamente como durante la primera infancia. Cuando los niños cumplen los tres años, el cerebro es $\frac{3}{4}$ de su tamaño de adulto. A los cinco años el cerebro ha alcanzado $\frac{9}{10}$ de su tamaño adulto (Santrock, 2003).

Este mismo autor menciona que el cerebro y la cabeza crecen más rápidamente que cualquier otra parte del cuerpo. La parte superior de la cabeza, los ojos y el cerebro crecen con mayor rapidez que las partes más bajas, como la mandíbula.

Las neuronas se comunican a través de los neurotransmisores (sustancias químicas) que portan la información a través de los intervalos entre las neuronas. Se ha demostrado que un neurotransmisor que aumenta considerablemente entre los tres y los seis años es la dopamina (Diamond, 2001 citado en Santrock, 2003).

Angrilli (1984), menciona que las extremidades y el tronco crecen rápidamente y alcanza al desarrollo de la parte superior del cuerpo de los primeros dos años de vida. Continúa el crecimiento de la corteza cerebral conforme se agregan nuevas células y hacen al cerebro más pesado, a los cinco años de edad el cerebro ha alcanzado el 75% del peso que tendrá definitivamente, los músculos y huesos crecen más fuertes durante este periodo permitiendo un mayor dominio de las habilidades motoras.

Desde los tres a los seis años el crecimiento mayor se produce en las áreas del lóbulo frontal implicadas en la planificación y organización de nuevas acciones y en el sostenimiento de tareas de atención. Solo hacia el final de la niñez temprana la mayor parte de los músculos oculares de los niños se desarrollan para permitirles ver las letras de forma efectiva a través de los ojos. (Santrock, 2003).

Durante la edad preescolar se produce un progreso considerable en las habilidades motoras gruesas y finas.

Aprender a caminar es el logro motor más significativo del infante, pueden aproximarse a la persona de su apego y también dejarla para explorar lugares que de otro modo solo verían desde los brazos de alguien (Lefrancois, 2001).

Papalia (2005), menciona que los niños preescolares realizan grandes avances en las habilidades motoras gruesas, como correr y saltar, las cuales involucran los músculos grandes. El desarrollo de las áreas sensorial y motora permiten una mejor coordinación entre lo que desean los niños y lo que pueden hacer. Sus huesos y músculos son más fuertes y su capacidad pulmonar es mayor, lo que hace posible correr, saltar y trepar más lejos, más rápido y mejor.

Las habilidades motoras finas, como abotonar una camisa y dibujar, involucran coordinación ojo-mano y músculos pequeños, los avances de éstas destrezas permiten que los niños adquieran mayor responsabilidad para su cuidado personal (Papalia, 2005).

Este mismo autor menciona que los sistemas de acción son cuando se combinan continuamente ambas habilidades que ya poseen con las que están adquiriendo para producir capacidades más complejas.

Lefrancois (2001), menciona que la adquisición de diversas destrezas motrices en el periodo preescolar parece estar muy relacionado con la creciente inteligencia del niño. De hecho, las destrezas motrices que manifiestan mayor control y coordinación de los movimientos musculares finos a menudo se emplean como reactivos en las mediciones de inteligencia.

Gesell (1975), divide por años el desarrollo del niño y menciona que a los tres años el niño se entretiene con juegos sedentarios durante periodos muy largos, su correr es más suave, aumenta y disminuye la velocidad con mayor facilidad, da vueltas más cerradas y domina las frenadas bruscas, puede subir las escaleras sin ayuda, alternando los pies, pedalea un triciclo, construye torres de seis o siete cubos. En el dibujo espontáneo como el imitativo, muestra mayor capacidad de inhibición y

delimitación del movimiento, sus trazos están mejor definidos y son menos difusos y repetidos.

Santrock (2003), menciona que a los tres años, los niños disfrutan con movimientos simples, como saltar, brincar y correr de arriba abajo, solo por el puro placer de realizar estas actividades. A esta edad los niños todavía no han culminado las habilidades de la primera infancia de situar y manejar cosas, coger objetos y todavía son un poco torpes.

Gesell (1975), refiere que el niño de cuatro años es capaz de realizar un buen salto en largo a la carrera o parado, puede brincar (salto con rebote sobre uno y otro pie), puede mantener el equilibrio sobre una sola pierna durante mucho tiempo. Le gusta realizar pruebas motrices siempre que no sean muy difíciles. Le proporcionan placer las pruebas que exigen coordinación fina, se abotona la ropa y hace el lazo de los zapatos con toda facilidad, es capaz de dedicar una atención concentrada a la representación de un solo detalle, la copia del círculo es más circunscrita, puede combinar el trazo vertical y otro horizontal para formar una cruz

Santrock (2003), dice que a los cuatro años la coordinación motora fina de los niños mejora sustancialmente y se vuelve mucho más precisa.

Los niños de cinco años de edad, tienen su sentido de equilibrio más maduro, brinca sin dificultad y también salta. Puede pararse sobre un pie y aun puede llegar a conservar el equilibrio en puntas de pie durante varios segundos. Tiene la facilidad y la economía de movimientos se hacen presentes en sus coordinaciones más finas, muestra mayor preescisión y dominio en el manejo de herramientas. Maneja el lápiz con más seguridad y decisión, es capaz de dibujar una figura reconocible de un hombre, cuando baila lleva mejor el compás de la música (Gesell,1975).

A los cinco años, la coordinación motora fina de los niños ha mejorado mucho más, las manos, los brazos y el cuerpo se mueven juntos bajo la dirección de los ojos. (Santrock, 2003),

DESARROLLO SOCIAL-AFECTIVO

Gesell (1975) menciona que el niño a los tres años de edad, se puede relacionar con los demás sabe que él es una persona, que nosotros somos personas, es capaz de negociar transacciones recíprocas, sacrificando satisfacciones inmediatas ante la promesa de un beneficio ulterior. Tienen un fuerte deseo de agradar y a la docilidad, usa palabras para expresar sus sentimientos, a sus deseos y aun sus problemas. Presta oído atento a las palabras y las indicaciones surten efecto, realiza pequeños

encargos en la casa o por los alrededores. Su noción del yo personal y de otros personales es imperfecta y fragmentaria, tiene referencias de sonrisas y cariño, por el otro es capaz de dirigir violentos ataques contra un objeto físico. Sus estallidos emocionales por lo común son breves, la aparición de un rival bajo la forma de un hermanito, puede despertar una violenta angustia y sensación de inseguridad, se alimenta solo y demuestra mayor interés y habilidad para vestirse y desvestirse.

A los cuatro años el niño ya muestra una independencia y sociabilidad, realiza tareas indicadas con más cuidado; demuestra mayor sistema, efectúa más comentarios sin que nadie se lo pida, y puede llegar a explayarse en sus comentarios y preguntas. Puede vestirse y desvestirse casi sin ayuda, hace el lazo de los zapatos, se peina solo, bajo la vigilancia materna y solo se cepilla los dientes. A esta edad el niño ya no hace siesta. Va al baño por sí mismo y es muy poca la ayuda que precisa, le gusta ir al baño cuando hay otros en él, para satisfacer una nueva curiosidad que empieza a surgir. Realiza mayor número de contactos sociales y pasa más tiempo en una relación social con el grupo de juego, prefiere los grupos de dos o tres chicos. Sus frases están saturadas con el pronombre de primera persona, su autocrítica y autoestimaciones también tiene implicaciones sociales, además de que critica a los demás (Gesell, 1975).

A los cinco años ya está lo bastante maduro para adaptarse a un tipo simple de cultura, es obediente y puede confiarse en él, le agrada realizar actividades domésticas, con los compañeros de juego más chicos que él y con los hermanitos se muestra protector. Sabe decir su nombre y dirección, da claras muestras de rasgos y actitudes emocionales llamativos: seriedad, determinación, paciencia, tenacidad, cuidado, generosidad, sociabilidad manifiesta. Tiene cierta capacidad para la amistad. Prefiere el juego asociativo, le gustan las ropas, disfrazarse e impresionar a sus compañeros. Comienza a fraguar ligeros engaños y fruslerías, posee un sentido elemental de la vergüenza y la deshonra. Tiene mayor conciencia que hasta ahora de las diferencias culturales o de otra índole entre los dos sexos (Gesell, 1975).

Lane y Beauchamp (1985), mencionan que el niño a esta edad aún desea ser mimado y acariciado como antes; quiere que mamá ó papá lo abriguen bien por la noche y le den un beso; a menudo entra buscando a su padre cuando encuentra en la calle a un perro desconocido; pero también sale solo para explorarlo todo solo. Le gusta ayudar a su madre en las labores domésticas. A los seis años es probable que se encuentre cerca de sus pares del vecindario, siguiendo a sus miembros,

escuchando ensimismado discusiones, tratando de que se fijen en él y fingiendo que participa en actividades; aunque a veces participa en ellas realmente.

Cabe destacar que la socialización ayuda a la estimulación del lenguaje, Piaget (1975), decía que el resultado más claro de la aparición del lenguaje es que permite un intercambio y una comunicación continúa entre los individuos.

Para Freud, el foco corporal de atención para niños y niñas se desplaza en el área anal a la genital. El uso del término “fálico” para este estadio se basa en el punto de vista de que el pene o su carencia, es la de mayor importancia, se relaciona con la fantasía romántica del niño de una relación con el padre del sexo opuesto, lo cual conduce al conflicto de Edipo y a diversos estados de ansiedad y emociones que son perturbadores en extremo para el niño (Angrilli, 1984).

Agresión

Las conductas agresivas son acciones cuyo propósito es causar daño o ansiedad a otros, y entre ellas figuran pegar, patear, destruir cosas ajenas, disputar, burlarse de otros, atacarlos verbalmente y hacer resistencia a peticiones o demandas (Mussen, Conger y Kagan, 1975). También llamada agresión hostil por Craig (2001).

Cuando un niño le quita bruscamente una pelota a otro, sólo está interesado en obtener la pelota, no en lastimar o dominar al otro niño, esta es la agresión instrumental o agresión empleada como un instrumento para alcanzar una meta, el tipo más común de agresión en la edad preescolar. Es común que los niños luchen por sus juguetes y el control del espacio, generalmente este tipo de agresión aparece en el juego social. La agresión instrumental parece ser una habilidad que sirve para dar un paso necesario en el desarrollo social. (Papalia, 2005).

Temperamento

Wallon estableció estadios que ayudaron a comprender el desarrollo del temperamento y la personalidad del niño a través de sus interacciones con el medio. Estableció como estadio del personalismo (de 2 años y medio a los 4-5 años, en donde el niño comienza a tener conciencia de si mismo (utilización del “yo”, “mío”) y una representación propia (búsqueda de la admiración), reivindicando el reconocimiento de los logros y cuando no lo logra manifestando una crisis de oposición (llores, gritos), de negativismo o de rechazo (expresión del “no”) (hacia los tres años), comienza a desarrollar la vergüenza frente al otro (Costa,2000).

Motivación

Las motivaciones de la conducta del niño cambian sustancialmente a lo largo de la edad preescolar. Algunas motivaciones son típicas de la edad preescolar e influyen en el comportamiento del niño. Las motivaciones relacionadas con el interés del niño por el mundo de los adultos, este deseo por parecerse al adulto es el que anima al niño en el juego de roles. Otro grupo de motivaciones que determinan el comportamiento son las lúdicas, relacionadas con su interés en el juego (Craig, 2001).

Una motivación de gran importancia en la conducta del preescolar es el mantenimiento de las relaciones positivas con los adultos y con otros niños, el niño necesita recibir una caricia o un elogio del adulto, sus acciones obedecen a este deseo.

En esta edad se desarrollan las motivaciones del amor propio y de la autoafirmación, esto se refleja al querer ser el protagonista del juego, adjudicándose cualidades positivas, etc., a veces pueden ser origen de caprichos y obstinación. (Arrollo, 1995),

La motivación cognitiva también se refleja a esta edad, su curiosidad se magnifica haciendo preguntas al adulto, o bien buscan respuestas a lo que desconocen, esto explica el afán del niño por “destripar” los juguetes para saber que tienen dentro.

Género

Parte importante del desarrollo emocional es el género, pero antes diferenciaremos el sexo del género. El sexo se refiere a la dimensión biológica de ser hombre o mujer, el género se refiere a las dimensiones psicológicas y sociales de ser hombre o mujer. Es decir, existen dos aspectos del género a los que debemos prestar una atención especial; la identidad de género y el papel del género, la identidad del género es el sentimiento de ser hombre o mujer, que la mayoría de los niños adquieren a los tres años. El papel de género es el conjunto de expectativas que determinan cómo deben pensar, actuar o sentir hombres o mujeres. (Santrock, 2001).

Este mismo autor señala que durante la edad preescolar, el niño conoce el significado de los estereotipos sexuales, los niños de cuatro años ofrecen osos salvajes de juguete a los niños y gatitos mullidos a las niñas; esto indica que las asociaciones culturales de los objetos y de las cualidades con uno u otro género no

se basan nada más en observar ni en aprender determinadas asociaciones, como el hecho de que las muñecas son para las mujeres y los camiones para los varones.

Familia y pares

Existen muchos factores que influyen en el desarrollo del niño preescolar, de los cuales hemos mencionado con anterioridad, respecto a la familia influyen los siguientes: el número de hermanos, el lugar donde vive la familia, si esta la presencia de los progenitores o solamente de uno de ellos, los problemas familiares, la presencia de abuelos, tíos, los estilos de crianza, etc. A continuación se describirá la relación con los pares y los estilos de crianza por parte de los progenitores.

Con la escolarización, a los tres años, comienza la interacción con los iguales, desarrollando la colaboración y la competencia con los compañeros de juego aunque el niño siga centrado en la familia y en sí mismo (Costa, 2000).

Paten y Newal (1943, citado en Moraleda, 1999) describen cuatro formas de actividad que se van desarrollando a través de los años:

- a) La actividad individual es más propia del periodo anterior.
- b) La actividad paralela se da también, sobre todo, en el periodo anterior aunque en algunos se prolonga hasta los cuatro años, se establece una relación verbal y observa como se divierten los otros, en esta tarea el niño juega consigo mismo y no intenta interferir en la actividad de los demás.
- c) La actividad de asociación, principalmente se da un manifiesto intercambio entre los participantes, no se presenta ninguna organización, ni se orienta a algún objetivo común. Suele darse con cierta frecuencia a partir del tercer año y en el quinto se igualara con la de cooperación.
- d) La actividad de cooperación también comienza en el periodo anterior, pero es en este, cuando tiene un rápido aumento. Se presenta de forma más o menos organizada, con vistas a realizar o a imitar, junto con sus compañeros, situaciones o modos de comportamiento. En esta actividad los niños saben muy bien quién pertenece al grupo y quien no, aunque existen rápidos cambios a ese respecto. (p 127).

Los principales obstáculos para que la actividad de cooperación comience en la edad preescolar son, el egocentrismo que les impide ver otras perspectivas distintas a las suyas, por lo tanto cooperar en algo que no sea exclusivamente suyo. Otra

dificultad es la heteronomía o dificultad para entender las normas morales por las que se rigen las relaciones entre los hombres (Moraleda, 1999).

En un estudio realizado por Viguer y Serra, (1996) que tuvo como objetivo analizar la relación entre la calidad del entorno familiar en la infancia y el nivel socioeconómico familiar. Para ello emplearon la escala H.O.M.E. (Home Observation for Measurement of Environment) en sus versiones para niños preescolares y para niños escolares a una muestra de 410 niños de ambos sexos de edades comprendidas entre 3 y 10 años. Los resultados mostraron que la clase social en la que se desarrollan los niños es un aspecto altamente relevante en su entorno familiar y tiene una importante relación con la calidad de éste. Desde edades tempranas existen ya importantes diferencias en la calidad del entorno familiar, por lo que es importante a nivel social trabajar por la compensación de estas desigualdades estructurales a través de una educación infantil y otras iniciativas comunitarias de calidad, que promuevan y proporcionen ambientes, materiales y experiencias estimuladoras del desarrollo del niño.

Estos autores mencionan que la clase social ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, sus compañeros de juego, su acceso a los centros de salud, la composición de su alimentación, las prácticas educativas de sus padres, la estructura autoritaria de la familia, su estabilidad, el número de hermanos y el tipo de educación que obtienen. La influencia de la clase social es particularmente destacable en las prácticas educativas paternas. Los padres de diferentes clases sociales tratan a los niños de modo distinto, los padres de clase obrera o pobres tienden a utilizar el poder de la fuerza, mientras que los de clase media son más proclives a la disciplina inductiva.

Los estilos de crianza se basan en el control de los padres (lo restrictivo que son los progenitores) y en su calidez (el afecto y la ternura que muestran).

En la tabla 4 Craig (2001), clasifica los diferentes estilos de crianza y sus efectos.

<i>Tabla 4. Estilos de crianza que combinan la calidez y el control</i>		
Autoritativo (con autoridad)	Control moderadamente estricto (muchacha calidez)	Los progenitores aceptan y estimulan la creciente autonomía de los hijos. Tienen comunicación abierta con los hijos; reglas flexibles; los hijos son lo mejor adaptados (los más seguros de sí mismos y los que muestran mayor autocontrol y competencia social, mejor rendimiento escolar y una mayor autoestima).
Autoritario	Gran control (poca calidez)	Los padres ordenan y exigen que los obedezcan. Tienen poca comunicación con los hijos; reglas inflexibles; no permiten a los hijos independizarse de ellos; los hijos son retraídos, temerosos, malhumorados, poco asertivos e irritables, las hijas suelen ser pasivas y dependientes durante la adolescencia; los varones pueden volverse rebeldes y agresivos.
Permisivo	Poco control (muchacha calidez)	Los padres imponen pocas o nulas restricciones a los hijos; los aman de manera incondicional. Existe comunicación entre progenitor e hijo; mucha libertad y poca orientación a los hijos; los padres no fijan límites; los hijos suelen ser rebeldes y agresivos; también socialmente ineptos, autocomplacientes e impulsivos; en algunos casos, pueden ser dinámicos extrovertidos y creativos.
Indiferente	Poco control (poca calidez)	Los padres no establecen límites a sus hijos, falta de afecto por los hijos. Se concentran en el estrés de su vida personal; no les queda energía para atender a sus hijos, si los padres muestran además hostilidad (como en el caso de progenitores negligentes) los hijos suelen expresar impulsos destructivos y una conducta delictiva.

Fuente. Craig (2001) p. 264

Alonso y Román (2003), mencionan que las diferentes estrategias disciplinarias conforman el modo de socialización de las principales figuras de crianza, en nuestra cultura predominantemente las madres y padres con los hijos; de la combinación del control disciplinario, por un lado y de la empatía y expresión del afecto, por otro, surgen las distintas formas de actuación familiar que dan lugar a los denominados estilos de socialización o estilos educativos familiares. Estos autores describen cuatro estilos que son; el estilo autoritario o coercitivo con predominancia al cumplimiento de las normas; el estilo democrático o dialogante y cálido al mismo tiempo que firme en los aspectos normativos; estilo permisivo o cálido pero poco

normativo; estilo negligente o bajo en las dimensiones. Considerando el más adecuado al estilo equilibrado para aquella actitud parental que efectivamente supone el equilibrio entre las dos dimensiones y se adapta con flexibilidad a cada situación y destinatario.

Juego

Para Arrollo (1995), jugar es intentar de poner un modo visible la complejidad de la historia, cuando el niño juega, pone en acto la historia en tanto presente, vinculada, entremezclada con las historias familiares que la preceden y también determinan. Jugar es intentar decir qué es la historia de un niño mientras la esta construyendo. Jugar es anudar lúdicamente el pasado y el futuro en el presente como acto. Jugar es descubrir las bondades del lenguaje; es inventar nuevas historias; es asistir a la posibilidad humana de crear nuevos latidos y eso es maravillosamente placentero.

Para Costa (2000) el desarrollo infantil (físico y psicológico) evoluciona en paralelo a sus intereses asociados al juego.

Angrilli (1984), menciona que a los tres años de edad, los niños participan en juego cooperativo, una forma relativamente organizada de juego en la que se comparten los juguetes y cada niño tiene participación. Durante los años preescolares, gran parte del mundo del niño es de fantasía y de juego imaginativo; el niño no es muy autoconsciente y puede por tanto transformarse al instante en un pájaro en el cielo o en un personaje de la televisión, sin temor al ridículo.

Este mismo autor menciona que el juego facilita la coordinación física y la disposición social, sirve también como un medio aceptable para liberación de la tensión y de la agresión; dado que puede no ser permisible la expresión del comportamiento agresivo bajo circunstancias habituales, se tolera en juegos de competencia.

Desarrollo emocional

El desarrollo emocional durante los años preescolares no sólo incluye la consolidación de las emociones autoconscientes como el orgullo, la vergüenza y la culpabilidad, sino también una mayor comprensión de las causas y consecuencias de la emoción y una creciente capacidad de manejar las emociones (Berger y Thompson, 1997).

Según Moraleda (1999), la vida emocional del niño sufre en esta edad diferentes cambios, en la siguiente tabla se describen los principales:

Tabla 5. Características del estado emocional del niño preescolar

Tiende a estabilizarse	Los cambios en el humor son en el niño menos bruscos
Tiende a ser menos explosivo y casual	El niño aprende poco a poco que ciertas manifestaciones emotivas son inaceptables, es decir; la violencia cederá paso a la defensiva verbal, las crisis de llanto desaparecerán especialmente en presencia de personas extrañas. El niño va adquiriendo mayor tolerancia a la frustración.
Las emociones ganan variedad y riqueza	Accede a nuevas fuentes de inquietudes y emociones; a emociones más finas vinculadas al desarrollo de su vida moral y estética.
Sus emociones tienden a socializarse	Tienden a convertirse a formas socialmente aceptables, además de que crecen los temores sociales, es decir, les preocupa ser mal juzgados.

Fuente: Moraleda (1999, p45)

Erikson (citado en Angrilli, 1984), menciona que el niño a los tres o cuatro años de edad se enfrenta con el aspecto de desarrollo de iniciativa *versus* culpa. Los años preescolares forman la base de la satisfacción de la curiosidad creciente; el niño desea conocer y por tanto explora el mundo físico y social en el que vive. Dado que este periodo es uno en el que se desarrolla la conciencia del superégo, Erikson considera que el niño incorpora sus nuevas habilidades en un sistema moral que se inicia. En la tabla 6 se describe las etapas psicosociales de Erikson del desarrollo del niño preescolar (Lefrancois, 2001).

Tabla 6. Etapas psicosociales de Erikson en la edad preescolar

ETAPA	EDAD (aproximada)	PRINCIPAL TAREA DE DESARROLLO
Autonomía o vergüenza y duda	18 meses a 2 o 3 años	Adquirir un sentido de control y dominio sobre los actos; aprender que se es autónomo, que es posible materializar las intenciones; superar el impulso por volver a la comodidad de confiar a los padres (en especial a la madre) todas las cosas importantes.
Iniciativa o culpa	Dos o tres años a seis años	Adquirir un sentido del yo, sobre todo mediante la identificación con los padres; adquirir un mayor sentido de responsabilidad por los actos propios; alcanzar progresivamente la independencia de los padres.

Fuente: (Lefrancois, 2001 p. 217)

Las desilusiones generalizadas en ésta época pueden llevarle a dar rienda suelta a la culpa y reducir la autoestima del niño, es decir si les hacen sentir a los niños que sus actividades motoras son torpes, que sus preguntas son molestas y que sus juegos son tontos y triviales, a menudo desarrollan un sentido de culpa al iniciar actividades propias que puede persistir en fases posteriores de la vida (Santrock, 2003).

Los temores generalmente se presentan en la edad preescolar, posiblemente derivados de amenazas percibidas que surgen del conocimiento insuficiente del niño. Un temor típicamente irracional es el de ser arrastrado por el desagüe del retrete, otra es la incapacidad del preescolar para diferenciar por completo entre los sueños y la realidad. El monstruo de una pesadilla, un animal enjaulado o un perro con correas, pueden despertar respuestas semejantes al miedo. Conforme aumentan la experiencia y el conocimiento, pierden su potencial amenazante, pierden su potencial amenazante algunos fenómenos previamente atemorizantes.

A esta edad también se presenta la ansiedad.

Desarrollo moral

El desarrollo moral concierne a las reglas y las convenciones sobre lo que la gente debe hacer en sus relaciones con otra gente.

Piaget menciona que los niños piensan de dos formas diferentes sobre la moralidad dependiendo de su madurez evolutiva, es decir, la moralidad heterónoma es la primera etapa del desarrollo moral según Piaget. Se presenta aproximadamente de los cuatro a los siete años. La justicia y las reglas se conciben como propiedades inalterables del mundo fuera del control de la gente. La moralidad autónoma se alcanza a partir de los 10 años, en ésta etapa el niño se da cuenta de que las reglas y las leyes son creadas para los hombres y de que, al juzgar una acción se deben considerar tanto las intenciones de quien la lleva a cabo como las consecuencias del mismo (Santrock, 2003).

Según Freud, el desarrollo de la conciencia moral es un producto de la identificación, los esfuerzos que hace el niño por ser semejante a su padre le llevarán a absorber las normas, del mismo modo que el resto de conductas de éste. La adopción de dichas normas le hará sentirse semejante a él y, por consiguiente, fortalecerá su identificación con él. (Moraleda, 1999).

En la siguiente tabla se describen las etapas en el manejo de reglas y los pensamientos que los niños tienen de éstas de acuerdo al nivel de desarrollo según Piaget.

Tabla 7. Prácticas y pensamiento acerca de las reglas por parte de los niños.

Práctica de las reglas por parte de los niños	Pensamiento de los niños acerca de las reglas
<p>Etapa I Actividad motriz Los niños manejan las canicas en forma individual para ver que pueden hacer con ellas.</p>	<p>Etapa I Absolutismo (de los 4 a los 7) Las reglas se consideran como ejemplos interesantes, no como realidades obligatorias. Consideran que las reglas son sagradas e intocables, aunque en la práctica estén dispuestos a aceptar los cambios, posiblemente por que no los reconocen como cambios.</p>
<p>Etapa II Egocentrismo (empieza en cualquier época entre los dos y los cinco años). Los niños tienen una idea general sobre lo que son las reglas y les gusta pensar que están jugando de acuerdo con ellas. No obstante, realmente juegan según sus propios sistemas idiosincráticos y cambian las reglas siempre que convenga a sus propósitos.</p>	<p>Etapa II Moralidad de restricción (de los siete a los diez) Los niños se ven restringidos por su respeto hacia los adultos y los niños mayores. Cualquier cosa que digan esas autoridades debe ser así. Se niegan a aceptar cualquier cambio de reglas.</p>

Fuente. (Piaget, 1932 citado en Moraleda, 1999) pag. 125.

A los seis años los niños saben por lo común que es correcto obedecer a las autoridades, comer con utensilios y ser considerado con los niños menores. Saben también que está mal llevarse cosas que pertenecen a otros, orinarse en el piso y tirarles piedras a los automóviles que pasan. El niño de seis años puede enumerar todo un catálogo de cosas de las que sabe con certeza que están bien y mal (Rapport, 1972).

Por medio del proceso de interiorización, los niños preescolares adquieren los conceptos y reglas sociales: en teoría, el niño aprende a incorporar en su autoconcepto los valores y las normas morales de la sociedad. El niño interioriza por medio de un proceso; al principio se limita a imitar los patrones verbales, continua haciendo lo que quiere, pero muestra al mismo tiempo los rudimentos de autorrestricción al decirse que no debería hacerlo, al cabo de unos meses, habrá

aprendido el suficiente autocontrol como para poner freno a sus impulsos (Craig, 2001).

En un estudio realizado por Ortiz, Apodaca, Etxebarria, Fuentes, y López, (2008) con el objetivo de analizar la relación entre el afecto, la aceptación, la comunicación emocional, la transmisión de valores y la intervención moral de los padres, y las emociones y conductas morales (empatía, culpa, conducta internalizada y reparación) de los hijos; y conocer qué variables familiares explican la internalización moral en niños y niñas. La muestra estuvo formada por los padres y madres de 485 sujetos (244 niños y 241 niñas) de 6 a 8 años. Se encontró que la principal variable predictora de la capacidad de control de la conducta en las niñas fue el afecto materno, mientras que en los niños lo fueron la comunicación emocional y la transmisión de valores maternos. Las variables familiares que explican la internalización moral en los grupos extremos de niños y niñas fueron fundamentalmente el afecto, la comunicación emocional, la transmisión de valores y la intervención moral de padres y madres.

CAPÍTULO IV AUTOCONCEPTO

¿Quién soy yo? Es una pregunta que un adulto puede responder fácilmente utilizando descripciones psicológicas (estoy contento o soy bueno para las matemáticas) o una serie de adjetivos o frases que nos describen de manera positiva o negativa. En el caso de los niños de edad preescolar resulta ser muy complicado debido a que sus respuestas se remontan en atributos físicos (“tengo ojos azules”), sus posesiones (“tengo una bici nueva”) o acciones de las cuales se sienten muy orgullosos: atrapar una pelota o dar volteretas (Shaffer y Kipp, 2007).

Los niños a esa edad mencionan habilidades particulares (trepar y correr), en lugar de habilidades generales (ser atlético). Las descripciones que hace de sí mismo son irreales aunque positivas y con frecuencia se extienden a demostraciones; lo que piensa de sí mismo es casi inseparable de lo que hace (Papalia, 2005).

Una vez que el niño sabe que existe, estará en condiciones de averiguar qué y quién es, esto es la base del autoconcepto (Harter, 1983 citado en Shaffer y Kipp, 2007).

Fitts (1965), define el autoconcepto como la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. De esta manera las personas que se perciben a sí mismas como “malas” o “indeseables”, tenderán a comportarse de acuerdo como esa idea; aquellas que tiene un exagerado e irreal autoconcepto, vivirán y se relacionaran de forma irreal.

Eisenberg (1981, citado en Naranjo, 2006), menciona que la mayoría de las teorías de personalidad, orientación y psicología proponen una definición de autoconcepto como parte central de su marco teórico y que, aunque existen algunas diferencias, también existe una congruencia considerable, por lo que debería definirse el autoconcepto como el conjunto total de información, ideas, percepciones, suposiciones y creencias que una persona tiene de sí.

Piers (1984) define el autoconcepto como un set relativamente estable de actitudes descriptivas y también valorativas hacia el sí mismo. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos) que tienen efectos motivacionales sobre la conducta.

Fitts (1988), lo define como un conjunto multifásico de percepciones y expectativas con respecto a las habilidades, limitaciones, conductas típicas, relaciones con otros, y sentimientos positivos y negativos de valores personales.

Burns (1990) interpreta el autoconcepto como una conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única.

Cáliz (1983, citado en Amescua y Pichardo., 2000) considera que el autoconcepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan.

Hendrick (1990), menciona que el concepto de sí mismo se refiere a la idea del individuo de quién es él, además de estar relacionado con la autoestima, ya que los sentimientos de autoestima, son el resultado de su reacción ante el ser que se juzga a sí mismo y su expectación de ser rechazado o aceptado.

Ontoria et al. (1993), lo definen como un proceso progresivo que parte de la experiencia simple del niño hasta la elaboración cognitiva del adulto. Es un conjunto de ideas y actitudes de las que se tiene conciencia en un momento determinado ó una estructura cognitiva organizada y derivada de las experiencias del yo personal.

Villa y Auzmendi (1999), definen el autoconcepto como la actitud valorativa que un individuo tiene hacia sí mismo, hacia su propia persona. Es la estima, los sentimientos, expresiones o actitudes que la persona desarrolla hacia su propio yo.

Aguilar (2001) define el autoconcepto tomando en cuenta la conciencia, vivencia y trascendencia, en cuanto conocimiento posee el individuo sobre sí mismo, abarcando los aspectos de su persona: corporal, psicológico, social, emocional, etc. En definitiva este autor lo define como: “lo que el sujeto sabe de sí mismo. Y lo esquematiza de la siguiente forma:

Autoconcepto es el conocimiento que el sujeto tiene de:

- Su cuerpo y condiciones físicas
- Sentimientos, emociones y aspiraciones.
- Pensamiento, creencias y valores.
- Acciones, intereses

- Relaciones con el contexto: familiar, escolar, profesional, ambiental, cultural y social (p.28).

Cardenal y Fierro (2003) refieren que el autoconcepto consiste en un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo. En él se expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma. Aunque a menudo se usan de manera equivalente autoconcepto y autoestima, ésta en rigor constituye el elemento valorativo dentro del autoconcepto y del autoconocimiento.

Santrock (2003), menciona que el conocimiento de sí mismo es la representación cognitiva para el niño del yo, su solidez y el contenido de la idea propia del niño.

Reeve (2004), los autoconceptos son representaciones mentales que los individuos tienen de sí mismos.

Barrios (2005), considera que el autoconcepto es uno de los aspectos más importantes que se encuentran presentes en la vida de los individuos, al estar conformado principalmente por los sentimientos y las ideas que tienen de sí mismos, lo cual les permite dirigir su vida en sociedad.

Franco (2006), menciona que el autoconcepto tiene que ver con la imagen que tenemos de nosotros mismos y se refiere al conjunto de características o atributos que utilizamos para definirnos como individuos y para diferenciarnos de los demás. Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es el resultado de un proceso activo de construcción, por parte del sujeto, a lo largo de todo su desarrollo.

León, Felipe, Gómez, Gonzalo y Latas (2007) mencionan que el autoconcepto se refiere a los aspectos cognitivos o descriptivos de uno mismo y la autoestima englobaría los aspectos evaluativos/ afectivos.

Según Shaffer y Kipp (2007), definen al autoconcepto como la percepción de los atributos o rasgos de nuestra personalidad.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AUTOCONCEPTO

Epstein (1981, citado en Ramírez y Herrera, 2002) tras hacer una profunda revisión de una serie de autores y para tener una idea más clara sobre el autoconcepto destaca como más sobresalientes sus principales características:

- a) Es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, académico y emocional.

- b) Es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia.
- c) Se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.
- d) El autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos sentimientos y conductas o comportamientos de las personas. (p.189)

El concepto de sí mismo se caracteriza por ser, según López y Schnitzler (1983):

- Un sistema organizado. Sirve de contexto para ir integrando las nuevas informaciones sobre sí mismo, así como para integrar y diferenciar una gran cantidad de aprendizajes.
- Relativamente estable. Esto significa que existe una tendencia a mantener, durante el tiempo, el concepto que se tenga de sí mismo, aceptando lo que concuerda y rechazando lo que discrepa de él.
- Dinámico. Es un proceso de continuo cambio, aunque dirigido por un eje central de estabilidad.
- Multifacético y jerárquico. Se postula que existiría un concepto general de sí mismo y conceptos específicos asociados a cada rol que el sujeto desempeñe (social, físico, académico, etc.). Estos conceptos se organizan en torno al concepto general de sí mismo, el cual ocupa la posición superior en la jerarquía. (p. 3-4).

Borden y Stone (1982) presentan las siguientes afirmaciones, respecto al concepto que la persona tiene de sí misma:

1. Lo que llamamos “sí mismo” o “concepto de sí mismo” o “imagen de sí mismo” se forma en el transcurso de los años.
2. El sí mismo es un fenómeno social y, como tal, la gente que nos rodea tiene mucho que ver con la imagen que llegamos a tener de nosotros.
3. La imagen que el individuo tiene de sí mismo ejerce un considerable impacto en sus conductas futuras.
4. Una de las más importantes conductas futuras es el aprendizaje. El concepto propio tiene mucho que ver con la manera y el grado en que se aprende y se puede aprender.

5. Un área en la que el concepto de uno mismo ejerce influencia significativa es la del desarrollo y la modificación de la personalidad.
6. El concepto que la persona tiene de sí misma puede ser alterado o modificado.
7. El maestro es uno de los otros significativos en la vida y la formación del niño. Él tiene oportunidad, por tanto, de efectuar cambios de imagen que produzcan como resultado modificaciones en la conducta posterior del niño. p.(45-49).

Harter (1990 citado en Amescua y Pichardo. 2000) analiza la evolución que se ha efectuado en la interpretación de este constructo. Los modelos de autoconcepto ofrecidos durante la década de los sesenta eran típicamente de naturaleza unidimensional. Éstos se basaban en la consideración de que el autoconcepto era un constructo unitario que podía ser evaluado presentando a los niños o adolescentes ítems que reflejaran su autoconcepto global a través de múltiples contextos. A partir de la década de los ochenta, las investigaciones que analizaban el autoconcepto de niños y jóvenes abandonaron este enfoque unidimensional y en su lugar acuñaron un modelo multidimensional.

Desde el modelo multidimensional se propone que el autoconcepto puede ser evaluado utilizando instrumentos que midan cada una de las áreas por separado (aparición física, competencia escolar). Los seguidores de este modelo de autoconcepto han establecido recientemente la noción de *autoconcepto global* que se refiere a cómo nos percibimos o nos consideramos en general. Éste podría ser incluido dentro del modelo multidimensional y de los instrumentos de evaluación del autoconcepto (Amescua y Pichardo. 2000).

COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO

González y Touron (1992) presentan dos componentes básicos del autoconcepto:

- a) Un componente cognoscitivo que es la autoimagen, debido a que es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de los que manifestamos y de lo que deseamos manifestar a los demás.
- b) Un componente afectivo y evaluable que es la autoestima: de manera que cada descripción de uno mismo, esta cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas.(p. 48).

Oñate, (1989), describe tres componentes principales del autoconcepto:

- a) Componente conceptual: se refiere al concepto que la persona tiene sobre las habilidades, características, recursos, que se traducen como aciertos, fallas, limitaciones que la persona ha experimentado y la concepción de su pasado y futuro.
- b) Componente perceptual: se encuentra sustentado en base a cómo el individuo se basa en sí mismo, como resultado de la percepción o impresiones que los demás mantienen acerca de él.
- c) Componente de las propias actitudes: que comprende los sentimientos acerca de sí mismo y su proyección perspectiva hacia el estatus y hacia el futuro, a lo que la persona quiere y debe ser (pp.43-45).

El autoconcepto es un campo de estudio donde confluyen diferentes programas de investigación Oñate, Rasilla, Fernández y Sáenz (2006) sitúan teóricamente investigaciones que presentan las tendencias actuales sobre el concepto de sí mismo describiendo como se engloban en tres grandes bloques:

- a) Enfoque fenomenológico (modelos sociales y tendencias individualistas) la preocupación se localiza en lo que ocurre dentro del sujeto, en el marco en que éste percibe los acontecimientos y se percibe a sí mismo. Lo importante es “la significación subjetiva del estímulo en la determinación del comportamiento”. En esta clasificación se incluyen, por una parte los modelos sociales, y por otra, enfoques más individualistas.
- b) Modelos de validez de constructo (posición nomotética, modelo jerárquico, modelo taxonómico y modelo compensatorio) permiten un contacto más directo con los contenidos perceptuales. A través del análisis cualitativo intentan: 1) Sistematizar y estructurar la información sobre sí mismo, 2) Identificar sus elementos, relaciones e interrelaciones y sus niveles de organización y generalización. De esta manera, no se pierde la riqueza del análisis de los contenidos, por pretender una cuantificación demasiado rápida.
- c) Perspectiva cognitiva: proporciona definiciones operacionales de la estructura y contenidos del autoconcepto, permitiendo explorar su funcionamiento como regulador y mediador de la conducta (pp. 80-83).

Estos tres enfoques presentados contribuyen al avance del conocimiento y estudio del concepto de sí mismo y tratan de establecer estructuras afectivo-cognitivas que permiten categorizar la autoinformación, confiriendo coherencia y orden a las experiencias individuales significativas para el sí mismo.

El autoconcepto es un término general que de manera tradicional, se refiere a tres componentes principales:

- a) Autoimagen: se refiere a la manera que se uno se describe así mismo, el tipo de personas que se piensa que somos (se acepte o no).
- b) Autoestima: es evaluativa, se refiere al grado en el cual la persona se agrada y acepta o aprueba así misma, que tan valiosa se considera.
- c) Sí mismo ideal: si la autoimagen constituye el tipo de persona que se piensa ser, entonces el sí mismo ideal es el tipo de persona que se desearía ser (Duran y Vargas, 2008 p 58).

Larsen y Buss (2005), explican que en los adultos, el autoconcepto es una estructura formada por los ladrillos del conocimiento, acerca del ser, una colección multidimensional de conocimiento acerca del ser. Las redes de ladrillos son llamados autoesquemas, que son las estructuras cognoscitivas que se construyen sobre experiencias pasadas y que guían el procesamiento de información sobre el ser, en particular en la interacción social. Una parte importante del autoconcepto se refiere a los seres posibles, los cuales pueden ser ideales que las personas desean o seres indeseados que las personas luchan por evitar, es decir; quién he sido, cómo soy ahora y qué deseo ser en el futuro: las respuestas a estas preguntas definen el autoconcepto.

Fitts (1972) afirma que la percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional. Y los factores más importantes que la describen son:

- Marco de referencia interno: es la forma en que la persona se describe a sí mismo por medio de tres factores principales;
 - a) Identidad del self: es la necesidad de establecer su identidad, lo cual logra a través de las etiquetas que el individuo y otros le asignan.
 - b) Conducta del self: las consecuencias que la conducta puede tener, influyen en si esta continúa o desaparece, también determinan si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad del self.

- c) Satisfacción del self: funciona como observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; también sirve como mediador entre identidad y conducta, pues las observa y dice “bien hecho”, “me gusta” y “estoy orgulloso de ti”.
- Marco de referencia externo: a partir del cual se evalúa la persona y lo hace por medio de 5 principales áreas;
 - a) Self físico: está integrado por atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y por la apariencia. El individuo no solo desarrolla percepciones de su físico que se modifican y extienden gradualmente durante su desarrollo, sino adopta hacia su cuerpo y sus partes.
 - b) Self ético-moral: integrado por un sentimiento religioso o normas morales.
 - c) Self personal: la realización de sus potencialidades influye en su sentido de valor personal, el grado en que se sienta adecuado como persona y su evaluación a sí mismo.
 - d) Self familiar: es la percepción que el individuo tiene de sí mismo con relación a su familia y amigos cercanos. Así como su sentido de adecuación como miembro de la familia.
 - e) Self social: actitud derivada de una relación personal-familiar hacia otras personas sobre las relaciones del individuo, lo cual le ayudará a ubicarse dentro de un grupo y sentir que pertenece a él. (p.38).

La Rosa y Diaz-Loving (1991) realizaron un estudio donde su objetivo fue la construcción y validación de escalas para evaluar el autoconcepto en el formato del diferencial semántico. Participaron en la investigación 2626 sujetos de ambos sexos, estudiantes de universidad y preparatoria. Se hicieron diversos estudios piloto hasta llegar a la forma actual del instrumento. Se encontraron cuatro dimensiones fundamentales del autoconcepto: social, emocional, ética y ocupacional.

- Social: reportada como un aspecto central en la vida de los jóvenes, rige las relaciones humanas que ellos mantenían con sus familiares, amigos, compañeros, maestros y otras personas con las cuales interactúan eventual o sistemáticamente.
- Emocional: está conformada por los estados de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional.

- Ocupacional: esta dimensión permite la generalidad para la evaluación del estudiante, profesional, funcionario, trabajador, etc. Esta dimensión abarca tanto la evaluación académica como la no académica.
- Ética: se observa como hay un sentimiento de culpa cuando el individuo no es congruente con los valores que elige y que la anomalía representa no sólo un daño mental para el individuo sino para la sociedad. (p. 29-27).

Alonso y Román (2003), mencionan que el autoconcepto integra tres dimensiones generales:

- ✓ Cognitiva, o conjunto de rasgos que describen el concepto de sí mismo.
- ✓ Afectiva, como conjunto de emociones y valores que acompañan a las descripciones del componente cognitivo, es decir, la autovalía expresado en las actitudes que tiene un individuo hacia sí mismo.
- ✓ Conductual, autoafirmación o búsqueda a través de la comparación que hace el niño de sí mismo con los demás, lo cual condiciona su vida diaria. (p.78).

FUNCIONES DEL AUTOCONCEPTO

Una de las funciones más importantes del autoconcepto es regular la conducta mediante un proceso de autoevaluación o autoconciencia, de manera que el comportamiento de un sujeto dependerá en gran medida del autoconcepto que tenga en ese momento (Machargo, 1991).

El autoconcepto es capaz de comprender de manera personal el ambiente social de regular su propia conducta a través de cada una de sus dimensiones y autoesquemas. En definitiva, entre las funciones del autoconcepto están: aportar una función integrativa y organizativa de las experiencias relevantes del individuo, regular el estado afectivo y ofrecer una fuente de incentivos y motivación para la conducta de las personas. (Oñate, Rasilla, Fernández, y Saiz, 2006).

El autoconcepto realiza una función clave como organizador y motivador de la experiencia: mantiene una imagen consistente de quiénes somos y cómo reaccionamos en diferentes circunstancias. El juicio de si una conducta es

consistente o no con la autoimagen, ayuda a configurar las nuevas experiencias conductuales. Juicios relativos al éxito o fracaso de una acción particular, o afectos relacionados con sus resultados, sirven a una función motivacional en cuanto a la probabilidad de su realización (Bandura, 1984).

IMPORTANCIA DEL AUTOCONCEPTO

Las personas pueden tener autoconceptos diferentes que cambian de vez en cuando y pueden o no ser retratos precisos de ellas mismas. Los autoconceptos se elaboran constantemente, dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por la persona. Pero lo más importante, es que el buen desempeño que logre una persona, se fundamenta principalmente en confiar y creer que se posee la capacidad y seguridad necesarias para lograr la autoeficacia, la cual se cimienta, a la vez, en un concepto positivo de sí mismo o de sí misma, es decir las personas que presentan un autoconcepto positivo, tienen mayor capacidad para actuar en forma independiente, para tomar decisiones y asumir responsabilidades, para enfrentar retos y una mayor tolerancia a la frustración, que les permiten afrontar de mejor manera las contradicciones y los fracasos. Esto indica que el autoconcepto tiene una gran influencia, tanto en el control emocional, como en la dirección de las conductas de la persona (Naranjo, 2006).

Otros autores como Alonso y Román (2003), destacan la importancia del autoconcepto debido a la trascendencia en el éxito y fracaso escolar, en las relaciones sociales y laborales, en las estrategias de afrontamiento del estrés y el locus de control, en la capacidad de logro, el ajuste emocional, el nivel de adaptación, la asertividad y la satisfacción personal y, por tanto, su valoración como fuerte antecedente de prevención y remisión de patologías tales como la depresión o estados elevados de ansiedad y enfermedades psicosomáticas.

De acuerdo con Rice (1997), a los tres años de edad, las características personales están definidas en términos infantiles y usualmente son positivas y exageradas. Por ejemplo: “soy el más grande y el más fuerte”; “soy la corredora más veloz y la que puede saltar más alto”; “puedo cantar las canciones más bonitas”. Se ha encontrado que incluso cuando los niños preescolares han perdido en el juego, afirman que la próxima vez lo harán muy bien. El hallazgo de que las personas preescolares usualmente tienen una opinión muy elevada de sus capacidades físicas e intelectuales, ha sido confirmado en diversas investigaciones.

Villa y Auzmendi (1999) mencionan que el autoconcepto influye en la relación con los demás. Una persona con buen concepto de sí mismo, esto es, un individuo que asume todas las experiencias de su vida, que no ignora ni distorsiona sus percepciones, que no muestra grandes discrepancias entre su yo real e ideal, adopta menos actitudes de defensa, es más abierto, percibe más auténticamente la realidad y acepta con más facilidad a los otros. Las personas con mal concepto de sí mismas están a la defensiva y sus tensiones internas nacen y a su vez se acrecientan.

Gottman (1989, citado en Navarrete, 2007), menciona que el autoconcepto es influyente en el desarrollo de las relaciones sociales del individuo, como son aspectos como la amistad, ayuda de los demás, etc., reflejan una comprensión acerca de los demás y de sí mismo. Es hasta los 4 o 5 años en donde son más capaces de mantener relaciones más afectivas aún con los desconocidos.

AUTOCONCEPTO EN LA EDAD PREESCOLAR

En la edad preescolar el autoconcepto se trata de un momento de implantación y consolidación del yo, seguido de los comienzos de la expansión del sí mismo. El yo está poniendo sus cimientos, cualquier desajuste o problema que ahora se produzca puede tener más consecuencias negativas en el adulto del mañana, por lo tanto, no cabe duda de la relevancia de la evaluación para intervenir si así fuera necesario (Villa y Auzmendi, 1999).

Estos mismos autores describen 4 aspectos característicos del autoconcepto en la edad preescolar.

- a) Autonomía: el niño necesita conseguir una clara diferenciación de los demás, desea lograr un sentimiento de valía personal, afianzar su individualidad. Lo evalúan en tres aspectos que son: los sentimientos de independencia, la autovalía y los sentimientos de posesión.
- b) Confianza: el niño busca su seguridad, confianza en el medio, en su familia necesita un lugar estable donde refugiarse sus sentimientos.
- c) Evolución física: es la conciencia de los cambios físicos que le están ocurriendo, de su apariencia y de su competencia física en comparación con la de sus compañeros.

- d) Mundo escolar y social: empieza a abrirse a un nuevo mundo, el escolar en donde se conoce como hábil, entre otros y el social en donde se refleja si su entorno le rehúye o tiene facilidad para relacionarse con los demás.

Case, (1992); Fischer, (1980 citados en Papalia, 2005) describen que el viraje del autoconcepto entre los 5 y los 7 años, mencionan que ocurre en tres pasos como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 1. El autoconcepto entre los 5 y los 7 años

Paso 1	A los 4 años sus afirmaciones acerca de sí mismo son representaciones únicas, su representación salta de lo particular a lo particular, sin conexiones lógicas. En esta etapa no le es posible imaginar tener dos emociones al mismo tiempo, no puede descentrarse, en parte por su limitada capacidad de su memoria de trabajo, no es capaz de considerar varios aspectos de sí mismo al mismo tiempo. No reconoce que yo real, no es la misma que su yo ideal.
Paso 2	A los 5 o 6 años comienza a vincular un aspecto de sí mismo con otro: "puedo correr rápido y trepar alto". También soy fuerte. Puedo lanzar una pelota muy lejos. Éstas relaciones de representación (conexiones lógicas entre las partes de la imagen que tiene de sí mismo) todavía se presentan en términos de todo o nada. Dado que lo bueno y lo malo son opuestos, no puede ver como se es bueno para ciertas cosas y no para otras.
Paso 3	En este paso llamado de sistemas de representación, tiene lugar en la niñez intermedia, cuando los niños comienzan a integrar características específicas del yo en un concepto general multidimensional y a articular un sentido de autovalía. A medida que declina el pensamiento de todo o nada. Las autodescripciones se tornan mas equilibradas ("soy bueno en español y malo en matemáticas").

Fuente: Case y Fischer citados en Papalia, (2005) pp.295-296.

La imagen del yo se descubre en los años de los primeros pasos, a medida que los niños desarrollan la conciencia de sí. El autoconcepto se torna más claro y más imperioso a medida que la persona adquiere capacidades cognoscitivas y aborda las tareas del desarrollo de la niñez, la adolescencia y luego la edad adulta (Papalia, 2005).

Susan Harter (1998, citado en Alonso y Román, 2003) sintetiza en los puntos siguientes observados a través de sus trabajos realizados concluyendo que:

- ✓ Los niños de cuatro a siete años, son capaces de realizar juicios sobre su competencia e incompetencia si esto se les pide mediante ítems concretos de

conductas observables acerca de su competencia cognitiva, competencia física y conductas reflejadas mediante el empleo de estímulos gráficos que representan manifestaciones conductuales relevantes y concretas.

- ✓ Los niños pequeños tienden a “inflar” su sentido de autovalía.
- ✓ Los niños pequeños pueden sacar juicios concluyentes a través del apoyo socioemocional recibido a partir de los otros más significativos (padres, familiares, compañeros y profesores), si los contenidos de los juicios son muy concretos, y a partir de las acciones realizadas de forma cotidiana con ellos.
- ✓ Los juicios obtenidos a través de los autoinformes no siempre reflejan una información independiente al nivel real.
- ✓ No tienen un concepto de su valía individual, en cuanto a concepto verbalizable.
- ✓ El autoconcepto se manifiesta a través de sus conductas en lugar de sus verbalizaciones. (pp. 88-89).

Entre los primeros aspectos del ser que las personas aprenden a identificar y asociar consigo mismos están el sexo y la edad, esto alrededor de los 2 o 3 años. De los 3 a los 12, los autoconceptos de los niños se basan en el desarrollo de habilidades y talentos, el niño piensa en sí mismo como alguien que puede esto o no puede hacer aquello. De los 5 o 6 años de edad en adelante, los niños empiezan a comparar cada vez más sus habilidades y capacidades con los demás, ahora son mejores o peores que los demás (Larsen y Buss, 2005).

Los niños normalmente se conciben a sí mismos en términos físicos y suelen confundir el yo, la mente y el cuerpo, ya que el yo es una parte de su cuerpo, lo describen en otras dimensiones materiales, como el tamaño, la forma y el color. Los niños pequeños se distinguen a través de muchos atributos físicos y materiales (Santrock, 2003).

Allport (citado en Rappoport, 1972) interpreta que el concepto de sí mismo se elabora a lo largo de dos nuevas fases; la extensión de sí mismo y la autoimagen. La primera se refleja en la conducta posesiva y celosa: los juguetes, la vestimenta, los animalitos domésticos y los progenitores son cosas que es preciso preservar de toda pérdida, y precisamente de toda posesión del otro. Y la autoimagen global, apenas perceptible, constituye un modelo rudimentario del autoconocimiento consciente de la modalidad y de las intenciones que posteriormente caracterizan a la personalidad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Flores (1998, citado en Guevara, 2007) menciona que existen distintos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto que tiene el niño de sí mismo, como:

- Esperanzas de los padres
- Actitud de los miembros de la familia
- Estado físico de los niños
- Madurez biológica (temprana, media y tardía)
- Impacto de la radio y televisión, etc.
- Oportunidades escolares
- Exigencias escolares
- Afiliación religiosa
- Opinión de compañeros
- Situación económica
- Problemas familiares (p, 50)

Familia

La familia es uno de los factores importantes que influyen en el desarrollo del autoconcepto, es especial en la edad preescolar como lo mencionan Alonso y Román (2003), en donde después de una exhaustiva revisión con diferentes autores concluyen que existe una estrecha relación entre las diferentes prácticas educativas familiares y la emergencia del autoconcepto de los hijos pequeños, poniendo el énfasis en la necesidad de realizar estudios sobre ello.

Un estudio donde se reafirma la importancia de la familia, es el realizado por Barrios (2005) con el objetivo de explicar el autoconcepto de niños con discapacidad para la comunicación por deficiencia de audición y las características de funcionamiento de sus familias en el marco de un estilo de vida resiliente; en donde, se utilizaron 5 sujetos junto con sus respectivos padres. Se aplicó la escala de PAI de Villa y Auzmendi (1999); lista de frases para complementar y una guía de preguntas. Los resultados demostraron que los niños vinculados a la investigación presentan un autoconcepto y características familiares fundamentalmente positivos. Se concluyó que la interrelación de dichos elementos les ha permitido a los niños desarrollar un estilo de vida resiliente. La característica principal de las familias era que en la mayoría de los casos éstos provienen de núcleos familiares unidos, en los cuales

todos sus miembros comparten aspectos muy importantes de la vida: la toma de decisiones, el diálogo, el cumplimiento de las normas, la realización de las actividades del hogar y la participación en las actividades de recreación.

Otro estudio que destaca la importancia de la familia es el realizado por Martínez y Alonso (2003), consistió en analizar si existe relación entre determinadas variables de personalidad (búsqueda de sensaciones, autoconcepto y asertividad) y el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Los resultados ponen de manifiesto la intensa relación que tiene la búsqueda de sensaciones con el consumo de drogas. En cuanto al autoconcepto indican que, aunque el autoconcepto general tiene poca relación con esta conducta, el autoconcepto familiar y académico sí parecen tener un efecto protector respecto al consumo de drogas. Ello subraya la importancia preventiva del ámbito familiar y la necesidad de trabajar sobre la mejora del autoconcepto académico, más que sobre el puro rendimiento escolar, ya que éste último ha mostrado escasa relación con el consumo de drogas. En cuanto al autoconcepto social tiene también poca relación con el consumo de sustancias, lo cual parece desaconsejar que los programas de prevención se centren en el desarrollo de habilidades sociales generales, y es consistente con la débil relación encontrada entre la asertividad y el consumo de drogas.

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS CON LA VARIABLE AUTOCONCEPTO

Otro estudio fue el realizado por Matalinares et al.(2006) con el objetivo principal de establecer si existía o no relación entre la inteligencia emocional y el autoconcepto, en estudiantes de Lima Metropolitana. Para su realización, se evaluó inicialmente a 601 estudiantes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 18 años, que cursaban el quinto de secundaria, procedentes de ocho centros educativos estatales de Lima Metropolitana, a quienes se aplicó el Inventario de Inteligencia Emocional, propuesto por Ice Baron, y el test de Evaluación de Autoconcepto, propuesto por Musitu, García y Gutiérrez. Los criterios de exclusión de ambas pruebas, determinaron una muestra final de 203 estudiantes. Los resultados arrojaron una correlación positiva entre ambas variables. Se encontró, también, relación entre la inteligencia emocional y los componentes social y emocional del autoconcepto. Se encontró, además, relación positiva entre el autoconcepto y la comprensión emocional de sí y el cociente emocional de la prueba de inteligencia emocional. Al

comparar el autoconcepto de varones con mujeres, se encontró diferencias significativas en el componente académico, a favor de las mujeres, y en el componente emocional, a favor de los varones. Por último, al comparar varones y mujeres en inteligencia emocional, se encontró diferencias significativas a favor de las mujeres, en el cociente emocional interpersonal de la prueba de inteligencia emocional.

Valdez, Mondragón y Morelato, (2005) trabajaron con una muestra de 67 participantes mexicanos y 108 argentinos de ambos sexos, de 11 a 13 años de edad, para hacer una comparación de su estructura mental de autoconcepto. A través de análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax, se encontraron tanto similitudes como diferencias en la estructura y contenido del autoconcepto de ambas muestras, como efecto de la cultura. En ambas muestras se encontró una tendencia a comportarse con base en la normatividad social, la afiliación y la expresión de los afectos. Las diferencias muestran que los argentinos se orientan de forma más natural hacia el desarrollo intelectual, en comparación con los mexicanos que requieren de mayor orden y severidad para ello. Asimismo, se observó que los adjetivos de rebeldía, autoafirmación que se agruparon en ambas muestras, fueron más abundantes entre los participantes argentinos que en los mexicanos. Este dato permite observar una mayor tendencia de los niños argentinos hacia la asertividad.

Otro estudio cuyo objetivo era comprobar de forma experimental la relación existente entre los factores afectivos y la capacidad creativa. Se diseñó un programa psicoeducativo, basado en cuentos infantiles, dirigido a incrementar la capacidad creativa en una muestra de educación infantil, con el objetivo de obtener, igualmente, una mejora en la expresión de su autoconcepto. Franco (2006) pensaba que la expresión de la capacidad creativa redundará de forma positiva en la manifestación del autoconcepto. Para ello, se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupos de control no equivalentes con doble pre-test. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la Batería Verbal del Test de Pensamiento Creativo de Torrance y el PAI (Percepción del Autoconcepto Infantil) de Villa y Auzmendi. Los resultados del estudio arrojaron incrementos significativos en el grupo experimental, tanto en sus niveles de creatividad verbal (fluidez, flexibilidad y originalidad), como en los de autoconcepto, en relación con los grupos control. Este autor concluye que fomentar la creatividad y el autoconcepto en los niños de educación infantil,

repercutirá en un aumento de su calidad de vida como niños, ya que jugarán de una forma más adaptada, tendrán buenas expectativas sobre sí mismos y sobre su futuro, mostrarán contactos amigables con las personas de su entorno inmediato, se mostrarán activos y flexibles y podrán comunicar sus pensamientos e inquietudes de forma abierta y sin temores. (Franco, 2006).

Fernández y Garaigordobil (2004) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las relaciones de la conducta social con iguales en contextos educativos con una serie de variables del desarrollo, tales como madurez intelectual, autoconcepto y otras dimensiones de la personalidad infantil. Otro de sus objetivos era identificar variables predictoras de la adaptación social del niño en dicho ámbito. La muestra se encontraba constituida por 135 niños de 6 años, 59 varones y 76 mujeres, de nivel socioeconómico y cultural medio, procedentes de cinco centros públicos y privados. La evaluación incluye 4 instrumentos que permiten medir diversos aspectos positivos y negativos de la conducta social con los iguales (BAS-1), inteligencia verbal y no verbal (BADYG), autoconcepto (PAI), y otras 13 dimensiones de la personalidad infantil, tales como estabilidad emocional, excitabilidad, dominancia, sensibilidad... (ESPQ). Los análisis correlacionales (Pearson) evidencian que los sujetos con buena adaptación social muestran puntuaciones significativamente altas en madurez intelectual global, verbal y no verbal, elevados niveles de autoconcepto, y tienden significativamente a caracterizarse por ser emocionalmente estables, perseverantes y respetuosos con las normas, poco excitables, confiados y seguros de sí mismos, tranquilos y relajados. El análisis de regresión múltiple permite identificar como variables predictoras de buena adaptación social alta inteligencia no verbal y un carácter tranquilo y relajado.

CAPÍTULO V ACTITUD

Definiciones de actitud

Según Hewston, Strobe, Codol y Stephenson, (1994), el término actitud social fue introducido por Thomas y Znaniecki (1918), explicando las diferencias conductuales en la vida cotidiana existentes en los campesinos polacos que residían en Polonia y Estados Unidos.

Katz y Stotland, (1959 citados en Pherlman y Cozby, 1989) definen la actitud como la tendencia o predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o un símbolo del mismo, además se considera que tienen componentes afectivos, cognoscitivos y propios de la conducta, es decir, que entrañan sentimientos y emociones, creencias y acción.

Rosenberg y Hovland (1960, citados en Ovejero, 1998) menciona que son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta que no son observables en forma directa y se especifican como afectivas, cognoscitivas y de conducta.

La actitud se refiere a la localización de una persona dentro de una evaluación bipolar o una dimensión afectiva con respecto a un objeto, acción o evento, representa generalmente sentimientos favorables o desfavorables hacia algún estímulo, es decir la actitud de las personas hacia el objeto está en función de la evolución de estos atributos (Fishbein y Ajzen, 1975).

Una actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación. Constituye una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable. Es un estado e ánimo, si queremos influir en la conducta ajena, una manera de hacerlo es influir en el estado de ánimo de las personas (Vander, 1986).

Fazio (1989, citado en Morales, 1997) considera una actitud como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada, es decir, las situaciones sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el efecto que despierta, las

emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

Olson y Zanna, (1993, citados en Myers, 2005) definen la actitud como las reacciones evaluativas favorables e inconvenientes hacia algo (reflejadas en sentimientos o inclinaciones a actuar).

En una revisión realizada por Quiroz, 2004, describe que la actitud debe entenderse como una asociación que se establece entre un determinado objeto y una evaluación que hacemos del mismo, donde el objeto puede ser una situación social determinada, un conjunto de personas o algún problema que, por separado o en unidad, despierta una evaluación, esto es, un afecto, una emoción, un recuerdo o una creencia dentro de los individuos que se forman parte de algún grupo o colectivo social.

Ovejero, (1998) la define como una predisposición aprendida a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable a un objeto dado (objeto físico, personas, grupos, etc.).

Kimble, Hirt y Diaz-Loving (2002), definen que son lo que sentimos por determinadas cosas, personas, grupos, hechos o problemas del mundo. Son juicios evaluativos- negativos, positivos ó neutrales- sobre los objetos del pensamiento.

Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado (2007) definen a las actitudes como evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que , técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud.

COMPONENTES DE LA ACTITUD

Morales, (1997) menciona que una actitud tiene tres componentes: cognoscitivo, conativo y conductual. El primero consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él.

- Componente afectivo

Es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes sociales. (Fishbein, y Ajzen, 1975).

Rodrigues, (1976) lo define como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, a demás de ser lo único realmente característico de las actitudes. Las creencias y las conductas asociadas a una actitud son apenas elementos a través de los cuales se puede medir la actitud, aunque no forman parte de la misma.

- Componente cognoscitivo

Rodriguez, Assma y Jablonski (2002), menciona que el componente cognoscitivo abarca las percepciones, creencias y pensamientos sobre el objeto o fenómeno en cuestión de tal manera que para que exista una actitud en relación con determinado objeto es necesaria una representación cognoscitiva del mismo, es decir, la evaluación que hace una persona sobre un objeto depende, en gran medida de lo que piensa acerca de él y del conocimiento que ha adquirido en relación con el objeto actitudinal del pasado.

La dimensión cognoscitiva según Myers, (2005) consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud, de la información y de los conocimientos que posee sobre él, aunque el número de elementos varía de persona a persona.

- Componente conductual

El componente conductual según Summers, (1976), incluye las tendencias, disposiciones, e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él, es decir, las creencias evaluativas y la dirección de la disposición de respuesta tienden a ser compatibles.

Rodrigues, (1976) menciona que el componente conductual de las actitudes humanas se propicia por un estado de atención, que al ser activado por una motivación específica resultará en una determinada conducta. Las actitudes pueden llegar a ser la fuerza motivadora de la acción.

FORMACIÓN DE ACTITUDES

Enriquez y Martínez (1990), mencionan que la actitud es adquirida, esto implica un contacto con su objeto en una situación perceptiva, al conocer la actitud de las personas en relación con determinados objetos, permite hacer inferencias acerca de su conducta, es decir permiten la predicción de la conducta. Las actitudes se forman en nuestro proceso de socialización y estas son una consecuencia directa del proceso de adquisición de conocimiento del ambiente social que nos rodea.

Salazar (1980), menciona que las actitudes se adquieren a través de la experiencia, es decir, por medio de la socialización, aunque el término tiene un valor descriptivo y genérico, ya que no indica ni entrega información acerca de los procesos o mecanismos a través de los cuales se produce un aprendizaje,.

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Pherlman y Cozby (1989) refiere que las actitudes son importantes porque son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables siempre, aunque las actitudes cambian, esto no ocurre al azar, algo sucede que ocasiona el cambio. También menciona que las actitudes son aprendidas, además de que éstas influyen en la conducta; es decir, las acciones de la gente son creencias que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes.

Rodrigues (1976), justifica la importancia del interés por el estudio de las actitudes mencionando que además de la frecuencia con la que aparece la comunicación verbal, las actitudes debieran tener especial importancia para la psicología social, es por ello que describe 5 funciones de las actitudes. En el cuadro que sigue se expone un resumen de las funciones de las actitudes citadas en Salazar (1980)(ver tabla 1).

Tabla1. Funciones de las actitudes	
Cognoscitiva	Se refiere a los contenidos de los conocimientos- errados ò correctos- los cuales enfrentamos a la realidad social.
Utilitaria	Los individuos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar los castigos, las actitudes se adoptan por identificación, esto es, la adopción se hace para ayudarse a mantener una relación a nivel de rol, recompensante con alguien significativo.
Económica	Proveer una guía práctica y simplificada de las conductas apropiadas frente algunos objetos, es decir, los seres humanos buscan estructurar sus experiencias, y categorizarlas, de modo que esto les permita una economía cognoscitiva.
Expresiva	Nuestras actitudes se mantienen para ayudarnos a manejar lo que se llama "conflictos interiores", más que como respuestas a características de un objeto social hacia donde estaría dirigida la actitud.
Defensiva	Conocida también como la función autorrealizadora, las actitudes proveen expresiones catárticas de tensiones internas. Otra función es la autoasertividad, que tomando o asumiendo actitudes hacia diversos aspectos de la realidad, las personas se crearían su identidad.

Fuente: Salazar(1980 pp. 142-145)

CARACTERÍSTICAS E IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES

Baron y Dyrne (2005), resaltan algunas características importantes de las actitudes:

- a) Influyen fuertemente sobre nuestro pensamiento social incluso si no son siempre reflejadas en nuestro comportamiento explícito, las actitudes representan un aspecto básico de la cognición social.
- b) Afectan con frecuencia nuestro comportamiento, es decir conocer algo sobre ellas puede ayudarnos a predecir el comportamiento de la gente en una amplia variedad de contextos.
- c) Algunas ocasiones, las actitudes no se reflejan en nuestro comportamiento debido a otro tipo de factores que influyen en nuestra conducta.
- d) Las actitudes en algunas ocasiones son ambivalentes, es decir, la tendencia a tener evaluaciones positivas y negativas sobre un mismo objeto actitudinal.

- e) Una vez que las actitudes se han formado, con frecuencia son difíciles de cambiar. (p. 123-124).

Según el modelo clásico tridimensional Sherif y Sherif, (1956); Newcomb, (1964), Shaw y Wright, (1967) (citados en Arias y Montaña, 2008) las siguientes son algunas de las características de las actitudes:

- a) Son adquiridas
- b) Están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos
- c) Dirección: señalan el comienzo de la respuesta manifiesta a una situación dada, es decir esta implícita la predisposición a la acción
- d) Magnitud: puede ser favorable o desfavorable
- e) Intensidad: está vinculada con la fuerza de los sentimientos y emociones
- f) Ambivalencia: la observación empírica de ambos componentes, lo favorable y desfavorable quizá se presenten en una actitud compuesta
- g) Cognitiva: se refiere a la riqueza del contenido ideático que la persona posee acerca del objeto
- h) Se basa en normas y escalas características de comparación.(p. 26).

Pherlman..y Cozby (1989) describen las características más importantes de las actitudes enfocándose en la importancia que tienen estas y refieren que:

- a) Las actitudes son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables siempre, aunque como ya lo habíamos mencionado antes, las actitudes pueden cambiar, estos autores mencionan que algo sucede que ocasiona el cambio.
- b) Las actitudes son aprendidas; se aprende a rechazarlas o aceptarlas.
- c) Las actitudes influyen en la conducta; es decir, las creencias de la gente son creencias de la gente que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes. (p. 76).

De acuerdo con Rosenberg (1960, citado en Hewston, Strobe, Codol y Stephenson, 1994), las actitudes que tienen baja consistencia afectiva-cognitiva son relativamente inestables en el tiempo, esta inestabilidad está medida por el siguiente proceso: cuando las personas llegan a ser conscientes de la inconsistencia de los

componentes de la actitud estarán motivadas a cambiar uno o ambos componentes a fin de reestablecer la consistencia afectivo-cognitiva.

Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado (2007), destacan la relevancia de las actitudes por diversas razones, algunas de las cuales se mencionan a continuación:

- Son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a las dimensiones evaluativas.
- Desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no solo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo.
- Permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y en las organizaciones a los que pertenecemos.
- Guardan una estrecha relación con nuestra conducta, y por tanto el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios.
- Cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto, es decir posiblemente las normas sociales puedan cambiar también.
- La investigación de las actitudes permite conectar áreas de investigación tradicionalmente dispersas. (p.458).

Las actitudes como predictores de la conducta

La relación entre actitudes y comportamiento es que tanto lo que hacemos como lo que decimos que creemos están sujetos a otras influencias. Tenemos ciertos arquetipos idealizados del tipo de personas que queremos ser y de las actitudes que expresamos frecuentemente se adaptan a ellos, incluso cuando no actuamos de la manera en que creemos que deberíamos hacerlo. Igualmente tenemos cierta imagen de nosotros mismos que queremos presentar a los demás y a menudo decimos lo que creemos que los otros quieren oír y acabamos creyéndolo nosotros mismos (Saloma, 2000).

Existen muchos estudios que demuestran que las actitudes son débiles predictoras de la conducta, cuando los condicionamientos ambientales resultan tan fuertes que es difícil e incluso imposible ninguna conducta individual, es decir cuando las normas sociales son tan fuertes que difícilmente cabe salirse de ellas. (Ovejero, 1998).

La Piere (1934), viajó con una pareja china por todo Estados Unidos, al principio de este viaje La Piere desconfió bastante de que los tres viajeros fueran o no admitidos en hoteles y restaurantes, dada la amplia difusión de los prejuicios antiasiáticos en esa época. Sin embargo, para su sorpresa, les fue negado el servicio a él y a la pareja china en sólo uno de más de 200 establecimientos. Seis meses después de esta experiencia inesperadamente positiva, La Piere escribió una carta a todos los hoteles preguntándoles si “aceptarían sujetos de raza china como huéspedes en los establecimientos”. En línea con los prejuicios asumidos, pero en contra de la conducta real, el 92% de los hoteles que le respondieron lo hizo con una clara respuesta negativa. Este estudio muestra como evidencia la falta de correlación entre actitudes y respuestas verbales por una parte y la conducta manifiesta por otro. (Hewston, Strobe, Codol, y Stephenson, 1994).

Diener y Wallbom (1976, citado en Ovejero, 1998) constataron que casi todos los estudiantes universitarios dicen que hacer trampa es moralmente incorrecto. Sin embargo, cuando estos autores pidieron a sus sujetos que realizaran una tarea de solución de anagramas y que se detuvieran cuando sonara una campana de la habitación, el 71% de ellos, haciendo trampa siguieron trabajando después de que sonó la campana.

Es por ello que las actitudes son, sin ninguna duda, un (no el) determinante de la conducta. Además, tampoco debemos olvidar que también la conducta influye en las actitudes y las modifica como demostró Festinger. (Ovejero, 1998).

ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

Martínez, Toro, Salamero, Blecua, y Zaragoza (1993) realizaron un estudio a 675 jóvenes y adolescentes de sexo femenino sobre las actitudes, experiencias e influencias socioculturales relacionadas con el peso y el adelgazamiento. La mitad de ellas había decidido perder peso, además de que estaban preocupadas por ello. Encontraron que la mayoría de la población comenta o conversa sobre temas relacionados con el peso, las calorías, la figura, etc. La mayoría de chicas juzgaban, con más o menos asiduidad, a la gente de la calle estereotipándola en si éstas

personas están gordas o delgadas, además de fijarse en la cantidad de comida que consumen los demás, de acuerdo a lo anterior concluyen diciendo que es lógico que la mayoría envidia la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta adelgazante y que éstas se constituyan en un modelo para ellas.

Gómez-Pérez-Mitre (2001) encontró en un estudio realizado en niños y niñas de 6 a 9 años pre-pùberes que la actitud hacia la obesidad fue negativa en su mayoría, ya que las respuestas dadas a la pregunta abierta “un niño(a) gordo(a) es...” se clasificaron 3 categorías de adjetivos: a) descriptivos (aquellos que describían y no calificaban), b) positivos y c) negativos. Los adjetivos negativos fueron: “una niña gorda es: asquerosa, prieta, tonta y otros similares”, las respuestas dadas fueron en niñas y niños por igual.

Mietzel (2005) refiere que la obesidad produce efectos negativos en la autoimagen y suele ser causa de rechazo social por parte de los pares, aunque esto puede variar según la cultura. Los niños que tienen “unos kilos de más”, generan otra condición desfavorable, porque empiezan a moverse menos, ya que en la actualidad pasan más tiempo viendo televisión que realizando actividades físicas.

Bullen (1964, citado Mietzel, 2005) observó que en las niñas que jugaban voleibol, las jugadoras con sobrepeso, pasaron la mayor parte del partido de pie o sentadas. Por el contrario las niñas de peso normal pasaban mucho más tiempo corriendo, saltando o lanzando la pelota. Generando además de moverse menos, rechazo social por parte de los pares, al no rendir en actividades físicas.

La obesidad en la infancia y adolescencia puede producir problemas psicológicos, los niños con sobrepeso son ridiculizados por los adultos y por sus compañeros que pueden desarrollar reacciones emocionales, colocando así al niño obeso en una posición de aislamiento y a menudo de ostracismo que puede persistir hasta la edad adulta (Bruch, 1952; Dwyer y Mayer, 1973 citados en Saldaña y Rosell, 1988).

Saldaña y Rosell (1988) mencionan que la obesidad crea una serie de actitudes negativas dentro de la población con normopeso que conduce a la discriminación social de los individuos obesos. Estudios realizados por Mayer (1968, citados en Saldaña y Rosell, 1988) señalan que los obesos son discriminados a la hora de solicitar empleo o de ser admitidos en la universidad.

La presión social contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los seis años de edad los niños ya la han interiorizado perfectamente. A esta corta edad se ha observado que los niños atribuyen características positivas como “bueno”, “ muchos

amigos”, “feliz”, “educado”, etc., a una figura delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como “peleas”, “trampa”, “perezoso”, “sucio”, etc., a una figura robusta o gruesa (Kirkpatrick y Sanders, 1978 citados en Toro, 1996).

Ser obeso constituye, en nuestros días, un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad es tan clara, que los niños son capaces de atribuir valores negativos, como perezoso o sucio, a las figuras endomorfas o robustas. Los niños y niñas (de 6-7 años) prefieren un ideal estético de delgadez y rechazan la robustez, independientemente del sexo, del peso y de la raza. Las investigaciones en estudiantes de bachillerato confirman esta progresiva descalificación del obeso, al que rechazan utilizando adjetivos semejantes, tanto para obesos como para prostitutas. Preferían casarse con drogodependientes, con antiguos enfermos psiquiátricos o con divorciados, que con obesos (Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000). Es importante señalar lo temprano del arraigo o interiorización de las actitudes del rechazo social hacia el obeso. Ello supone que desde la infancia la autoestima puede estar lastimada por el volumen corporal (Toro, 1996).

Este mismo autor señala que las actitudes y opiniones suponen un hecho central: la obesidad está considerada como la consecuencia de un “vicio”, y el obeso por lo tanto, una persona que a él se entrega. Se supone que es obeso por que quiere, es decir, por que come sin tino, sin control, con glotonería.

Saloma (2000), realizó un estudio en donde una de sus variables era la actitud hacia la obesidad /delgadez de 223 niños y niñas de escuelas públicas y privadas, al analizar la pregunta que se les hizo a los niños(as) “les preocupa llegar a estar gordo(a)” encontró que el 55% de los niños y el 61% de las niñas contestaron que les preocupaba, el 18% de los niños y el 21% de las niñas respondieron que les preocupaba regular y solo el 27% de los niños y el 18% de las niñas respondió que les preocupaba poco.

Uno de los primeros estudios realizados con niños de edad preescolar fue el realizado por Téllez (2002), con niños de 5 y 6 años de edad con el objetivo de conocer la presencia de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) y determinar cual era la actitud hacia la obesidad. Utilizó una muestra de 100 niños preescolares (50 niños y 50 niñas) encontró que los niños tenían una actitud negativa a la obesidad, ya que al preguntarles “como te sentirías si llegaras a ser o estar gordito(a)”; en ambos sexos casi las tres cuartas partes de los niños y niñas respondieron con adjetivos negativos como “no les

gustaría estar así”, “se sienten feos”, “se burlarían de ellos”. Al preguntarles “que piensan cuando ven a un(a) niño(a) gordito(a)”, se observó que en ambos sexos hubo porcentajes altos en adjetivos negativos como: “van a explotar”, “son feos(as)”, “no me gustaría estar así”.

Otro estudio realizado con niños de edad preescolar es el que realizó Badillo (2004), con el objetivo de explorar la relación que existe entre la imagen corporal de las mamás y su peso (índice de masa corporal), e investigar la relación que se presenta entre la imagen corporal de éstas y la imagen y actitud hacia la obesidad de sus hijos. Se trabajó con dos muestras: 70 niños de ambos sexos que estudiaban pre-primaria, y 70 mamás (o las encargadas de la crianza de los(as) niños(as)). Badillo, encontró que los niños independientemente de su sexo tienen una actitud negativa hacia la obesidad, ya que también manifestaron desagrado por los niños (as) gorditos(as), respondiendo de manera negativa como: “feo”, “mal” y “triste”, al preguntarles “como te sentirías si te pusieras gordito(a)”.

La sociedad, en general, rechaza a las personas obesas, especialmente a la mujer, y, además, lo culpa de su “defecto”. Si está gordo es porque es vago, glotón y no tiene la suficiente fuerza de voluntad para adelgazar. La sociedad no perdona a los individuos que tienen sobrepeso, se ha desacreditado a los individuos llamándolos como “la última forma socialmente aceptable de prejuicio”. Históricamente, la gente ha creído que la no pérdida de peso es cuestión de la falta de voluntad (Stunkard y Sobal, 1995 citado en Vázquez, 2006).

Existen numerosos estudios que demuestran esta estigmatización de la obesidad, un estudio clásico es el llevado a cabo por Richardson, Goodman, Hastorf y Dornbusch (1961, citado en Vera, 1998).

En él, se pidió a una muestra heterogénea de 640 niños de 10 a 12 años que clasificaran seis dibujos de niños según su atractivo físico. Los dibujos incluían figuras con distintos problemas físicos (sentado en silla de ruedas, amputados, con rostro o cabeza deformes), un obeso y un niño con peso medio y apariencia normal. Todos los niños, sin excepción de raza ni nivel socioeconómico, seleccionaron al niño obeso entre los menos atractivos. Se realizó una réplica de éste estudio con 40 años después con Latner y Stunkard (2003) en donde hay una desaprobación hacia la obesidad, incluso reportan que es más fuerte que en el primer estudio.

Más dramáticos aún, son los resultados de este mismo estudio, realizado por el mismo grupo de investigación (Goodman, Richardson, Dornbusch y Hastorf, 1963), con sujetos profesionales de la salud (médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc.). También ellos, rechazaban al niño obeso más que a cualquier otro. A partir de estos estudios, la proliferación de trabajos en los que se demuestra el rechazo de la sociedad al obeso ha sido amplia. El obeso recibe estereotipos negativos de todo tipo, así se ha considerado poco sociable, antipático y poco amigable, perezoso, indisciplinado, infeliz, falta de atractivo, torpe y carente de autocontrol (Counts, Jones, Frame, Jarvie y Strauss, 1986).

Ramos (1995) menciona que la gordura tiene una imagen muy deplorable según la forma de pensar de gran parte de los individuos. Cuando alguien habla de “la grasa o lo graso” se piensa en algo negativo. Este autor dice que solo hay un gordo al que no nos referimos de manera peyorativa, es “el gordo de la lotería”, pero probablemente la actitud negativa va implícita en el slogan de éste, que es: “pégale al gordo”, es decir, a los gordos se les pega, se les discrimina y hasta se les humilla con ciertos adjetivos negativos como lo son: puerco, feo, tonto, etc.

La población obesa presenta un carácter más introvertido e íntimo que el de los niños sanos de peso normal. En la actualidad estar gordo, y más concretamente gorda, no está permitido en una sociedad en la que imperan otros modelos que se acercan a lo esbelto, delgado y, si se apura a lo anoréxico y desnutrido. Esta moda impregna nuestra cultura hasta el punto de que los pequeños lo aprenden prácticamente desde que nacen ya que, casi de forma innata, no dudan en discriminar atacando cruelmente mediante insultos, a todo aquel compañero que exceda de las medidas establecidas por la moda. El estigma social de la obesidad tiene un efecto negativo sobre el autoconcepto del sujeto por lo que su componente visible podría ser el causante de éste malestar. (Remesal, 2008).

CAPÍTULO VI MÉTODO

Objetivo general:

Construcción de una escala de autoconcepto infantil, en niños de edad preescolar, describir la actitud hacia la obesidad y otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

- Construcción de una escala de autoconcepto infantil basada en el diferencial semántico de Osgood et al (1957).
- Describir la actitud (positiva y negativa) hacia la obesidad, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, deseo de una figura ideal.
- Establecer relación entre las siguientes variables:
 - a) Actitud (positiva y negativa) hacia la obesidad
 - b) Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal,
 - c) Preocupación por el peso corporal,
 - d) Deseo de una figura ideal delgada.

Preguntas de investigación:

¿Las dimensiones consideradas en la construcción de la escala de autoconcepto propuesta medirán adecuadamente el autoconcepto global en niños preescolares de 5 y 6 años?

¿Existe relación entre actitud (positiva y negativa) hacia la obesidad, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, deseo de la figura ideal delgada?

¿Los niños y las niñas difieren con respecto a la actitud hacia la obesidad, la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, deseo de la figura ideal delgada?

Hipótesis de trabajo

- Los niños(as) en edad pre-escolar mantienen una actitud negativa hacia la obesidad.
- Existe relación entre actitud (negativa) hacia la obesidad, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal y deseo de una figura ideal (delgada).
- Existen diferencias entre los niños y las niñas con respecto a la actitud hacia la obesidad.
- Existen diferencias entre los niños y las niñas con respecto a satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.
- Existen diferencias entre los niños y las niñas con respecto a deseo de una figura ideal (delgada).

Tipo estudio: de campo no experimental con un diseño de 2 muestras con observaciones independientes.

Variables:

Variable Independiente

b) Sexo (Hombre / Mujer).

Variable (s) Dependiente (s):

- a) Autoconcepto
- b) Actitud (positiva y negativa) hacia la obesidad
- c) Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal
- d) Preocupación por el peso corporal
- e) Deseo de la figura ideal delgada.

Definición de variables independientes:

Definición conceptual:

Sexo: Son las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a mujeres y a hombres (Branguisnky, 1996 citado en Badillo, 2004).

Definición operacional:

Se entiende por sexo las respuestas dadas por los participantes cuando se les pregunta por su identificación sexual

Definición de variables dependientes:

Definición conceptual:

Autoconcepto: tiene que ver con la imagen que tenemos de nosotros mismos y se refiere al conjunto de características o atributos que utilizamos para definirnos como individuos y para diferenciarnos de los demás. Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es el resultado de un proceso activo de construcción, por parte del sujeto, a lo largo de todo su desarrollo (Franco, 2006).

Definición operacional

se entiende como autoconcepto la puntuación obtenida en la escala que establece a mayor puntuación mayor autoconcepto y a menor puntuación menor autoconcepto.

Actitud hacia la obesidad

Definición conceptual: Sentimientos, ideas y prejuicios hacia la obesidad (Rodríguez, 1999).

Definición operacional: son las respuestas de aceptación o rechazo que se darán a las preguntas que miden actitud hacia la obesidad.

Satisfacción / Insatisfacción de la Imagen Corporal,

Definición conceptual: una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, en tanto que estar satisfecho con la imagen corporal constituye un factor de adaptación social (Gómez Pérez-Mitré et al 2001).

Definición operacional: Se entiende por satisfacción / insatisfacción a la diferencia entre la figura actual y figura ideal que puede ser positiva y negativa; mientras que mayor sea la diferencia entre éstas mayor será la insatisfacción, entre menor sea la diferencia, menor será la insatisfacción, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Diferencias negativas insatisfacción por que se desea mayor peso

No diferencias satisfacción

Diferencias positivas insatisfacción por que se desea menor peso

Preocupación por el peso corporal

Definición conceptual: es un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia al tamaño y la forma del cuerpo, miedo a subir de peso, interés por el control de peso a través de una ingesta alimentaria restringida y ejercicio, invirtiendo gran parte de energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez-Pérez-Mitré, 1998).

Definición operacional: son las respuestas de aceptación o rechazo que se dan a las preguntas que estiman dicha preocupación por el peso.

Deseo de una figura ideal delgada

Definición conceptual: el tamaño del cuerpo deseado característico de un grupo particular (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

Definición operacional: se entiende como la elección de una silueta delgada o muy delgada ante la pregunta que explora el deseo de una figura ideal delgada.

Muestra:

Se trabajó con una muestra no aleatoria de carácter propositivo con un tamaño de $n = 144$ participantes de ambos sexos ($n = 70$ niños y $n = 69$ niñas), que se encontraban cursando el tercer grado de nivel preescolar de un jardín de niños público, cuyas edades oscilan entre los 5 y 6 años.

Instrumentos :

1.- ESCALA DE AUTOCONCEPTO INFANTIL.

Para la construcción y diseño de la escala de autoconcepto infantil se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Se realizó una clasificación de adjetivos de acuerdo con algunas dimensiones utilizadas por algunos autores, como son; apariencia física, autoestima, conducta, hábitos, valores, básicamente se eligieron aquellos adjetivos que los niños entendían y eran de fácil manejo para ellos. En el cuadro se muestran como se clasificaron los adjetivos.

CLASIFICACIÓN DE ADJETIVOS					
Emotivas	Apariencia Física	Hábitos	Valores	Habilidades	Conducta
Feliz-triste	gordo-flaco	ordenado-desordenado	honesto-deshonesto (ladrón)	ganador-perdedor	peleonero (agresivo)-tranquilo
Contento (gracioso)-enojado	Bonito-feo	nutrido-desnutrido	mentiroso-franco	rápido-lento	activo (deportista)-pasivo (sedentario).
cariñoso-seco (uraño-serio)	sucio-limpio	trabajador-flojo	responsable-irresponsable	inteligente-tonto	atento-distraído
	Grande-pequeño		obediente-desobediente	fuerte-débil	valiente-cobarde
	güero-moreno		tramposo-justo	Amigable-solitario	
	Arreglado-desarreglado		grosero-educado		
	Peinado-despeinado				
	sano-enfermo				

- Se procedió a la búsqueda de antónimos, con la característica de que fueran claros y entendibles para los(as) niños(as).
- Se diseñaron 58 láminas con imágenes, en fichas de trabajo con medidas de (20.5 x 12.3 cms), estas imágenes se enfocaron a los 29 adjetivos con sus respectivos antónimos. Se dibujaron con lápiz de carbón Fiber Castell del número 112602 y posteriormente se remarcaron con un plumón Shneider Xtra del 0.5.
- Posteriormente se realizó una prueba piloto con n=83 participantes (n= 46 niños y n= 37 niñas) con el objetivo adecuar y facilitar el lenguaje (oral, escrito y representativo,) utilizado lo que incluía determinar si los niños podían identificar el nombre de cada lámina y conocer si ellos se identificaban con el nombre utilizado para nombrar las imágenes, por ejemplo:
 - Se les mostró una lámina del(a) niño(a) gordo(a) y otra lámina que representaba el antónimo de un niño(a) flaco(a).
 - Se les hacían las siguientes preguntas: ¿Este(a) es un(a) niño(a)...? después de las preguntas para cada lámina, se les hacía la otra pregunta: ¿Y tu eres _____ ó _____?. En las líneas se agregaban los adjetivos que los(as) niños(as) habían utilizado para denominar a cada una de las láminas.

- Con los resultados obtenidos en la prueba piloto se concluyó que los niños eran muy pequeños para identificar el nombre exacto (o en su caso que se acercaran al adjetivo que la imagen representaba), para cada lámina y que sus respuestas eran muy variadas, además de que en su mayoría lo que hacían eran las descripciones de las láminas.
- Con el estudio piloto obtuvimos algunos adjetivos que los niños manejan en su lenguaje, se encontró que algunas imágenes no representaban para ellos lo que se pretendía en un inicio, por lo cual se procedió al rediseño de éstas.
- De acuerdo a los resultados en la prueba piloto se realizó una segunda prueba piloto con N=20 sujetos pero con los siguientes cambios:

- Se escanearon las imágenes y se colocaron en una hoja tamaño carta, además de que se utilizó el modelo del diferencial semántico de Osgood(, utilizando cinco opciones de respuesta, en donde las imágenes negativas estaban a la izquierda y las positivas a la derecha como se muestra a continuación:



La aplicación se realizó de la siguiente manera:

- Se les dieron las siguientes instrucciones:

“Te voy a enseñar unos dibujos, míralos bien y luego te voy a preguntar cómo crees que eres tú. Es importante que sepas que no tienes que ser igualito a ellos, puedes mencionar a cuál de estos dibujos crees que te pareces más. Por ejemplo....”

- Se realizaron oraciones de acuerdo con cada imagen, además de que se les puso el ejemplo con la explicación siguiente:

“Esta es una niña gritona. Esta es una niña callada. Como te podrás dar cuenta aquí tenemos unas rayitas, eso significa que tú puedes responder que eres una niña: “gritona” (señalando la imagen), la primera línea significa que te pareces a una niña “un poco gritona”, la segunda “a veces gritona y a veces soy callada”, la cuarta “un poco callada” y “callada” (también señalando la segunda imagen). Después se les preguntaba ¿A cuál de éstas niñas te pareces? ”



- Con la segunda prueba piloto nos dimos cuenta de que los sujetos podían responder cómo se consideraban, pero hubo problemas en como explicarles las cinco opciones de respuesta, es por ello que se realizó el siguiente diseño, en el cual se le agregaron números tomando en cuenta que a esa edad ya conocen los números del 1 al 5 como se muestra a continuación:



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Para el diseño anterior se les dieron las siguientes instrucciones:
 “Esta es una niña gritona. Esta es una niña callada. Como te podrás dar cuenta aquí tenemos unos números, eso significa que tú puedes responder que eres una niña: “gritona” que es el número 1, en el número 2 “un poco gritona”, en el 3 “a

veces gritona y a veces callada”, en el 4 “un poco callada” y el 5 “callada”. Después se les preguntaba ¿A cuál de éstas niñas te pareces? Escoge el número. Con esto se obtuvo el instrumento final listo para la aplicación (ver anexos).

- Finalmente se realizó la aplicación final con una muestra de N=144 sujetos (n= 70 niños y n= 59 niñas) pertenecientes al tercer grado de nivel preescolar de un jardín de niños público, cuyas edades oscilan entre los 5 y 6 años. La escala fue aplicada de manera individual en un aula del jardín de niños, algunos se aplicaron en su propia casa.

- Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- análisis de frecuencias para verificar la distribución y discriminación de los reactivos,
- análisis factoriales para verificar la validez de constructo del instrumento;
- Cálculos de los índices de consistencia interna de las escalas a través del Alpha de Cronbach.

2.- El “Cuestionario de alimentación y salud” (Gómez Pérez- Mitré y Téllez, 1999), versión para niños y para niñas con un total de 33 reactivos con preguntas de opción abierta y cerradas con una escala de 3 y 2 categorías de respuesta, el lenguaje fue sencillo y claro. Se tomaron aquellos reactivos relacionados con la imagen corporal y actitud hacia la obesidad /delgadez. Se compone de una serie de siluetas que cubren un continuo de peso corporal con 5 intervalos que van desde una silueta muy delgada =1, hasta muy gruesa u obesa =5 las siluetas aparecen en ese continuo por ser niños de tan corta edad, (ver anexos).

Materiales:

1- Lápices

Procedimiento:

- a) Se contactó a las autoridades de la escuela correspondiente para la aplicación de la escala de autoconcepto infantil y el cuestionario de alimentación y salud
- b) Se realizó una junta con los padres con el objetivo de explicarles de que se trataba la investigación. se les aclaró que eran libres de aceptar que sus hijos participaran, además de que podían retirarse cuando así lo decidieran, finalmente se les pidió un consentimiento firmado.
- c) La aplicación se realizó de manera individual en dos sesiones, la primera para la aplicación de la escala de autoconcepto infantil, la segunda para el cuestionario de alimentación y salud.
- d) En algunos casos la aplicación se realizó en el hogar de los sujetos, con la condición de que los padres no estuvieran presentes, solamente podrían escuchar la aplicación desde otra estancia. Esto con la finalidad de que su presencia no interfiriera en los resultados.

CAPITULO VII

RESULTADOS

Con el propósito de construir una escala de autoconcepto infantil, describir la actitud hacia la obesidad y otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una población de niños(as) de edad preescolar, se procedió a analizar los datos con análisis de frecuencias, análisis factorial utilizando el programa SPSS versión 11.

Descripción de la muestra

La muestra se conformó por N =144 sujetos de ambos sexos (n =75 niños y n =69 niñas), pertenecientes al tercer grado de nivel preescolar de un jardín de niños público, cuyas edades oscilan entre los 5 y 6 años, con una media en niñas de 5.63 y una desviación estándar 0.582. Así mismo se encontró en los niños una media de 5.77 y una desviación estándar de 0.568 (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable edad por sexo, medias y desviaciones estándar.

	N	Media	Desviación estándar
Niños	75	5.77	0,582
Niñas	69	5.63	0,568

En la siguiente tabla se describe el porcentaje de los sujetos por edad y sexo. Con mayor porcentaje los niños(as) de 6 años de edad. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de la variable edad por sexo

SEXO	EDAD		TOTAL
	5	6	
Masculino	31%	69%	52%
Femenino	41%	59%	48%
TOTAL	51%	64%	100%

La tabla 3 describe con quien viven los(as) participantes. Se encontró que el 56% de la muestra total viven con su “mamá y papá” de los cuales se obtuvo un porcentaje mayor de los niños con un 60%, el 7% de la muestra total de los(as) participantes viven con su “mamá” (niñas = 7%; niños = 7%).

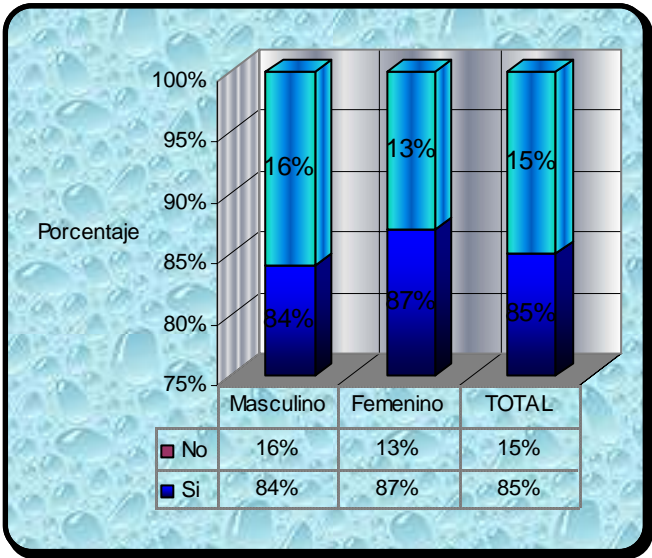
Tabla 3. Distribución porcentual de la variable ¿Con quién vives? por sexo

SEXO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Masculino	7%	0%	60%	5%	4%	5%	5%	1%	5%	7%
Femenino	7%	3%	52%	1%	12%	0%	7%	1%	6%	10%
TOTAL	7%	1%	56%	3%	8%	3%	6%	1%	6%	8%

Nota: 1= mamá; 2= papá; 3 = mamá y papá; 4= con tus abuelitos; 5= mamá, papá y abuelito(a); 6= mamá, papá y tío(a); 7= mamá y abuelitos; 8= mame y tíos(as); 9= abuelito(a), mamá y tíos(as); 10= mamá, papá, abuelitos(as) y tíos(as)

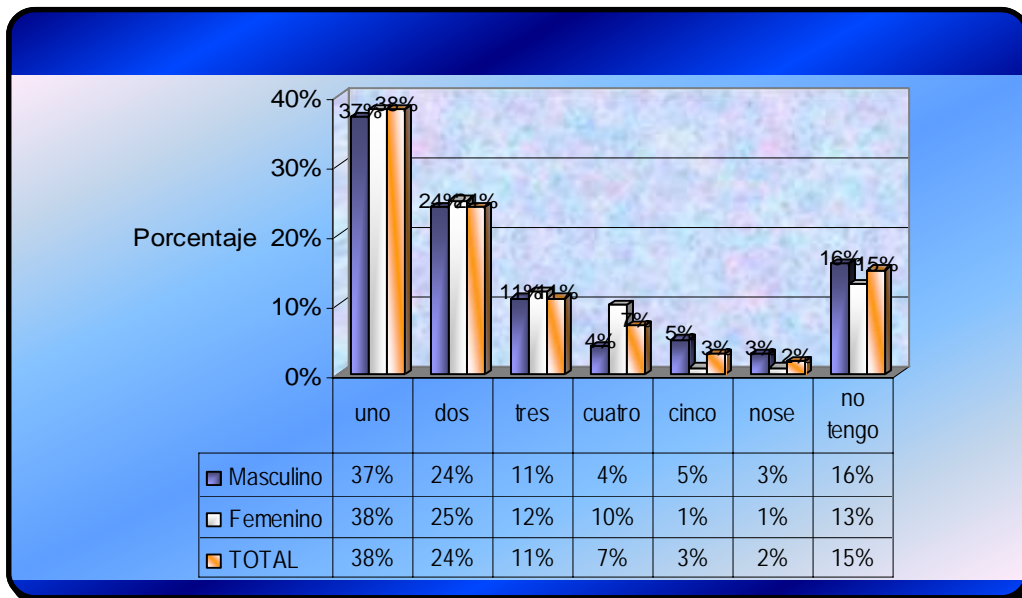
En lo que se refiere a la pregunta ¿Tienes hermanitos(as)? Se observó que el 85% de los(as) participantes tiene hermanitos(as) y tan sólo el 15% es hijo(a) único(a). De los cuales las niñas mostraron un porcentaje mayor con el 87% (ver figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de la variable ¿Tienes hermanitos(as)? por sexo.



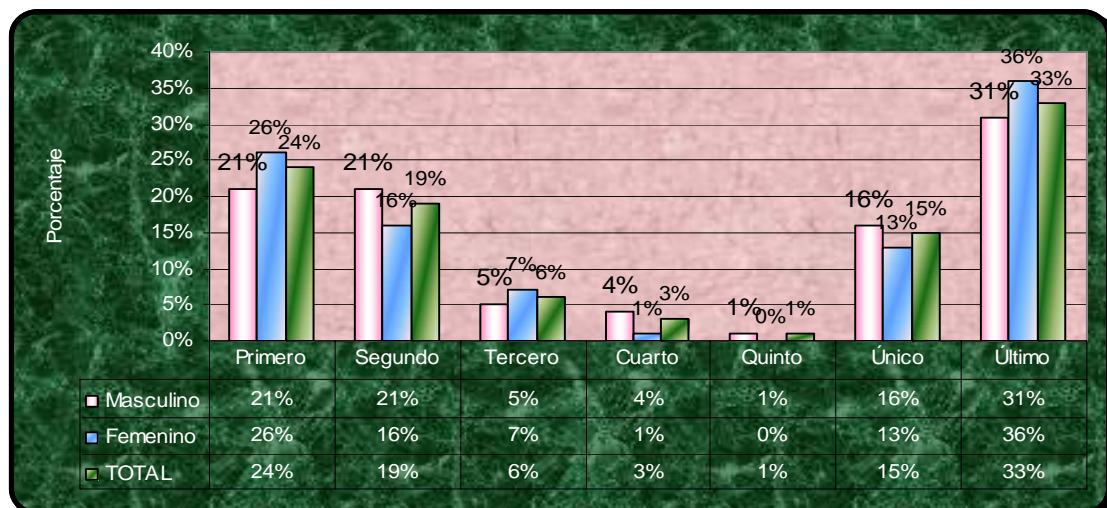
En la figura 2 se describe la cantidad de hermanos que tienen los(as) participantes, registrando que el 38% del total de la muestra tiene “1” hermano(a). Es importante destacar que el 24% de la muestra total tiene “2” hermanos(as) y el 15% “no tiene” hermanos(as), ocupando un porcentaje mayor los niños con el 16%.

Figura 2. Distribución porcentual de la variable ¿Cuántos hermanitos(as) tienes? por sexo.



En la pregunta ¿Eres el primero, el último o cuál?, registrando un porcentaje mayor con la respuesta “el último” con un 33% de la muestra total, de los cuales (el 36% eran niñas y el 31% niños), el 24% de la muestra mencionaron ser “el (la) primero(a)” de los hermanos de los cuales el 26% son las niñas. El de menor porcentaje del total de la muestra lo conforman el 1% de los cuáles ocupan el quinto lugar de los hermanos(as). (Ver figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de la variable ¿Eres el primero, el último o cuál? por sexo.



ESCALA DE AUTOCONCEPTO INFANTIL

Se hizo un análisis de frecuencias para determinar el poder de discriminación de cada reactivo. Se eliminaron 17 reactivos que no discriminaron, es decir, se escogieron aquellos en donde los porcentajes de respuesta se distribuyeron mejor en las 5 opciones de respuesta. De 29 reactivos se obtuvieron 12. La siguiente tabla muestra los adjetivos iniciales y finales de la escala de autoconcepto infantil, los primeros 12 son aquellos que constituyen el instrumento final y los que están sombreados son los que los sujetos no discriminaron. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Adjetivos iniciales y finales

1.- perdedor-ganador
2.-peleonero- tranquilo
3.- desordenado-ordenado
4.-distráido- atento
5.- desnutrido- nutrido
6.-enfermo- sano
7.-solitario- amigable
8.-moreno- güero
9.-gordo-flaco
10.-tonto-inteligente
11.-débil-fuerte
12.-pequeño-grande
13.-feliz-triste
14.-contento (gracioso)-enojado
15.-cariñoso-seco (uraño-serio)
16.- activo (deportista)- pasivo (sedentario)
17.-bonito-feo
18.-sucio-limpio
19.- peinado-despeinado
20.- valiente-cobarde
21.- trabajador-flojo
22.- honesto-deshonesto (ladrón)
23.- mentiroso-franco
24.- responsable-irresponsable

25.-obediente-desobediente
26.- tramposo-justo
27.- grosero-educado
28.- arreglado-desarreglado
29.- rápido-lento

La confiabilidad para la escala de autoconcepto infantil se calculó con el estadístico alpha de Cronbach obteniendo un valor del .7647 indicando una estabilidad moderada alta. El análisis factorial con rotación varimax permitió verificar la validez de la construcción. Se encontraron 4 factores que explican el 57% de la varianza total de la escala. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Varianza total explicada por cuatro factores

Componentes	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3.511	29.262	29.262	2.326	19.38	19.38
2	1.186	9.873	39.135	1.75	14.584	33.964
3	1.141	9.507	48.642	1.572	13.1	47.064
4	1.051	8.757	57.399	1.24	10.335	57.399
5	0.963	8.021	65.421			
6	0.859	7.155	72.575			
7	0.741	6.173	78.748			
8	0.641	5.338	84.086			
9	0.611	5.091	89.177			
10	0.505	4.211	93.387			
11	0.458	3.816	97.203			
12	0.336	2.797	100			

Se observó que de los 12 reactivos que constituyeron la escala, 3 reactivos cargaron en cada uno de los factores. No se encontraron las mismas dimensiones que se habían estructurado al inicio, sólo se obtuvieron las siguientes dimensiones: comportamiento (factor 1), percepción social (factor 2), apariencia física y social (factor 3), autoimagen (factor 4).

La tabla siguiente especifica los resultados obtenidos con la rotación varimax, eligiendo aquellos reactivos que presentaron pesos factoriales superiores al .40 (Ver tabla 7).

Tabla 7. Análisis factorial de la escala de autoconcepto infantil

Factor	Cargas Factoriales			
	I	II	III	IV
F.I	Comportamiento			
F.II	Comportamiento II			
F.III	Apariencia física y social			
F.IV	Autoimagen			
	I	II	III	IV
1.- perdedor-ganador	0.62			
2.-peleonero- tranquilo	0.53			
3.- desordenado-ordenado	0.61			
4.-distráido- atento		0.7		
5.-desnutrido- nutrido		0.7		
6.-enfermo- sano		0.52		
7.-solitario- amigable			0.57	
8.-moreno- güero			0.47	
9.-gordo-flaco			0.62	
10.-tonto-inteligente				0.42
11.-débil-fuerte				0.42
12.-pequeño-grande				0.81

Se calcularon los índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach) para cada factor, la escala total obtuvo un valor alpha aceptable (0.76), los valores alpha específicos, aquellos correspondientes a cada factor resultaron muy bajos, probablemente por el bajo número de reactivos. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Índices de consistencia interna de las subescalas de autoconcepto infantil (Alfa de Cronbach)

Subescalas	Nº de reactivos	Alfa
Comportamiento	3	0.52
Comportamiento II	3	0.53
Apariencia física y social	3	0.46
Autoimagen	3	0.36
Autoconcepto global	12	0.76

La escala de autoconcepto infantil está constituida por las siguientes dimensiones denominadas: comportamiento I, comportamiento II, apariencia física y social, autoimagen. A continuación se analizarán cada una de las dimensiones debido a su gran relevancia.

Dimensión comportamiento: esta dimensión se refiere al conjunto de conductas que el niño despliega en el colegio y en su casa, comprende ítems como "soy un(a) niño(a) peleonero(a)", "soy un(a) niño(a) tranquilo(a)", "soy un(a) niño(a) perdedor(a)-(ganador(a) para la imagen contraria)" y "soy un(a) niño(a) ordenado(a)-(desordenado(a))".

Piers y Harris (1969) refiere en la subescala "conducta" a un niño que admite o niega conductas problemáticas, en conductas específicas cómo "soy peleador con mis hermanos" o declaraciones más generales como "hago muchas tonteras", "me porto bien en el colegio", "a menudo me meto en líos" o "me peleo mucho".

Dimensión comportamiento II: refiere a la serie de conductas que realiza en casa principalmente, los ítems son: "soy un(a) niño(a) distraído(a)-atento(a)", "soy un(a) niño(a) desnutrido(a)-nutrido(a)", es importante destacar que en éste ítem nos enfocamos en su ingesta alimentaria, es decir se les preguntaba qué clase de alimentos consumen, como el de la imagen, no se les preguntó si eran niños(as) nutridos(as), debido a que a esta edad el significado de la palabra es complejo, en el caso del ítem "soy un(a) niño(a) enfermo(a)-sano(a)" también nos enfocamos en la conducta que en la imagen se muestra.

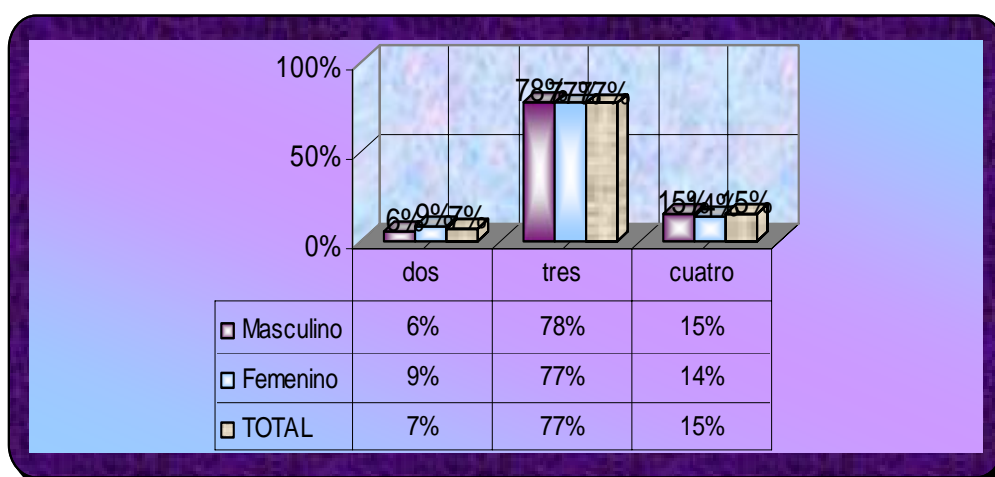
Dimensión apariencia física y social: trata de detectar los juicios que el(la) niño(a) tiene sobre su cuerpo, rostro y aspecto físico, además de la imagen que proyecta hacia los demás, los ítems representativos son: "soy un(a) niño(a) niño(a) solitario(a)-amigable", "soy un(a) niño(a) niño(a) moreno(a)-güero(a)", "soy un(a) niño(a) gordo(a)-flaco(a)". Villa y Auzmendi (1991) denominaron a este factor "apariencia física y posesión" a los reactivos utilizados en su prueba.

Dimensión autoimagen: se refiere a la manera que uno se describe a sí mismo, el tipo de personas que se piensa que somos (se acepte o no). Es una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser, de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás (González y Touron, 1992). Los ítems que conforman la dimensión autoimagen son: "soy un(a) niño(a) tonto(a)", en su caso contrario inteligente, "soy un(a) niño(a) débil" (fuerte de manera contraria), soy un(a) niño(a) pequeño(a) (como ítem contrario- grande).

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

Con el objetivo de conocer la forma de alimentación de los(as) participantes, además de identificar qué conocimiento tienen sobre la forma de alimentarse, se les realizaron las preguntas posteriores. La primera fue ¿Cuántas veces comes en el día?, en donde el 77% de la muestra total tuvo un mayor porcentaje mencionando que comen “3 veces al día” teniendo como mayoría los niños con el 78%, aunque es importante destacar que la diferencia es mínima. El menor porcentaje de la muestra fue del 6% respondiendo que comen “2 veces al día”, siendo en este caso los niños. (Ver figura 4).

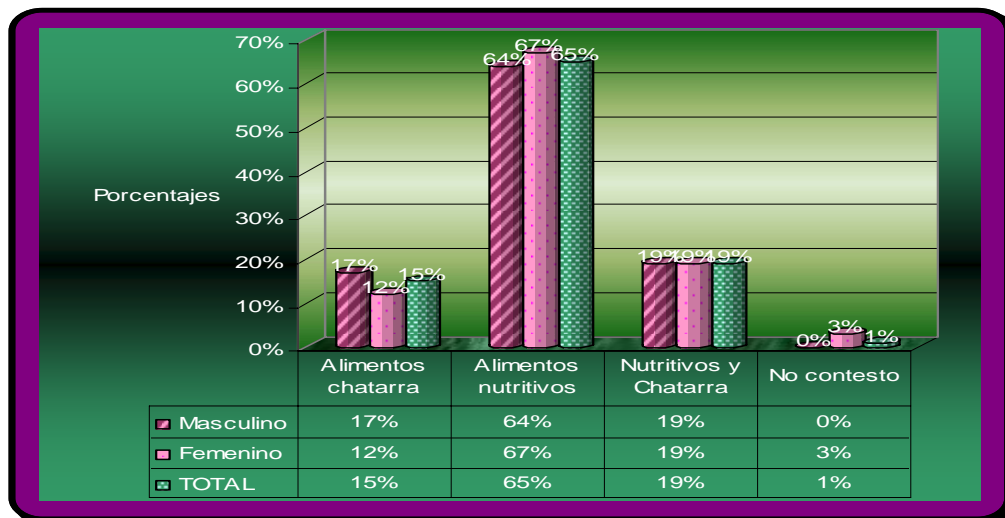
Figura 4. Distribución porcentual de la variable ¿Cuántas veces comes en el día? por sexo.



Pregunta 2: ¿Y de lo que comes que es lo que más te gusta?

De acuerdo a la respuesta de los(as) participantes, se realizó una clasificación de los alimentos mencionados, es decir, si los participantes respondieron que les gustan: los dulces, papas, tacos, tortas, hamburguesas, etc., estos entran dentro de la clasificación de “alimentos chatarra”. Si los participantes mencionaban: las verduras, el caldo, la sopa, fruta, etc., se clasificaron como “alimentos nutritivos”, pero si los participantes citaban alimentos como: hamburguesas, hot-dogs, frutas, verduras, etc., se clasificaron como “alimentos nutritivos y chatarra”. En la figura 5 se muestra que el 65% de la muestra total de los (as) participantes mencionaron consumir “alimentos nutritivos”, con un porcentaje mayor las niñas, con el 67%. Cabe mencionar que el porcentaje más bajo fue que les gustan los “alimentos chatarra”, con el 15% de la muestra total, con un porcentaje mayor los niños (16%). (Ver figura 5).

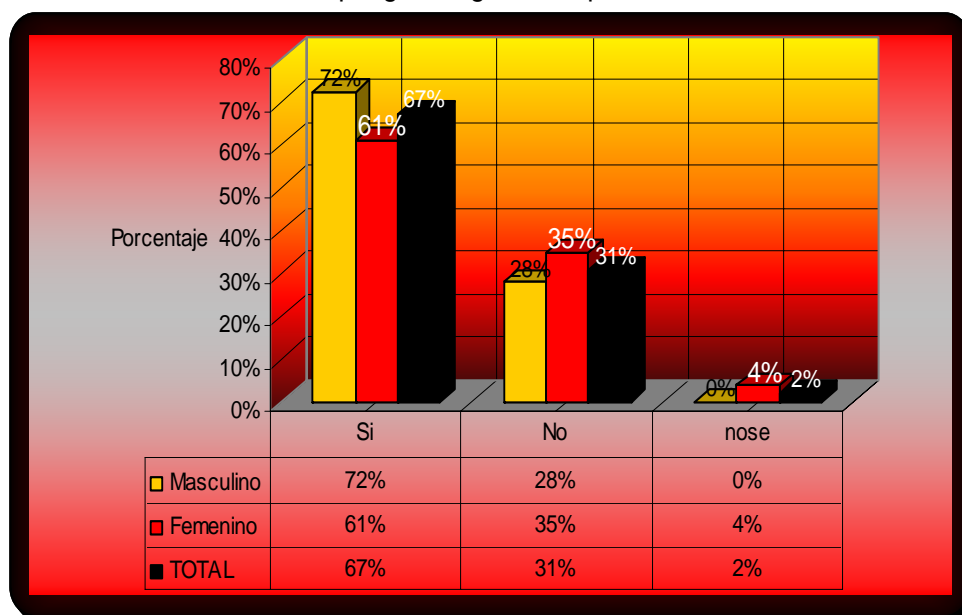
Figura 5. Distribución porcentual de la variable ¿Y de lo que comes que es lo que más te gusta? por sexo.



Pregunta 3: ¿Crees que hay alimentos que hace que nos pongamos gorditos?

El 67% de la muestra total respondió que “si”, con un porcentaje mayor los niños (72%). El 4% de la muestra total de niñas menciona “no saber” si los alimentos provocaban que los(as) niños(as) engorden. (Ver figura 6).

Figura 6 Distribución porcentual de la variable ¿Crees que hay alimentos que hace que nos pongamos gorditos? por sexo.

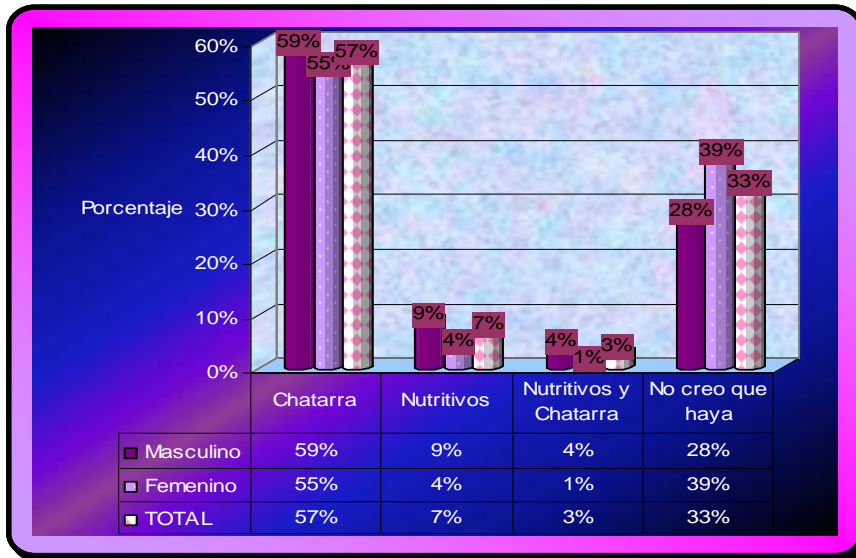


Pregunta 4: ¿Cuáles crees que son los alimentos que hacen que nos pongamos gorditos?

De igual manera que en la pregunta 2 se hizo la misma clasificación de respuesta. El 57% de la muestra total de los (as) participantes mencionó alimentos chatarra, con un porcentaje mayor los niños del 59%. El 7% de la muestra total mencionó

alimentos nutritivos, con un porcentaje mayor los niños con el 9%. El 33% de la muestra “no cree que haya” alimentos que nos hagan engordar, con un porcentaje mayor las niñas con el 39%.

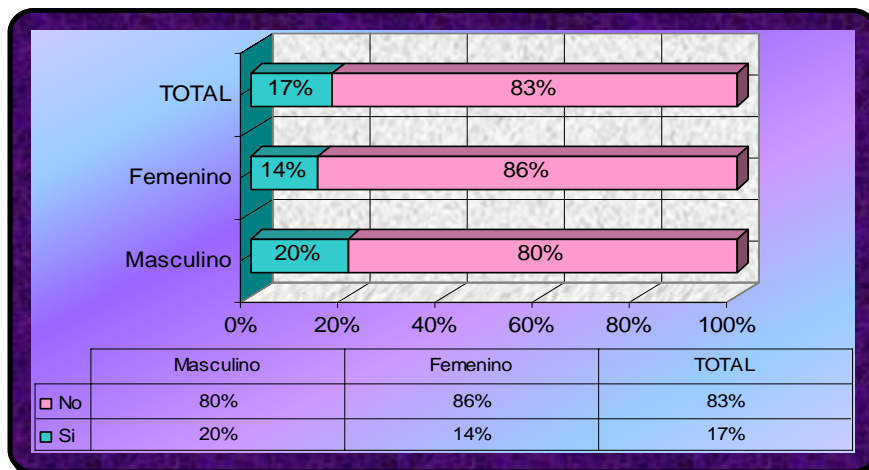
Figura 7. Distribución porcentual de la variable ¿Cuáles crees que son los alimentos que hacen que nos pongamos gorditos? por sexo.



VARIABLES RELACIONADAS CON ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

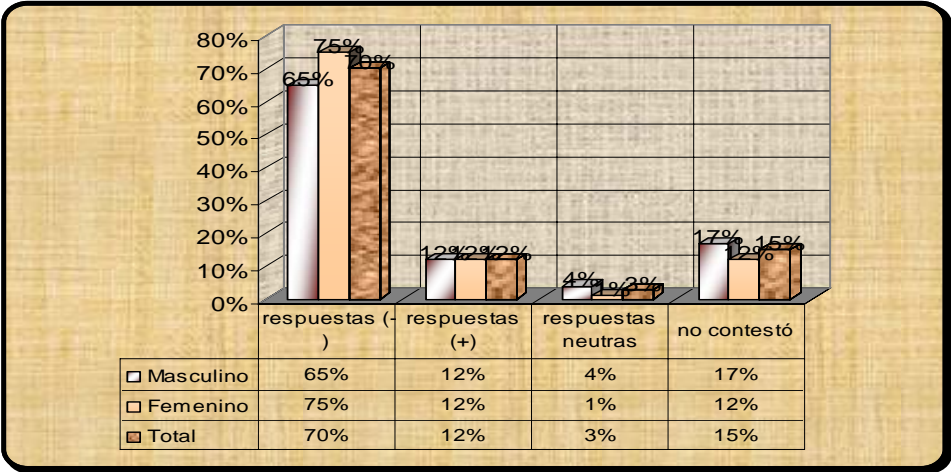
La figura 8 contiene los porcentajes de las respuestas dadas por los(as) participantes a la pregunta “¿Te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)?”. Como podemos observar del total de la muestra el 83% de los(as) participantes respondió que “no” les gustan los(as) niños(as) gorditos(as). De los cuales el 80% del total de los niños respondió que “no” les gustan y en el caso de las niñas encontramos un porcentaje mayor del 86% que coincidió con ellos.

Figura 8. Distribución porcentual de la pregunta “¿Te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)?” por sexo.



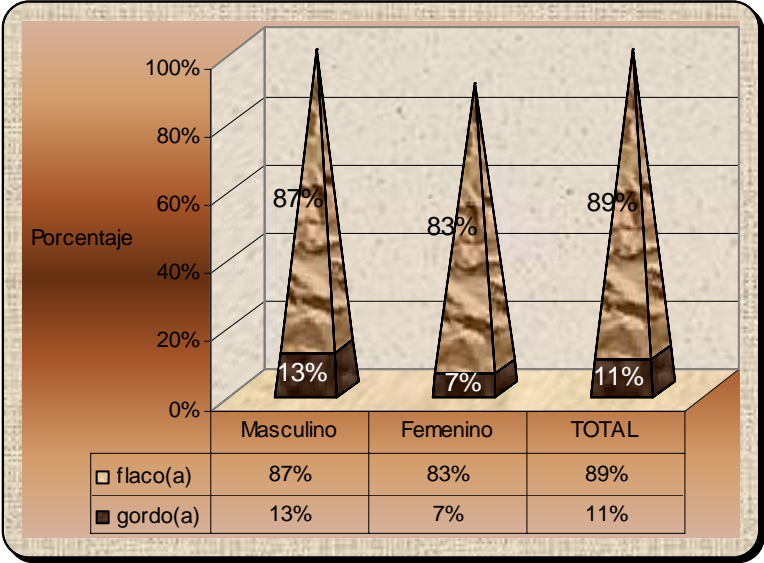
La siguiente figura muestra los tipos de respuesta de los(as) participantes al preguntarles, ¿porque si /no te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)?. El 70% de la muestra total dio respuestas negativas (no me gustan, son feos(as), se cansan rápido, estorban, empujan), teniendo un mayor porcentaje las niñas con el 75%. El 3% de la muestra total respondió de manera neutra (me da lo mismo) y tan sólo el 15% de la muestra total no contestaron (ver figura 9).

Figura 9. Distribución porcentual de la pregunta ¿Porque si /no te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)? por sexo.



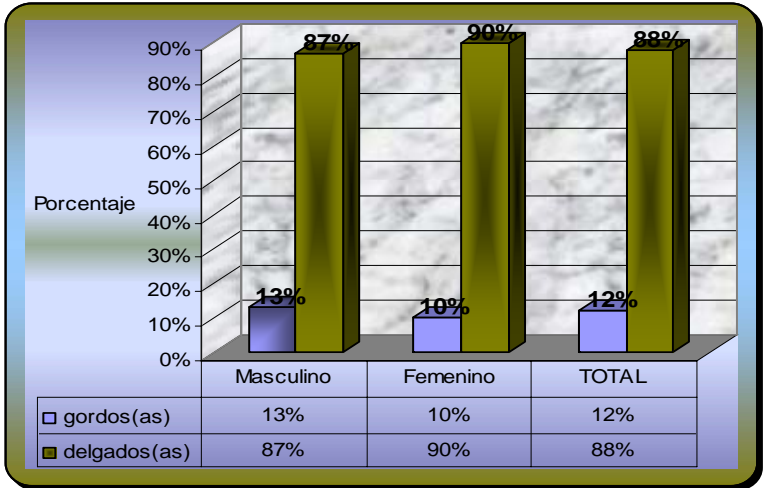
Al preguntar a los(as) participantes ¿Qué es preferible estar muy gordo(a) ó muy flaco(a)?, encontramos que el 89% del total de la muestra respondió “muy flaco(a)”, con un porcentaje mayor el 87% del total de los niños. El 11% del total de la muestra mostró preferencia a ser gordo(a), destacando porcentualmente con el 13% del total de los niños (ver figura 10).

Figura 10. Distribución porcentual de la pregunta “¿Qué es preferible estar muy gordo(a) ó muy flaco(a)?” por sexo.



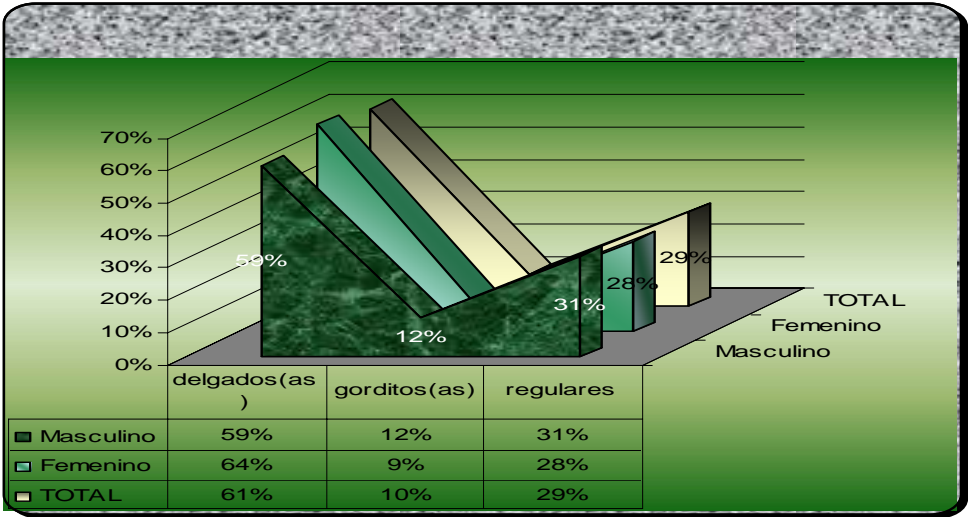
Al preguntar a los(as) niños(as) “Los(as) niños(as) que tienen más amigos(as) son:”el 88% respondió que los niños “delgados”. En el caso de las niñas el 84% mencionó que las niñas “delgadas” son las que tienen más amigas. En general el 82% de los(as) participantes mostró preferencia a los(as) niños(as) delgados(as) y sólo el 20% del total de los niños respondió que tienen más amigos los niños gordos (ver figura 11).

Figura 11. Distribución porcentual de la pregunta “Los(as) niños(as) que tienen más amigos(as) son” por sexo.



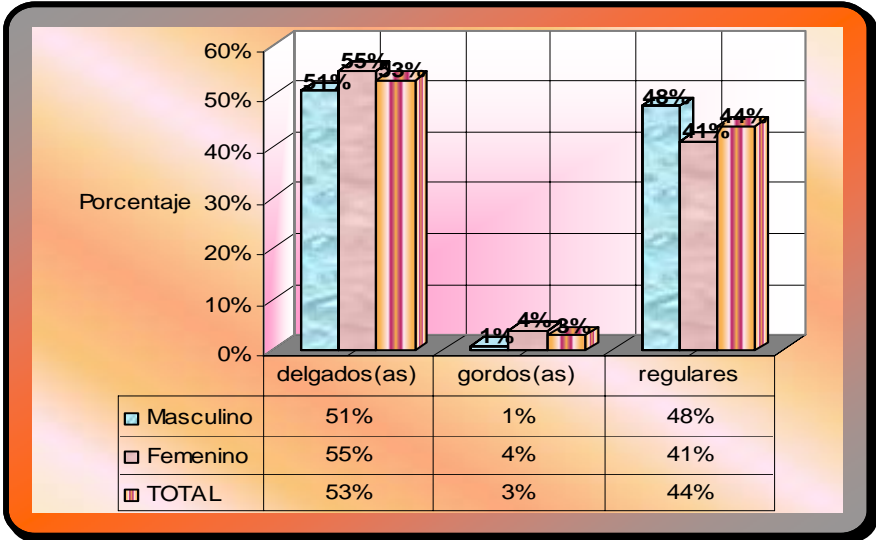
Como se muestra en la figura 12, al preguntar “¿Y a ti cómo te gustan que sean tus amiguitos(as)?” el 61% del total de la muestra respondió que les gustan “delgados(as)”, con un porcentaje mayor el 64% de las niñas. El 29% de los (as) participantes mencionaron que les gustan con una figura “regular”, de los cuales el 31% fueron los niños. Cabe destacar que el 12% de las niñas respondió que les gusta que sus amigas sean gorditas.

Figura 12. Distribución porcentual de la pregunta “¿Y a ti cómo te gustan que sean tus amiguitos(as)?” por sexo.



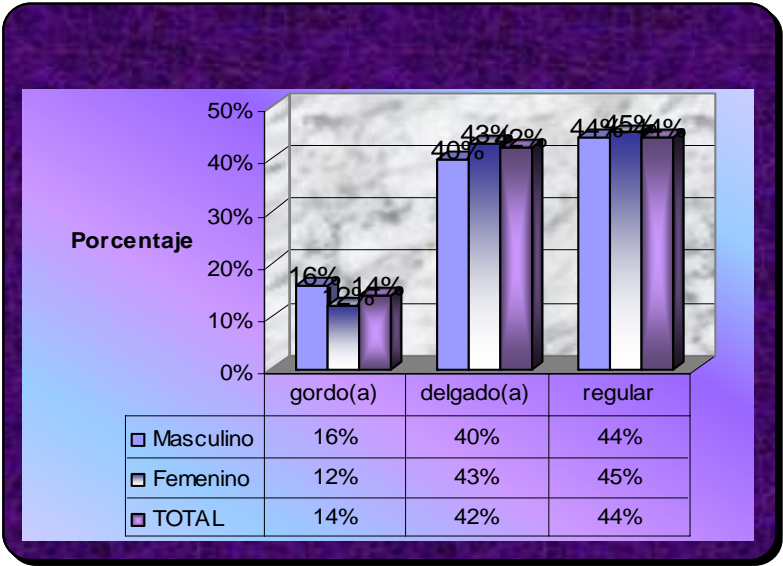
En la figura 13, se puede observar que el 53% de la muestra total respondió que les gusta jugar con niños(as) “delgados(as)”, el 55% fueron niñas. El 44% del total de los (as) participantes mencionó que les gusta jugar con niñas con figura “regular”, con un porcentaje mayor los niños con el 48%. Es importante destacar que tan sólo el 4% de las niñas mencionó que les gustan las niñas “gordas”.

Figura 13. Distribución porcentual de la pregunta “¿A los(as) niños(as) les gustan los(as) niños(as) por sexo.



Como se observa en la siguiente figura 14, el 44% del total de los(as) participantes contestó que un niño(a) sano(a) es el que tiene una figura ”regular”, con un porcentaje mayor el 45% las niñas. El 43% del total de las niñas escogió a una figura delgada. Cabe destacar que el 16% del total de las niñas respondió que una niña sana es una niña “gordita”.

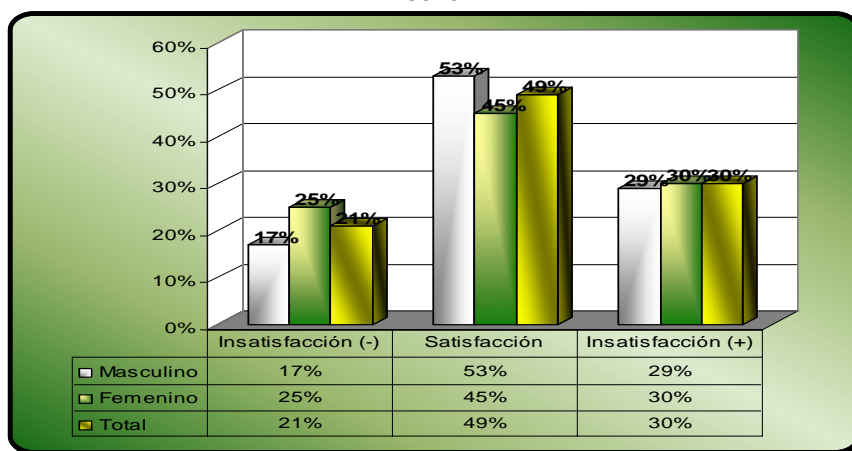
Figura 14. Distribución porcentual de la pregunta “Un(a) niño(a) sano(a) es: por sexo.



SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Se obtuvieron los porcentajes de satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal de los niños (figura actual percibida menos figura ideal), los datos indicaron que el 49% de los (as) participantes se encontraban satisfechos con su figura, de éstos, el 53% eran niños vs 45% de niñas. El 30% del total de la muestra mostró tener insatisfacción positiva con su figura por que querían ser más delgados(as), con porcentajes similares de niñas (30%) y niños (29%). El 25% de las niñas vs 17% de los niños deseaban ser más gruesos(as) (insatisfacción negativa). (Ver figura 15).

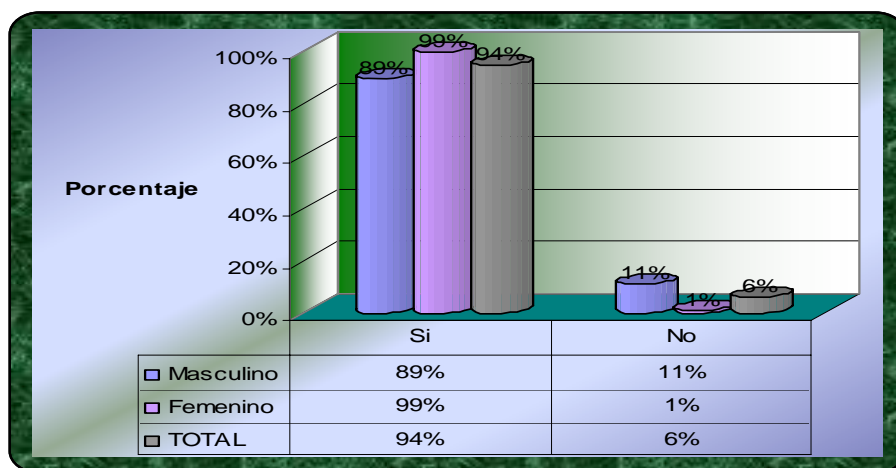
Figura 15 Distribución porcentual de la variable satisfacción/ insatisfacción de la imagen corporal por sexo.



PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL

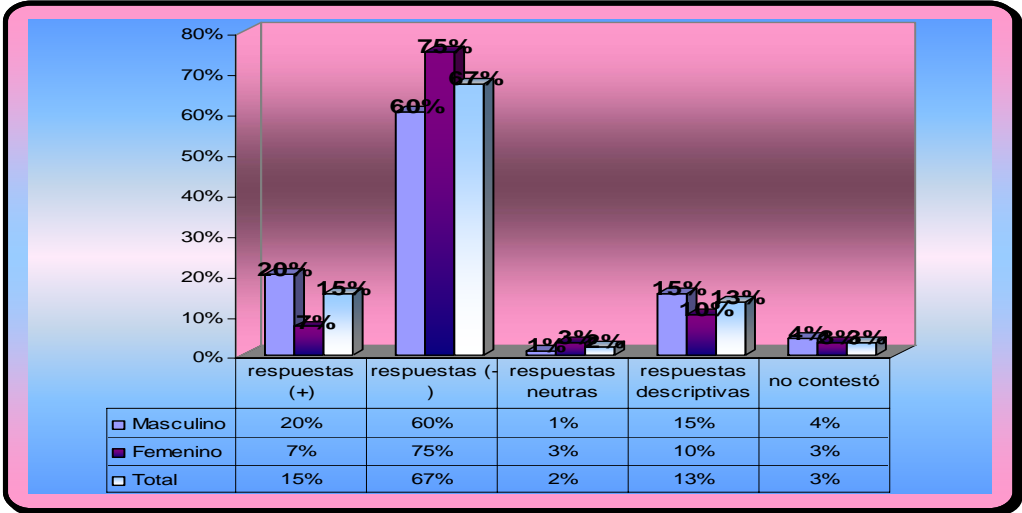
La figura 16 muestra los porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta ¿Te gusta como está tu cuerpo?, el 94% del total de la muestra respondió que "sí": de éste el 99% de las niñas vs el 89% de los niños respondió que "sí" les gustaba su cuerpo. El 11% de los niños menciono "no " mientras que sólo 1% de las niñas también respondió no estar a gusto con su cuerpo.

Figura 16. Distribución porcentual de la pregunta "¿Te gusta como está tu cuerpo?": por sexo.



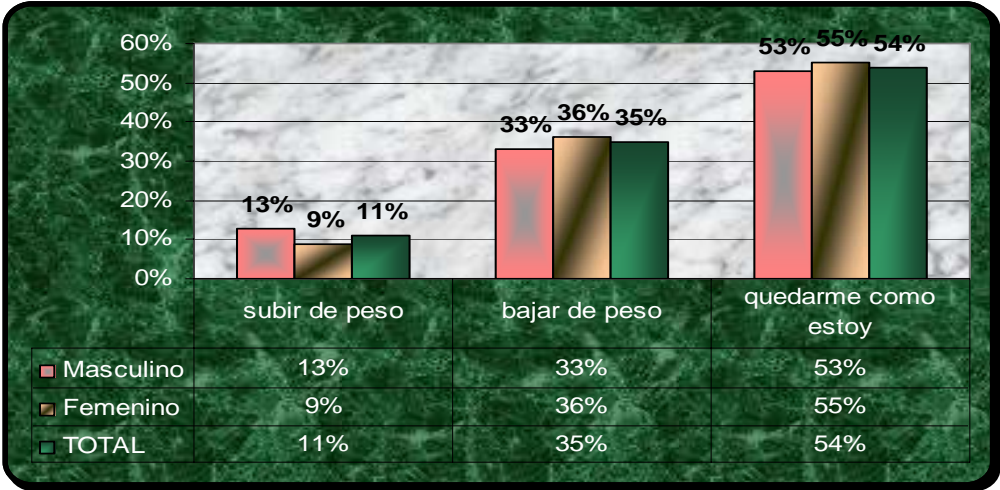
Cuando se preguntó a los(as) niños(as) como se sentirían si se pusieran gorditos(as), el 67% de la muestra total dio respuestas negativas como (mal, triste, feo, no me gustaría), el 75% fueron niñas y el 60% niños; El 13% de los(as) participantes respondió de manera descriptiva como (pesado, con la panza llena, me dolería), con un 15% los niños y 10% de niñas. El 20% de la muestra de niños respondieron positivamente (contento, feliz) vs 7% de las niñas. (Ver figura 17).

Figura 17 Distribución porcentual de la pregunta “¿Si te pusieras gordito(a) como te sentirías?: por sexo.



La siguiente figura muestra que el 54% de los(as) participantes respondió que les gustaría “quedarse como están (con su cuerpo)”, con un 55% los niños vs el 53% de las niñas. El 35% de la muestra total mencionó que les gustaría “bajar de peso”, con un mayor porcentaje las niñas (36%) vs el 33% de los niños. Es importante mencionar que el 13% del total de niños respondió que les gustaría “subir de peso” vs 9% de las niñas (ver figura 18).

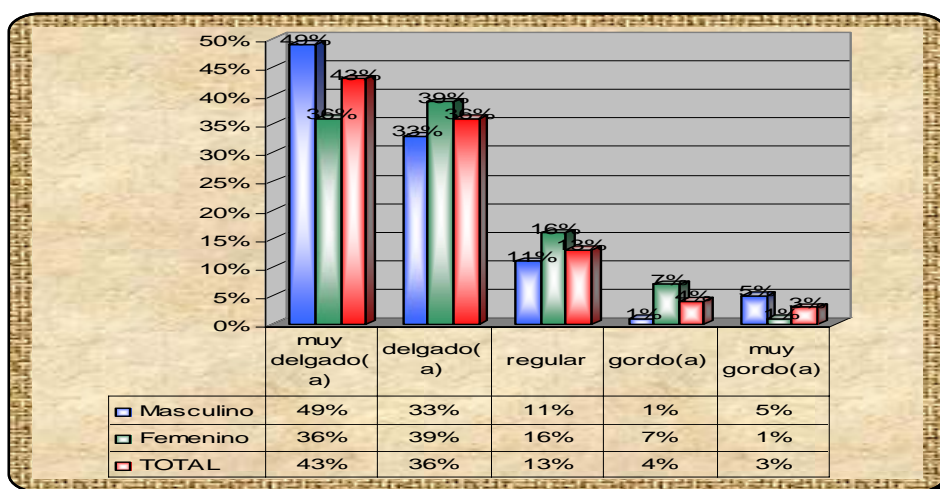
Figura 18 Distribución porcentual de la pregunta “¿Te gustaría?” por sexo



ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL

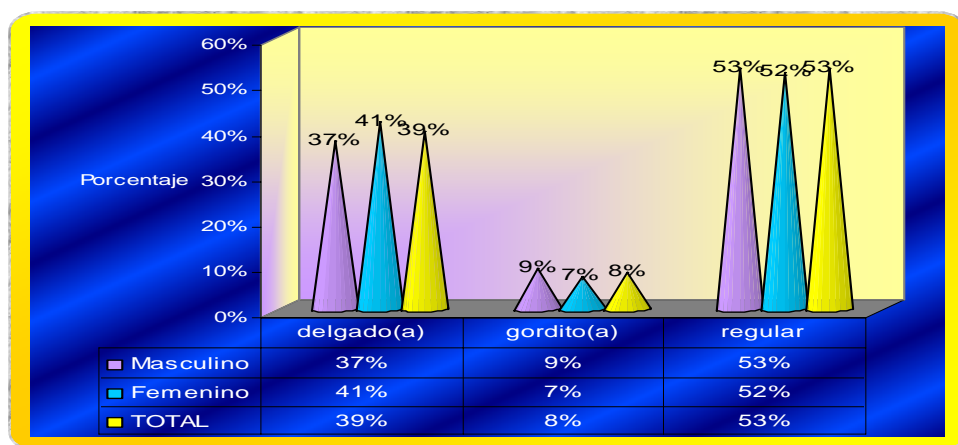
Como se muestra en la figura 19, el 43% del total de los(as) participantes escogió una figura “muy delgada”, con un porcentaje mayor los niños (49%) vs el 36% de las niñas. El 36% del total de los(as) participantes escogió una figura “delgada”, con un porcentaje mayor las niñas (39%) vs 33% de los niños. El 3% de la muestra total de participantes prefirió una silueta con “sobrepeso”, con un porcentaje mayor los niños (5%) vs el 1% de las niñas.

Figura 19. Distribución porcentual de la pregunta “Me gustaría que mi cuerpo fuera como: por sexo.



En la siguiente figura se muestra el porcentaje de respuestas al preguntar ¿Y tu como crees que estás?, en donde el 53% de los niños escogieron una figura “regular” vs el 52% de las niñas. El 39% de la muestra total de los (as) participantes escogió una figura “delgada”, con un porcentaje mayor las niñas con el 41% vs el 37% de los niños. El 9% del total de los niños escogió la silueta de un niño “gordito” vs el 7% de las niñas. (Ver figura 20).

Figura 20. Distribución porcentual de la pregunta ¿Y tu como crees que estas? por sexo.



CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la edad preescolar el autoconcepto es momento de implantación y consolidación del yo, seguido de los comienzos de la expansión del sí mismo. El yo está poniendo sus cimientos, cualquier desajuste o problema que se produzca en este momento puede tener consecuencias negativas en el adulto del mañana (Villa y Auzmendi, 1999). Es por ello que en el presente trabajo se inició la construcción de una escala de autoconcepto infantil en niños de edad preescolar; en algunos estudios se ha observado que el autoconcepto es afectado o beneficiado por diversos factores como; conducta social (Fernández y Garaigordobil, 2004), creatividad (Franco, 2006), diferencias culturales (Valdez, *et al* 2005), inteligencia emocional (Matalinares, *et al.* 2006), obesidad (Remesal, 2008), entre otras. En el presente trabajo se consideraron aquellos relacionados con la actitud hacia la obesidad, la preocupación por el peso, deseo de una figura ideal delgada e insatisfacción de la imagen corporal, ya que son factores de riesgo en trastornos de conducta alimentaria (Gómez-Péresmitre, 2001).

Para cumplir con este propósito se inició la construcción de una escala de autoconcepto infantil para la cual se obtuvo validez factorial (Análisis Factorial con rotación Varimax) del cual se obtuvieron 4 factores (comportamiento I, comportamiento II, apariencia física y social, autoimagen) que explican el 57% de la varianza total de la escala) y confiabilidad coeficiente de consistencia interna de Cronbach (Alpha = 0.76).

Con los resultados obtenidos podemos concluir que para elevar la validez y confiabilidad se requiere de un equilibrio en el número de ítems para cada una de las dimensiones de la EAI, la modificación de imágenes buscando mayor claridad para los(as) participantes principalmente en los 17 ítems que no lograron discriminar, replicar el estudio con un mayor número de participantes, la aplicación de la EAI en el mismo escenario; cabe mencionar que este estudio se llevó a cabo en dos escenarios diferentes y esto pudo interferir en los resultados. Esta serie de modificaciones en la investigación podría generar mayor número de dimensiones en la EAI y así medir un autoconcepto global para niños(as) de edad preescolar.

Con el objetivo de describir la actitud (positiva y negativa) hacia la obesidad, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, deseo de una figura ideal, además de establecer relación entre éstas, se

utilizó el “Cuestionario de alimentación y salud” (Téllez, 2002), en donde al preguntar “¿Te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)?”, se encontró que a la mayoría no les gustan, siendo más evidente entre las niñas, lo cual resulta ser comprensible, pues en el caso de las mujeres existe un bombardeo muy fuerte, referente a la cultura de la delgadez, en el caso de los hombres existe exigencia como tal, pero es obvio que no es con la misma intensidad. Como lo mencionan Álvarez, Mancilla y Vásquez, (2002) la idealización de la “delgadez” hace que las mujeres de nuestro tiempo refieran, conscientemente o no, a un modelo que asumen o rechazan, pero que a menudo suele alterar profundamente su psiquismo, especialmente en las más jóvenes.

Es por ello que no debería sorprendernos que encontremos en las niñas de esta edad este tipo de respuestas. Cuando se les preguntó ¿por qué sí /no te gustan los(as) niños(as) gorditos(as)?, altos porcentajes de niños y niñas dieron respuestas negativas (no me gustan, son feos(as), se cansan rápido, estorban, empujan), un bajo porcentaje de respuestas positivas (son lindos(as), me caen bien), este tipo de respuestas dadas en niños(as) que refirieron ser sus amigos de juego, por lo cual podría estar relacionada una parte afectiva al no responder de manera negativa, resultados similares reportan Téllez (2002) y Badillo (2004). Es relevante destacar que fueron las niñas quienes tuvieron mayor porcentaje de respuestas negativas. En la pregunta “Te gustaría” un poco más de la mitad de los(as) niño(as) respondió que les gustaría “quedarse como están” con porcentaje mayor los niños. Una tercera parte de los(as) niños(as) contestaron que les gustaría “bajar de peso”, cabe destacar que el porcentaje más alto fue el de las niñas. Esto reafirma la idea de que son las mujeres quienes están más preocupadas por su peso, a partir de un ideal de belleza impuesto por la sociedad pues los niños tuvieron un alto porcentaje en comparación con las niñas respondiendo que les gustaría “subir de peso”; este dato muestra lo afirmado por Vera, 1998 menciona que el ideal que nos lanzan (medios de comunicación, cultura, familia) está claro para todos, el cuerpo perfecto es en la mujer el cuerpo “tubular”, esto es, caderas, nalgas, cintura y barriga mínimas, pero un pecho generoso. En el caso del hombre, esto cambia un poco, también él tiene que estar delgado (nada de grasa) pero sí fuerte y musculoso. En estudios previos con niños de edad preescolar, Téllez (2002) y Badillo (2004) encontraron que los niños independientemente de su sexo tienen una actitud negativa hacia la obesidad,

ya que también manifestaron desagrado por los niños(as) gorditos(as), respondiendo de manera negativa como: “feo”, “mal” y “triste”.

Cabe destacar que al preguntar “los(as) niños(as) que tienen más amigos(as) son:” la mayoría de los(as) niños(as) respondió que los(as) delgados(as) y un porcentaje menor que los(as) niños(as) gordos(as). La sociedad actual manifiesta una aceptación total a las personas delgadas, es lógico que los(as) niños(as) a esta edad prefieran relacionarse con niños(as) delgados, siendo los(as) niños(as) gorditos(as), objetos de discriminación por parte de sus pares.

Se reafirma lo anterior con las respuestas dadas por los niños(as) a la pregunta “¿y a ti cómo te gusta que sean tus amiguitos(as)?”, poco más de la mitad de los(as) participantes mencionaron que les gustan “delgados(as)”, destacando las niñas, aunque otro porcentaje respondió, en su mayoría niños, que les gustan con una figura “regular”.

La presión social contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los seis años de edad los niños ya la han interiorizado. A esta corta edad se ha observado que los niños atribuyen características positivas como: “bueno”, “muchos amigos”, “feliz”, “educado”, etc., a una figura humana delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como “peleas”, “trampa”, “perezoso”, “sucio”, etc., a una figura robusta o gruesa (Kirkpatrick y Sanders, 1978 citados en Toro, 1996). En otro estudio realizado por Gómez-Peresmitré (2001) en niños y niñas de 6 a 9 años, pre-púberes se encontró que la actitud hacia la obesidad fue negativa en su mayoría, ya que las respuestas dadas a la pregunta abierta “un niño(a) gordo(a) es...” las respuestas obtenidas se clasificaron en 3 categorías de adjetivos: a) descriptivos (aquellos que describían y no calificaban), b) positivos y c) negativos. Los adjetivos negativos fueron: “una niña gorda es: asquerosa, prieta, tonta y otros similares”, las respuestas dadas fueron en niñas y niños por igual.

Cuando se les preguntó ¿Qué es preferible estar muy gordo(a) o muy flaco(a)?, la mayoría de los niños(as) respondió “muy flaco(a)”, encontrándose un mayor porcentaje entre los niños; éste dato es relevante pues confirma estudios anteriores como los realizados por Téllez (2002) y Badillo (2004) en donde también se encontró que los niños fueron los que tuvieron un mayor porcentaje.

En preguntas como: ¿A los(as) niños(as) les gustan los(as) niños(as)..? y ¿un(a) niño(a) sano(a) es:?, se encontró mayor preferencia en figuras “delgadas” y regulares con una tendencia mayor a las siluetas “delgadas”.

Al obtener los porcentajes de satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal de los niños (figura actual percibida menos figura ideal), los datos mostraron que poco menos de la mitad de los(as) niños(as) se encontraban satisfechos con su figura, con un porcentaje mayor los niños. Una tercera parte de los(as) niños(as) se encontraba insatisfecho pues querían ser más delgados(as) (insatisfacción positiva) con un porcentaje mayor las niñas. Aunque también las niñas deseaban ser más gruesas (insatisfacción negativa) ya que se obtuvieron porcentajes altos en comparación con los niños. Este dato refiere algunos resultados obtenidos por parte de los(as) niños(as) mencionando que los(as) niños(as) obesos(as) son más fuertes o hasta los confunden como niños sanos. Estos hallazgos son congruentes con los resultados encontrados por Acosta y Gómez Peresmitré (2003), Merino, Pombo y Godás (2001), Téllez (2002) y Badillo (2004), quienes encontraron que los niños(as) independientemente de su sexo tienen una ligera insatisfacción porque quieren ser más delgados, pero es relevante destacar que se ha encontrado que hay más mujeres insatisfechas que hombres. La insatisfacción corporal no difiere significativamente si se compara por cultura, la insatisfacción que sufren los hombres es diferente a la de las mujeres, pues la de los primeros se debe a que quieren estar más fornidos, con músculo (no con grasa), mientras que las mujeres quieren estar más delgadas, independientemente del peso real que tengan.

Cuando se preguntó a los(as) niños(as) cómo se sentirían si se pusieran gorditos(as), más de la mitad de los(as) niños(as) respondió de manera negativa como (mal, triste, feo, no me gustaría), con el porcentaje más alto las niñas, esto reafirma el estereotipo generado principalmente por los medios de comunicación, en donde, las mujeres delgadas, son sinónimo de éxito, belleza, etc. Hubo respuestas descriptivas o neutras como (pesado, con la panza llena, me dolería) (no pasa nada, nada) pero con porcentajes muy bajos.

Es crucial la importancia de estos factores de riesgo (actitud hacia la obesidad, preocupación por el peso corporal, satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal, deseo de una figura ideal delgada) pues en edades posteriores podrían desencadenar trastornos de la conducta alimentaria como bulimia, anorexia y obesidad infantil. Pero es relevante no olvidarnos de otros factores como son: alteración de la imagen corporal, factores socioculturales, entre otros. En este estudio se encontró que en cuanto al estilo de alimentación más de la mitad de

los(as) participantes mencionan comer “alimentos nutritivos” y bajos porcentajes “alimentos chatarra” o “ambos”. Cabe mencionar que poco más de la mitad de los(as) participantes afirmaron que existen alimentos que hacen que nos pongamos gorditos(as), además de que eran “alimentos chatarra”; una tercera parte tuvo respuestas que indicaban desconocimiento sobre los alimentos que “nos hacen engordar” así como respuestas incorrectas (mencionando a las frutas y verduras como alimentos que nos hacen engordar).

El conocimiento de una alimentación balanceada, puede evitar este tipo de factores de riesgo (preocupación por el peso, deseo de una figura ideal delgada), aunque resulta imposible llevar acabo una dieta balanceada, pues tanto la publicidad como el entorno social desempeñan un rol fundamental, ya que en su papel de modelos inmediatos, de algún modo han de transmitirles sus preocupaciones principalmente en mujeres. Toro (1996) destaca el juego como parte fundamental del proceso de socialización infantil y, dentro de él, señala la influencia de la muñeca Barbie que tiene sobre el comportamiento alimentario de millones de niñas y del hipermusculado Ken, frecuentando el gimnasio de forma compulsiva.

Es importante señalar la influencia de los modelos establecidos por los medios de comunicación, la existencia de muñecas delgadas como modelos corporales, la aparición de imágenes y artículos que favorecen la pérdida de peso en revistas para adultos y adolescentes, así como la obsesión de algunos padres por mantener un cuerpo esbelto. Generando como consecuencia un autoconcepto influenciado por la imagen corporal, es decir, si se es delgado(a) existe una alta posibilidad de que el autoconcepto sea positivo, por el contrario si se es obeso existe mayor probabilidad de que el autoconcepto sea negativo.

En resumen se concluye que:

- Los niños(as) en edad preescolar mantienen una actitud negativa hacia la obesidad.
- Existen diferencias entre los niños y las niñas con respecto a la actitud hacia la obesidad, siendo más negativa en las niñas.
- Existen diferencias entre los niños y las niñas con respecto deseo de una figura ideal (delgada). Los niños desean una figura mesomorfa (grosso, musculoso), mientras que las niñas una figura delgada.

- Cuando los(as) niños(as) muestran aceptación por sus pares “gorditos” es por que hay un vínculo afectivo.
- Existe desconocimiento en su estilo de alimentación adecuada debido a su edad.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Equilibrar el número de ítems para cada una de las dimensiones en la EAI.
- Modificación de imágenes buscando mayor claridad para los(as) participantes en la EAI.
- Replicar el estudio con un mayor número de participantes.
- Realizar la investigación en el mismo escenario, pues dicho estudio se llevó a cabo en el ámbito escolar y en el hogar de los(as) participantes.
- Relacionar el autoconcepto con la actitud hacia la obesidad mediante instrumentos cuantitativos en niños de edad preescolar.
- Realizar más estudios que midan el autoconcepto en niños(as) de edad preescolar, principalmente en niños con problemas de obesidad y sobrepeso.
- Creación de programas psicoeducativos enfocados a generar audiencias críticas en medios de comunicación que incluyan también perspectivas de género, dirigidos al conocimiento de una alimentación sana, a la reafirmación del autoconcepto positivo en niños de edad preescolar, que permita que niñas y niños se valoren como personas más allá de la imagen corporal.
- Realizar estudios enfocados a comparar el autoconcepto en población de niños(as) obesos(as) y no obesos(as) en edades preescolares.
- Creación de programas de intervención destinados a incrementar la aceptación hacia y la reducción de actitudes negativas en niños preescolares.

REFERENCIAS

- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Acosta, G. M. y Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3(1). 9-21.
- Aguilar, R. M. (2001). *Concepto de sí mismo: familia y escuela*. Madrid: Dykinson.
- Alonso, G. J. y Román, R. J. (2003). *Educación familiar y autoconcepto en niños pequeños*. Pirámide. Madrid: España.
- Álvarez, G., Mancilla, J., López, A., Vázquez, A., Ocampo, T. y López, A. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*, 6(2),22-28.
- Amar, A. J. y Hernández, J. B. (2005). Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. *Psicología desde el caribe*.15, 1-17.
- Amescua, M. J. y Pichardo, M. C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología*, 16(2), 207-214. Recuperado el 30 de noviembre de 2008, de http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/10-16_2.pdf
- Amigo, I., Busto, R., Herrero, J. y Fernández, C. (2008). Actividad física, ocio sedentario, falta de sueño y sobrepeso infantil. *Psicothema*, 20(4), 516-520. Recuperado el 12 de septiembre de 2008, de <http://www.psicothema.com/pdf/3516.pdf>
- Angrilli, A. y Helfal, L. (1984). *Psicología infantil*. México: CECSA.
- Arrollo, A. M.(1995). *La atención del niño preescolar entre la política educativa y la complejidad de la práctica*. México: Fundación SNTE para la cultura del maestro mexicano.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Badillo, T. M. (2004). Relación entre satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad en madres e hijos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ballester, A. R. y Guirado, C. M. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Ballester, A. R. y Guirado, C. M. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 1, 556-562.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: España, Calpe.
- Baron, A. R. y Dyrne, D. (2005). *Psicología social*. España: Prentice Hall
- Barrios, C. A. (2005). Autoconcepto y características familiares de niños resilientes con discapacidad el caso de una población del caribe colombiano. *Investigación y desarrollo*, 13(1), 108-117.
- Behar, A. R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*. 38, (2),119-122.
- Behar, A. R., De la Barrera, M y Michelotti, J. (2001) Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*,129(9),1003-1011.
- Berger, S. K. y Thompson, R.(1997). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Panamericana.
- Bersh, S. (2006). La obesidad aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,35(4), 537-546.

- Bobadilla, M. y Rivera, V. (2003). Factores sociofamiliares que influyen en el inicio de la anorexia y bulimia. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. Universidad Insurgentes: México.
- Borden, G. y Stone, J. (1982). *La comunicación humana*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bravo, R. M., Pérez, H. A. y Plana, B. R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 726-807
- Brody, N. y Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. España. Prentice may.
- Burns, R. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ega
- Cardena, V. y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24(1), 101-111.
- Carrillo, M. (2005). Factores socioculturales en los TCA: no sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2,120-141. Recuperado el 12 de mayo de 2008 en: http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=1382753&orden=62691 negativo.
- Castillo, B. (2006). Sociedad de consumo y trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 321-335. Recuperado el 12 de octubre de 2008, de http://www.tcasevilla.com/archivos/la_sociedad_de_consumo_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria1.pdf
- Cava, J. M. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona, España: Paidós.
- Clauss, G. y Hiebsch, H. (1966). *Psicología del niño escolar*. México: Grigalvo.
- Correa, G. V. (2002). Autoatribución asociada con obesidad, sobrepeso y peso normal en una muestra de estudiantes preadolescentes del sexo masculino. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Costa, F. M. (2000). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Madrid: Nau libres.
- Counts, C.R., Jones, C. Frame, C.L., Jarvie, G.J. y Strauss, C.C. (1986). The perception of obesity by normal-weight versus obese schoolage children. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 113-120.
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall
- Chavarría, A. S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 5(4), 236-240.
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona, España: Masson.
- Escurra, M. L., Delgado, A., Guevara, G., Torres, M., Quezada, J., Morocho, G. y Rivas, J. (2005). Relación entre el autoconcepto de las competencias, las metas académicas y el rendimiento en alumnos universitarios de la ciudad de lima. *Revista de Investigación en psicología*, 8(1). Recuperado el 2 de mayo de 2009, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1420283>
- Espina, A, Asunción, O. M., Ochoa, A. I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*.13(4), 533-538.
- Espina, A. (2003). Trastornos alimentarios y perfiles del MMPI en una muestra española. *The European journal of psychiatry*. (Ed. esp.),17(4), 187-198.
- Espriu, V. R. (1993). *El niño y la creatividad*. México: Trillas.
- Estrada, D. (1997). Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología: UNAM.
- Amigo, V. I y Fernandez, R. C. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. y Garaigordobil, M. (2004). Relaciones de la socialización con inteligencia, autoconcepto y otros rasgos de la personalidad en niños de 6 años. *Anales de Psicología*. 22(2), 153-169.

- Fitts, W. (1965). Tennessee self-concept scale manual. Nashville, Tennessee Department of mental Health.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. U. S. A: Addison-Wheesley Publishing Company.
- Flores, A. y Ávila, O. (2007). Obesidad en niños atendidos en una institución de seguridad social. *Revista Mexicana de Pediatría*, 74(3), 101-105.
- Franco, J. (2006). Relación entre las variables autoconcepto y creatividad en una muestra de alumnos de educación infantil. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8(2). Recuperado el 17 de Julio de 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-franco.html>.
- García-Camba, M. E. (2002). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona. España: Masson.
- Gesell, L. A. (1975). *El niño de 1 a 5 años*. Argentina: Paidós.
- Goodman, J.I., Richardson, S.A., Dornbusch, S.M. y Hastorf, A.H. (1963). Variet reactions to physical disabilities. *American Sociological Review*, 28, 429-435.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaría en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaría en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1), 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de Riesgo en Desordenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-Atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaría: teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Ponencia 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México. D. F.
- Gómez-Peresmitré, G. (2002). Percepción de la relación materna y autoatribución como factores de riesgo en trastornos alimentarios, un estudio transcultural México / España. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*.
- González, C. M. y Tournon, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar*. Pamplona. Nau libris.
- Gorostegui, E. M. y Dörr, A. (2005). Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de educación general básica (EGB) (1992-2003). *Psyche*, 14(1), 151-163. Recuperado el 24 de noviembre de 2008, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100012&script=sci_arttext
- Guevara, C. (2007). Autoconcepto en niños con leucemia. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Guzmán, L. (2002) Factores de riesgo asociados con la imagen corporal: autoestima y autoatribución en preadolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Hendrick, J. (1990). *Educación infantil, dimensión física, afectiva y social*. Barcelona. España. Ceac.

- Hewston, M., Strobe, W., Codol, J. y Stephenson, M. (1994). *Introducción a la Psicología social: una perspectiva europea*. España: Ariel.
- Ibáñez, N., Muñoz, D., Ortega, M. y Soriano, J. (2006). Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 386-422. Recuperado el 14 de diciembre de 2008 en: http://www.tcasevilla.com/archivos/vinculo_parental_en_patologia_alimentaria_y_tlp_asociado.pdf.
- Islas, L. y Peguero, M. (2006). Boletín de práctica médica efectiva. *Secretaría de Salud Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 21 de febrero de 2008 en <http://www.insp.mx/nls/bpme>
- Jáuregui, L. I. (2006). Gordos, obesos y obsesos. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 295-320.
- Jiménez, M. (2006). Cuando Barbie se come a Gardfield. Publicidad y alimentación: niños obesos buscando la perfección del cuerpo adulto. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 3, 245-263. Recuperado el 15 de marzo de 2008 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=1987877>.
- Jiménez, V y Oviedo, V (2003). Relación entre satisfacción con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres preadolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kaufman, G. (2005). *Como enseñar autoestima*. México: Pax.
- Laguna, A. (2005). Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13(4), 197-202.
- Lane, A. H. y Beauchamp, M. (1985). *Comprensión del desarrollo humano*. México: Pax.
- Latner, J. D. y Stunkard, A.:J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obese research*, 11, 452-456.
- La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1991). Evaluación del Autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 23 (1).
- Larsen, J. R. y Buss, M. D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: McGraw Hill.
- Lebow, M. (1986). *Obesidad Infantil: una nueva frontera de la terapia conductual*". Buenos Aires: Paidós.
- Lefrancois, G. R. (2001). *El ciclo de la vida*. México: International Thomson Editores.
- León, B. B., Felipe, C. E., Gómez, C. T., Gozalo, D. M. y Latas, P. C. (2007). Socialización y autoconcepto en una muestra de alumnos marroquíes. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 53-65.
- López, E. A (2007). Análisis experimental de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 258-263. Recuperado el 12 de noviembre de 2008 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723212.pdf>.
- López, E. A. y Martínez, H. (2002). ¿Qué es hambre?. Una aproximación conceptual y una propuesta experimental. *Investigación en Salud*, 4(1).
- López, E. y Schnitzler, E. (1983). *Factores emocionales y rendimiento escolar*. Buenos Aires: Paidós.
- López, S. F., González, M. J. y Tárreaga, E. B. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: uso del Mini-Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario. *Psiquis*, 24(5), 236-244.
- Lugli-rivero, Z y Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud pública de México*, 43(1), 09-16. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n1/a02v43n1.pdf>
- Luna, S. (2005). Estereotipos de la publicidad televisiva, imagen corporal y autoatribución de mujeres y hombres universitarios. Un análisis desde la perspectiva de género. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.

- Maier, H. W. (1969). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Machargo, J. S. (1991). *El profesor y el autoconcepto*. Madrid: Escuela Española.
- Mancilla, D. J. y Gómez-pérezmitrè, G. (2001). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno.
- Mancilla, D. J., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G., López, A. X. y Román, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-48.
- Martínez, M. E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M. J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias culturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 20(2), 51-65.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso, S. C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15(2), 145-158. Recuperado el 14 de abril de 2009, de <http://www.adicciones.es/files/Busqueda%20sensaciones.pdf>.
- Matalinares, C. M., Arenas, I. C., Dioses, C. A., Muratta, E. R., Pareja, F. C., Díaz, G., García, N. C., Diego, C. M. y Chávez, Z. J. (2006). Inteligencia emocional y autoconcepto en colegiales de lima metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 8(2), 41-55. Recuperado el 27 de marzo de 2009, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a04.pdf
- Medina-Mora, M. E. (1982). Prevalencia de trastornos emocionales y factores de riesgo en diferentes poblaciones. *Memoria de la I reunión sobre investigación y enseñanza*: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Mendoza, P. A. (2007). Climaterio e histerectomía un estudio comparativo sobre el climaterio en mujeres. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Merino, M. H., Pombo, M. G. y Godás, O. A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545. Recuperado el 15 de mayo de 2008, de <http://www.psicothema.com/pdf/476.pdf>
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva: infancia y juventud*. Barcelona. España: Herder.
- Miras, M. (1991). Educación y desarrollo. *Infancia y aprendizaje*. 34, 3-17.
- Moliní, D. M. (2006). Repercusiones de la comida rápida en la sociedad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 6, 635-659. Recuperado el 25 de febrero de 2008, de http://www.tcasevilla.com/archivos/repercusiones_de_la_comida_rapida_en_la_sociedad.pdf
- Moraleda, M. (1999). *Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega.
- Morales, D. F., Gaviria, E. Moya, M. Y Cuadrado, I. (2007). *Psicología social*. México: McGrawHill.
- Morales, M. y Quezada, E. (2001). Influencia de la música en el desarrollo psicomotor del niño en edad preescolar. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Moreno, E. B., Monereo, M. S, Álvarez, H. J. (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Moscovici, S. (1993). *Psicología social II: Pensamiento y vida social*. Barcelona, España: Paidós.
- Mujina, V. (1975). *Psicología de la edad preescolar: Un manual completo para comprender y enseñar al niño desde que nace hasta los 7 años*. Madrid: Pablo de Río.

- Mussen, H. P., Conger, J. J. y Kagan, J. (1975). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Myers, G. D. (2000). *Psicología social*. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.
- Naranjo, P. M. (2006). El autoconcepto positivo; un objetivo de la orientación y la educación. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 6 (1) ISSN 1409-4703.
- Navarrete, M. E. (2007). Los patrones de crianza y su influencia en el desarrollo del autoconcepto y autoestima positivos en el niño. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala: UNAM.
- Norma oficial mexicana NOM-008-SSA2 (1993). Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Recuperado el 13 marzo de 2009. <http://www.colpos.mx/bancodenormas/noficiales/NOM-008-SSA2-1993.PDF>
- Ochoa, E., Puente, M. y Grana, J. (1990). Trastornos de la alimentación. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 2, 726-807.
- Ontoria, P. A., Domingo, L., P. Martín, G. O., Molina, R. A. y Sendeño, M. M. (1993). *Educación el autoconcepto en el aula*. España: Servicio de publicación de universidad de Córdoba.
- Oñate, P. M. (1989). *El autoconcepto: formación, medida e implicaciones de la personalidad*. Madrid: Narcea.
- Oñate, P. M., Rasilla, G., Fernández, G. A. y Saiz, R. C. (2006). Panorámica del autoconcepto y sus implicaciones educativas. *Revista de Orientación Educativa*, 20(38),79-89.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, B. M. Apodaca, U. P. Etxebarria, B. I., Fuentes, R. M. y López, S. F. (2008). Predictores familiares de la internalización moral en la infancia. *Psichotema*, 20(4),712-717. Recuperado 31 de octubre de 2008 en <http://www.psichotema.es/pdf/3545.pdf>.
- Ovejero, B. A. (1998). *Las relaciones humanas psicología social: teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Palazzoli, S. M., Cirilo, S., Selvini, M. y Sorretino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: España: Paídos.
- Papalia, E. D. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Paz, B.M. (2000). *Déficit de autoestima*. Madrid, España: Pirámide.
- Pherlman. D.y Cozby, P. C. (1989). *Psicología social*. México: McGraw Hill.
- Piaget, J. (1975). *Seis estudios de psicología*. México: Seix Banal
- Piers, H. E. (1984). The Piers Harris Children's Self Concept Scale (The way I feel about myself.) Revised manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ponce, L. C., Montejó, L. M., Llorente, L., Del Valle, P. y Scigliano, R. (1993). Relación entre trastorno por angustia y anorexia nerviosa: un estudio preliminar con marcadores genéticos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20(1), 3-8.
- Quiroz, P. A. (2004). *Actitudes y representaciones: temas actuales de psicología social*. México: Benemèrita Universidad de Puebla.
- Raich, E. R. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid. España: Pirámide.
- Ramos, C. A. (1995). *Obesidad: conceptos actuales*. México: Pagina Electrónica.

- Remesal, C. R. (2008). Desarrollo evolutivo, personalidad y nivel de adaptación de un grupo de menores obesos. *Apuntes de psicología*, 26(3), 411-426. Recuperado el 25 de marzo de 2009 en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026_3_2.pdf.
- Ramírez, S. M. y Herrera, C. F. (2002). El autoconcepto. *Eúphoros*, 5, 173-18. Recuperado el 4 de septiembre de 2008 en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=6432&clave_busqueda=111456.
- Rappoport, L. (1972). La personalidad de los 0 a los 6 años: el niño pequeño y el preescolar. Barcelona. España: Paidós.
- Reeve, J. (2004). Motivación y emoción. México: McGraw Hill.
- Restrepo, E. H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Madrid. España: Pan American Health.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Rodríguez, A. (1976). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Rodríguez, P. D. (2007). La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la "histeria" como elementos de trasgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 6, 678-695.
- Rodríguez, R. R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Investigación en salud*, 8,(2), 95-98. Recuperado el 15 de enero de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14280207.pdf>
- Rojó, M. L. y Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Rubio, V. (2003). Relación entre autoestima e imagen corporal. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología: UNAM.
- Salazar, M. J. (1980). *Psicología social*. México: Trillas.
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona. España: Martínez Roca.
- Saloma, G. S. (2000). Actitud hacia la obesidad en niños y niñas de escuelas públicas y privadas y su relación con el índice nutricional y preocupación por el peso corporal. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- San Martín, H. (1992). Tratado general de la salud en las sociedades humanas. México: La prensa médica mexicana.
- Santrock, W. J. (2003). *Infancia*. Madrid. España: McGrawHill.
- Saucedo, T. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis de Doctorado de Psicología. Inédita. Facultad de Psicología UNAM.
- Saucedo-Molina, T. J. y Gómez-Péresmitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- Saucedo-Molina, T. J. y Gómez Péresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32(2), 67-74.
- Schneider, J. D. (1982) *Percepción personal*. Bogotá. Colombia: Fondo Educativo Interamericano.
- Sesma, C. R. (1999). El desarrollo de la autoestima en niños de edad preescolar y escolar. Tesina de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, UNAM.
- Shaffer, R. D. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México. Thompson.

- Sierra, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 1,(1). Recuperado el 8 de Agosto de 2008 en www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67910108.
- Soriano, D. (2008). El autoconcepto en estudiantes de la facultad de psicología de la UNAM: una comparación entre las diferentes áreas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Summers, G. F. Medición de las actitudes. México: Trillas.
- Téllez, G. M. (2002). *Imagen corporal en niños preescolares mexicanos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Terris, M. (1999). Conceptos de promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *En Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*, "Promoción de la Salud: una antología" 22-78. Washington, DC, EUA.
- Thomas, J. J., Keel, K. P. y Heatherton, F. T. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *International Journal Eating Disorders*, 38(3), 263-268.
- Tomas, M. J. y Oliver, A. (2004). Análisis Psicométrico confirmatorio de una medida multidimensional del autoconcepto en español. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 285-293. Recuperado el 15 de marzo de 2008, en <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03830.pdf>
- Toro, J (1996). *El Cuerpo como delito: anorexia, bulimia; cultura y sociedad*. Barcelona. España: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona. España: Ariel.
- Toro, J. Y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.
- Turró, D.R. (1912). *Orígenes del conocimiento: el hambre*. Barcelona: Minerva
- Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Unikel, S. C. Y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1), 141-151
- Valdez, M. J., Mondragón, A. J. y Morelato, S. G. (2005). El autoconcepto en niños mexicanos y argentinos. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 253-258.
- Vargas, L. A. Y Casillas, E. L. (1999). Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. En García, V. M. (Eds.) *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp.131-45). Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y sanitaria, Las palmas de Gran Canaria, España: ICEPSS.
- Vásquez, V. V.(2006). *Obesidad con trastorno por atracón y sin trastorno: uso del Eating Disorder Inventory (EDI)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Vásquez, R.,Álvarez, G., Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales, en población mexicana. *Salud Mental: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. 23(6), pp. 18-24. .
- Vásquez, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, Pirámide
- Vera, G. M. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía?. *Psicothema*, 10(1),111-125.
- Vidals, A. (2005). Autoconcepto, locus de control y rendimiento académico en estudiantes de segundo semestre de la facultad de psicología. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Viguer, P. y Serra, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Anales de Psicología*,12 (2), 197-205.

- Villa, S. A. y Auzmendi, E. E. (1999). *Desarrollo y evaluación del autoconcepto en la edad infantil*. Bilbao: mensajero.
- Vizmanos, B., Hunot, C. y Capdevila, F. (2006). Alimentación y obesidad. *Investigación en Salud*. 8, (2), 79-85.
- Wechsler, D. (1967). Escala de inteligencia Wechsler para Adultos-III (WAIS-III).
- Proana y Mía (2008). Recuperado el 12 de diciembre de 2008 en: <http://pro-anaymia.blogspot.com/> belen en 5:17

ANEXOS



ANEXO 1-A
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Nombre: _____

Edad: _____ Grupo _____ Fecha: _____

Te voy a enseñar unos dibujos, míralos bien y luego te voy a preguntar cómo crees que eres tú. Es importante que sepas que no tienes que ser igualito a ellos, puedes mencionar a cuál de estos dibujos crees que te pareces más. Por ejemplo...



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3
(Continuación Anexo 1-A)



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6



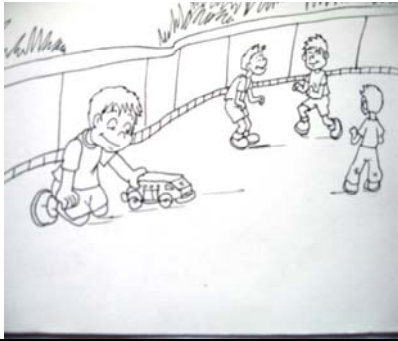
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(Continuación Anexo 1-A)

7



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9

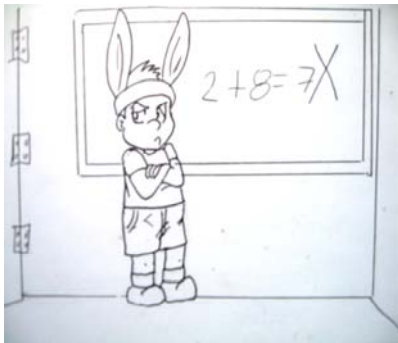


1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(Continuación Anexo 1-A)

11



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



ANEXO 1-B
**UNIVERSIDAD NACIONAL
 AUTÓNOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Nombre: _____

Edad: _____ Grupo _____ Fecha: _____

Te voy a enseñar unos dibujos, míralos bien y luego te voy a preguntar cómo crees que eres tú. Es importante que sepas que no tienes que ser igualito a ellos, puedes mencionar a cuál de estos dibujos crees que te pareces más. Por ejemplo...



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



2

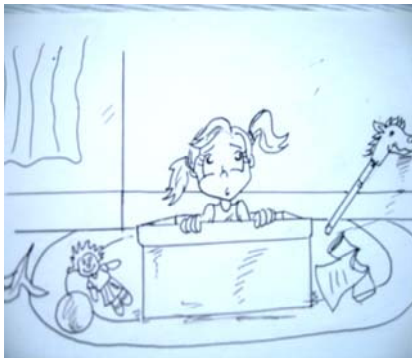


1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



(Continuación Anexo 1-B)

3



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



5



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



6



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



(Continuación Anexo 1-B)

7



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(Continuación Anexo 1-B)

11



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO 2-A

Número: _____
Peso: _____
Estatura: _____
Fecha: _____
Hora: _____

GUIA ENTREVISTA

Nombre: _____

Edad: _____ Grupo: _____

1.-¿Con quién vives, con tu Mamá y Papá, con tu Mamá solamente, con tu Papá o con tus abuelitos?

2.-¿Oye y tienes hermanitos(as)?

3.-¿Cuántos? _____

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

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

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

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

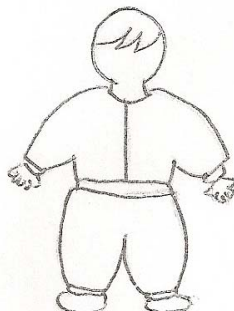
8.-¿Te gustan los niños gorditos? SI NO

9.-¿Por qué? _____

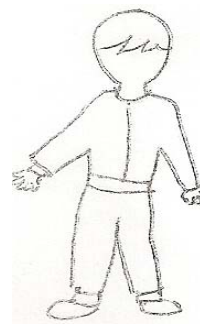
10.-¿Y tú cómo crees que estás?



Delgado



Gordito



Regular

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

12.-¿Por qué? _____

13.-Te gustaría:

Subir de peso

Bajar de peso

O quedarte como estás

14.-¿Tienes un amigo gordito? _____

15.- ¿Qué piensas de él? _____

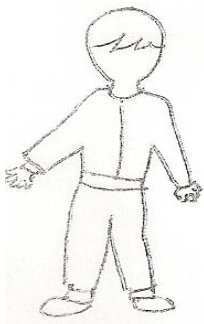
16.-¿Te gusta como esta tu cuerpo? _____

17.-¿Por qué crees que hay niños gorditos? _____

18.-¿Oye cómo te gusta que sean tus amiguitas(os)?

Continuación Anexo 2-A)

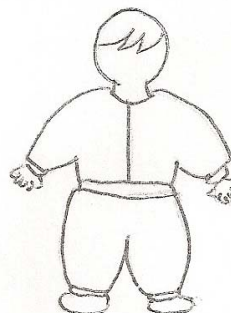
19.-¿A cuál de estos niños cree tu mamá que tú te pareces?



Regular



Delgado



Gordo

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



Delgadas



Gordas

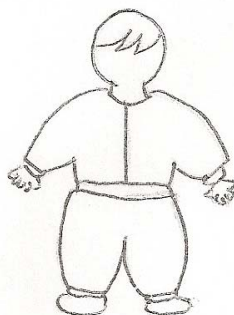


Regulares

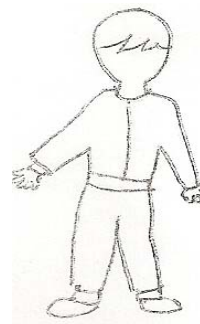
21.-¿A tú maestra le gustan los niños?



Delgados

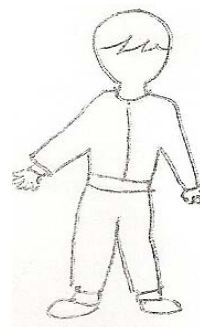
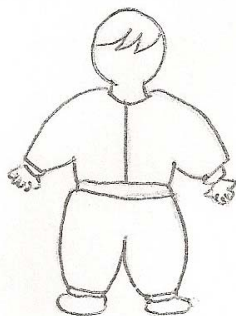


Gordos



Regulares

22.-¿Un niño sano es?



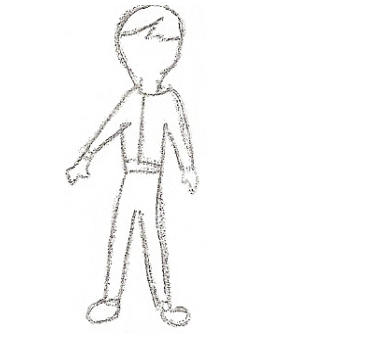
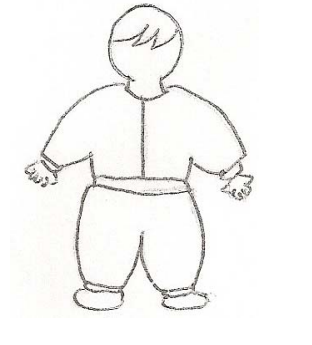
Gordo

Delgado

Regular

Continuación Anexo 2-A)

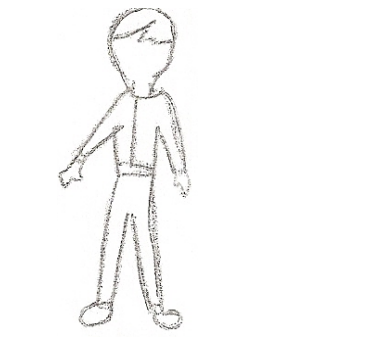
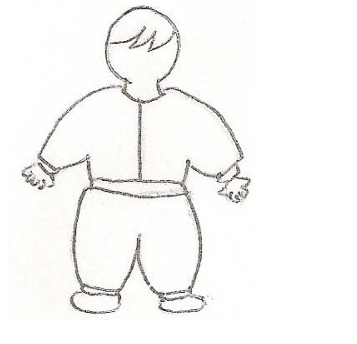
23.-¿Los niños que tienen más amigos son: ?



Gordos

Delgados

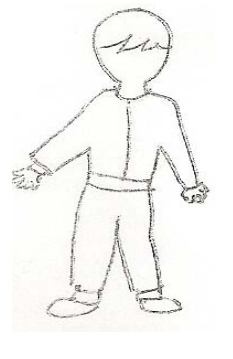
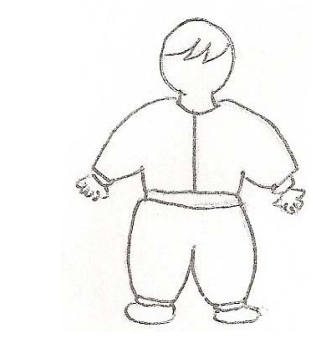
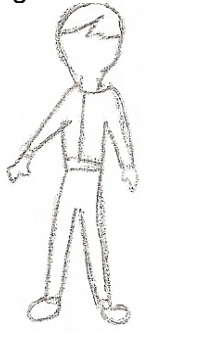
24.-¿Qué es preferible estar muy gordo o muy flaco?



Gordo

Flaco

25.-¿Mis amigos me ven?

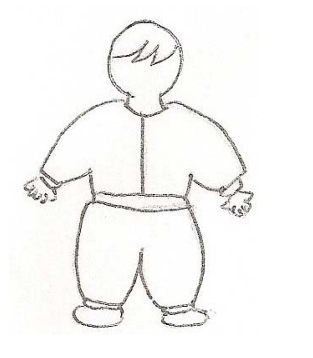
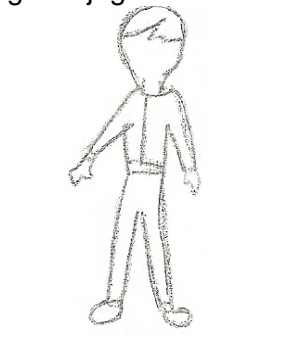


Flaco

Gordo

Regular

26.-¿A ti te gusta jugar con niños?



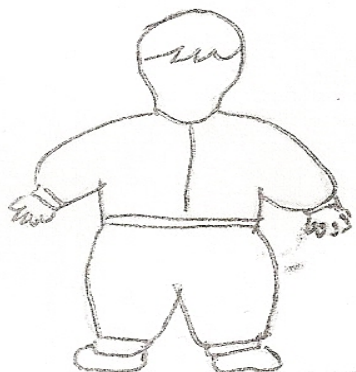
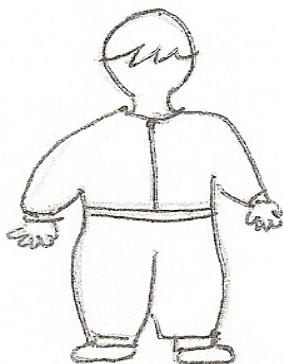
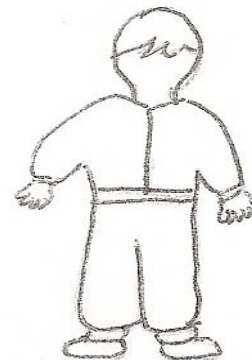
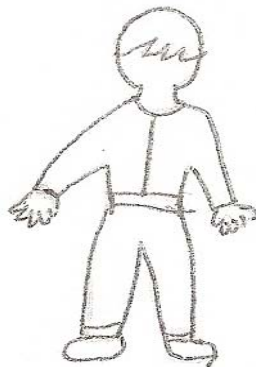
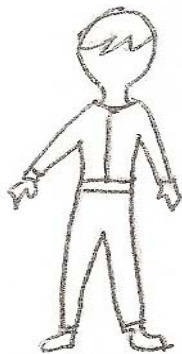
Flacos

Gordos

Continuación Anexo 2-A)

27.-Observa con cuidado los siguientes dibujos de niñas, **elige solo una. Escoge el dibujo que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X(o tache).**

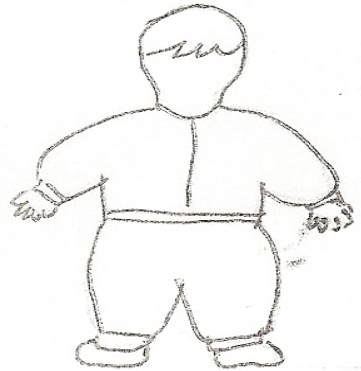
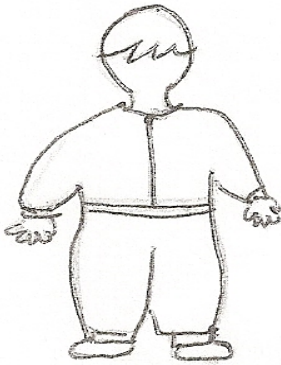
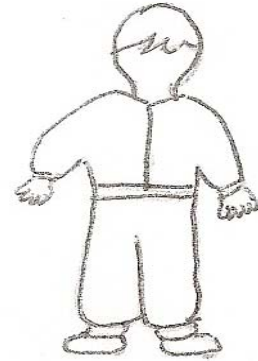
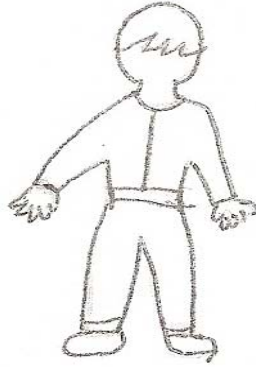
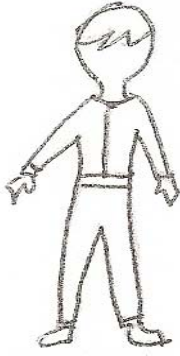
Mi cuerpo se parece más a:



Continuación Anexo 2-A)

28.-Observa con cuidado los siguientes dibujos de niñas, **elige solo una. Escoge el dibujo que más te gustaría tener y marca con una X(o tache).**

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



ANEXO 2-B

Número: _____
Peso: _____
Estatura: _____
Fecha: _____
Hora: _____

GUIA ENTREVISTA

Nombre: _____
Edad: _____ Grupo: _____

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

2.-¿Oye y tienes hermanitos(as)?

3.-¿Cuántos?

4.-¿Cuéntame tú eres la primera, la última o cual?

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

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

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

8.-¿Te gustan las niñas gorditas?

SI

NO

9.-¿Por qué?

10.-¿Y tú cómo crees que estás?



Delgada



Gordita



Regular

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

12.-¿Por qué?

13.-Te gustaría:

Subir de peso

Bajar de peso

O quedarte como estás

14.-¿Tienes una amiga gordita?

15.- ¿Qué piensas de ella?

16.-¿Te gusta como esta tu cuerpo?

17.-¿Porqué crees que hay niñas gorditas?

18.-¿Oye como te gusta que sean tus amiguitas(os)?

Continuación Anexo 2-B)

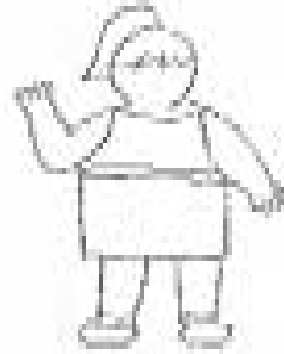
19.-¿A cual de estas niñas cree tu mamá que tú te pareces?



Regular

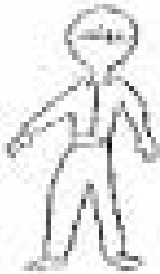


Delgada

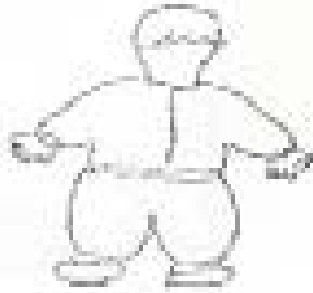


Gorda

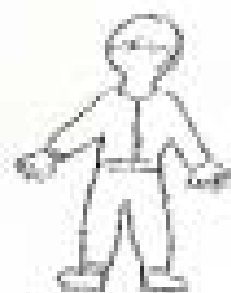
28.-¿A las niñas les gustan los niños?



Delgados



Gordos



Regulares

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



Delgadas



Gordas



Regulares

Continuación Anexo 2-B)

22.-¿Una niña sana es?



Gorda

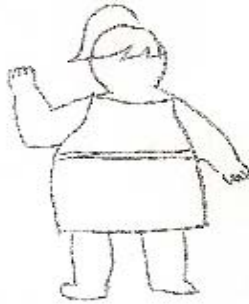


Delgada



Regular

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

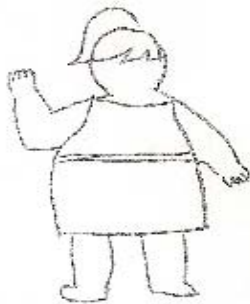


Gordas



Delgadas

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



Gorda

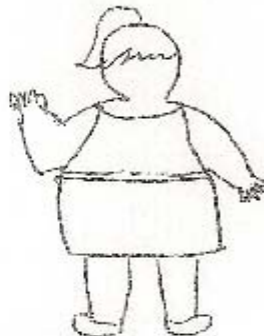


Flaca

25.-¿Mis amigas me ven?



Flaca



Gorda



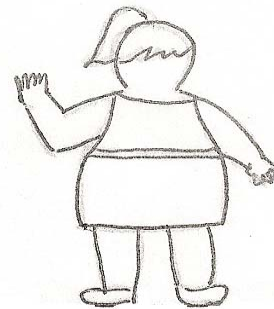
Regular

Continuación Anexo 2-B)

26.-¿A ti te gusta jugar con niñas?



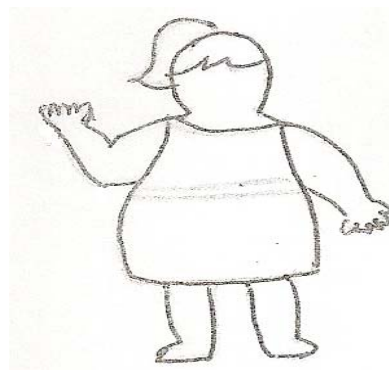
Flacas



Gordas

27.-Observa con cuidado los siguientes dibujos de niñas, **elige solo una. Escoge el dibujo que más se parezca a tu cuerpo** y marca con una **X(o tache)**.

Mi cuerpo se parece más a:



Continuación Anexo 2-B)

28.-Observa con cuidado los siguientes dibujos de niñas, **elige solo una. Escoge el dibujo que más te gustaría tener y marca con una X(o tache).**

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:

