

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TESIS

**ANSIEDAD DE LA MADRE COMO FACTOR DE RIESGO EN
LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HIJO**

Zambrano Guerrero Mauricio

DIRECTORA DE TESIS

Dr. Gilda Gómez Pérez-Mitré



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.

INDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	5
1.2. Anorexia nervosa	6
1.3. Bulimia nervosa	14
1.4. Obesidad	21
1.5. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	27
1.6. Los trastornos de la conducta alimentaria según el sexo (femenino-masculino)	28
CAPITULO 2: LA SALUD, LA PREVENCIÓN Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	29
2.2. Proceso de salud – enfermedad	29
2.3. Prevención	31
2.4. Factores de riesgo	33
2.5. Conducta alimentaria	36
CAPITULO 3: DESARROLLO: FÍSICO, COGNITIVO Y EMOCIONAL EN LA PREADOLESCENCIA.....	43
3.2. Cambios físicos	43
3.3. Desarrollo cognoscitivo	47
3.4. Desarrollo afectivo	54
3.5. Socialización y familia	59

CAPITULO 4: RELACIÓN MATERNA.....	60
4.2. Diferencias sexuales dentro de la relación madre-hijo(a).....	64
CAPITULO 5: ANSIEDAD	66
5.2. La ansiedad en la nutrición de los preadolescentes.....	70
5.3. La madre ansiosa y su relación con el alimento	73
CAPITULO 6: PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	78
6.2. Problema general	78
6.3. Problema específico.....	78
6.4. Hipótesis	78
6.5. Definición de variables.....	79
6.6. Definición conceptual	79
6.7. Definición operacional	81
CAPITULO 7: MÉTODO	82
7.2. Diseño de investigación	82
7.3. Muestra	82
7.4. Participantes	82
7.5. Criterios de inclusión	82
7.6. Instrumentos y aparatos	83
7.7. Procedimiento	89
7.8. Análisis de datos	89
CAPITULO 8: RESULTADOS	90
8.2. Descripción de la muestra	90
8.3. Descripción de las variables de interés.....	93
8.4. Análisis de correlación	104

CAPITULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	109
CAPITULO 10: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	113
REFERENCIAS	114
ANEXO.....	123

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar si existe relación entre el nivel de ansiedad de rasgo de la madre con: el nivel de ansiedad, la percepción de la relación materna, el índice nutricional y la conducta alimentaria de riesgo de los hijos(as). Se trabajó con una muestra total no probabilística de N=143, de madres e hijos, hombres y mujeres. Las madres con hijos(as) de 9 a 12 años de primaria, contestaron el inventario de ansiedad rasgo (IDARE), y sus hijos(as) el cuestionario de autoevaluación ansiedad rasgo en niños (STAIC), así como el cuestionario de alimentación y salud versión XX y XY para preadolescentes que mide conducta alimentaria de riesgo y la percepción de la relación materna. Por último se registraron las medidas antropométricas para obtener el índice nutricional (IN). El análisis de los resultados se llevó a cabo con la aplicación de la estadística descriptiva (para la descripción de la muestra) e inferencial, para el análisis de correlación y comparación de grupos. Entre los principales resultados se encontró que, en el caso de las niñas no se correlacionaron significativamente la ansiedad de la madre con los resultados de las variables de las hijas. Por otra parte, resultó interesante encontrar, que entre los niños las variables de ansiedad ($\rho = 0.35$, $p = 0.00$) e índice nutricional ($\rho = 0.41$, $p = 0.00$) mostraron una relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad de su madre. Se concluyó que este hallazgo señala que la ansiedad de la madre afecta a los hijos pero no a las hijas y se subrayó la relación que dicha influencia mostró con el índice nutricional y con esto con la conducta alimentaria de los hijos varones. Finalmente, se hizo ver la necesidad de mayor investigación para fundamentar estos resultados.

Este proyecto forma parte de una investigación mayor denominada: "Un programa de realidad virtual. Promoción del bien comer y prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria". PAPIIT IN308608.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Los síndromes más importantes de los trastornos alimentarios son la bulimia y la anorexia nervosa, además de otros trastornos alimentarios no especificados, así como la obesidad que también se encuentra relacionada con alteraciones psicológicas.

Así mismo, mientras algunas personas luchan en contra de la obesidad, desarrollando en algunos casos anorexia o bulimia, otras se dejan arrastrar o no pueden mantener un peso adecuado lo que los lleva a sufrir de obesidad y con esto a contraer otro tipo de problemas, tanto físicos (enfermedades como la diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias por mencionar algunas), como emocionales y sociales. Sin embargo, algunos autores (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) no consideran la obesidad un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) ya que las causas psicológicas de ésta no siempre son claras debido a que existen implicaciones genéticas y de herencia, en algunos casos. Es por ello que se considera importante estudiar aquellas variables que se relacionan con obesidad de carácter no genético sino de tipo psicosocial.

Las dificultades en la alimentación son frecuentes durante la primera infancia y en la edad preescolar. Las alteraciones o dificultades pueden ir desde una alteración en el crecimiento del niño, en el caso de ingestión insuficiente, con la consiguiente morbilidad o incluso mortalidad, hasta alteraciones en la conducta adaptativa del niño, como podría ser con la obesidad (Bakwin, 1974).

Uno de los periodos más significativos en el crecimiento y la maduración del ser humano es la adolescencia; se trata de una transición y un enlace entre la infancia y la condición adulta. La proximidad de la adolescencia a una madurez biológica y a la adultez significa la última oportunidad para prevenir problemas de salud en la vida adulta. Esta etapa se caracteriza por un aumento brusco y considerable de todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo, llamada brote de crecimiento adolescente y que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal, así

como en los diámetros, perímetros y relación de segmentos. En esa etapa se presenta la maduración sexual, la menarca (en el caso de las mujeres); almacenan grasa y engordan, lo cual les causa problemas. Pero no saben que eso es transitorio, una cuestión de ese periodo del desarrollo (Saucedo-Molina, Gómez-Peresmitré, 1998).

Uno de los factores psicológicos más importantes en los TCA es la forma trastornada de vida que afecta no sólo al niño, sino a toda la familia. Típicamente, las familias se componen de madres dominantes y ambiciosas, y padres difíciles y condescendientes. Las familias son pequeñas y generalmente constan de uno o dos hijos. La desarmonía entre los padres es la regla, y hay muchas desavenencias (Guerrero, 1997).

Asimismo los padres pueden tener una idea exagerada de la cantidad de alimentos que puede comer un niño. Muchos de ellos fueron pobres en su niñez y han sentido hambre a menudo. Para ellos, dar alimentos significa seguridad y la satisfacción de sus ansias, negadas a ellos cuando eran niños.

El padre generalmente desempeña un papel secundario, pero en ciertos casos asume también una actitud similar a la de la madre. La característica patológica esencial es que el niño es utilizado por uno de los padres o por ambos para satisfacer sus necesidades emocionales y como una compensación de los fracasos y frustraciones de su vida (Guerrero, 1997).

Podría observarse también una conducta excesiva de comer como reacción adaptativa inadecuada a la depresión y la ansiedad, este tipo de personas quizá aprendieron desde niños a resolver la situación de ansiedad comiendo y es posible que sus personalidades pasivas y dependientes no favorecieron desarrollar otras soluciones (Rodin, Schank y Striegel – Moore, 1989).

Dado lo anterior, podemos vislumbrar que la ansiedad forma parte importante en el círculo vicioso de la compulsión por comer o dejar de hacerlo y que ésta podría generarse desde la niñez ya que padres angustiados suelen hacer a sus hijos angustiados, y que padres que mantienen una relación poco saludable afectarán con

la misma negativamente a sus hijos. Es por ello que la ansiedad elevada en las madres, así como su relación para con su hijo podría ser un factor de riesgo básico en los trastornos de conducta alimentaria.

Se pretende que los datos que se obtuvieron en la presente investigación permitan un mayor acercamiento al conocimiento del papel que la relación materna juega en la prevención del desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. De esta manera se espera que en un futuro los programas preventivos referentes a dichos trastornos tomen en cuenta la importancia de la madre (nivel de ansiedad) dentro la conducta alimentaria.

Con ello en la presente investigación se expone: en el capítulo uno, los trastornos de la conducta alimentaria, donde se describe la anorexia y bulimia nervosa, así como la obesidad y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, especificando las diferencias que puede haber entre sexos (masculino-femenino); en el capítulo dos, se revisa lo relacionado con la salud, la prevención y los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria; en el capítulo tres se aborda el desarrollo: físico, cognitivo y emocional en la preadolescencia; en el capítulo cuatro se incluye la relación materna, tomando en cuenta también las diferencias sexuales dentro de la relación materna; en el capítulo cinco se desarrolla el tema de ansiedad, donde se aborda a la madre ansiosa y la relación de esta ansiedad con el alimento; en el capítulo seis se lleva a cabo el plan de investigación, en el que se menciona el problema general y específico, así como también la hipótesis y la definición de las variables; en el capítulo siete se presenta el método, este contiene, el diseño de investigación, la muestra requerida, los criterios de inclusión, los instrumentos empleados así como el procedimiento y el tipo de análisis; en el ocho, los resultados nos describen los datos estadísticos de la muestra y las variables de interés, para con ello realizar un análisis de correlación; en el capítulo nueve la discusión y conclusión, de dicho análisis; para terminar con el capítulo 10 con las limitaciones y sugerencias de la investigación.

CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria, como objeto de estudio tiene por sí misma gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, desde la perspectiva del presente estudio esa conducta cobra más valor aún, y se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja, la convierten en fuente de conflicto, generadora de desórdenes del comer. Desde este punto de vista, el estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica, lo que exige una aproximación multifactorial que, al mismo tiempo que ve al individuo como una unidad funcional, lo entiende en su realidad, en su interrelación sujeto-sociedad, es decir desde una concepción biopsicosocial. Dentro del campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria, se encuentran tres principales entidades: obesidad, bulimia y anorexia nervosa (Gómez Pérez Mitre, 1993).

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

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

1.2. ANOREXIA NERVOSA

Antecedentes

Según el DSM IV - TR (APA, 2002), las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Toro (1996), menciona que dicho trastorno del comportamiento alimentario se manifiesta por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar, reduciendo o suprimiendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan y con frecuencia mediante vómitos inducidos, ejercicio físico desmesurado, uso indebido de laxantes, etc.

Para llegar al concepto de anorexia nerviosa, se tuvo que ir perfilando desde la segunda mitad del siglo XIX, ya que según Chinchilla (2003), la anorexia se delimita por dos etapas; una hasta finales del siglo XIX, en la cual se considera de tipo descriptiva y en el siglo XX, se le considera más psicopatológica o más psiquiátrica. Antes de esto se puede identificar como su principal característica la de carácter religioso.

En siglos pasados (durante la Edad Media) el significado del cuerpo estaba muy ligado a lo religioso, la culpa, el pecado o la gloria. La influencia de las culturas ancestrales ha aportado datos de interés en un intento de comprensión de la anorexia. Por ejemplo sabemos que en algunas culturas se practicaba el fomento del ayuno para preservarse del mal y estar en estados más puros, como la de los antiguos egipcios que ayunaban antes de entrar a los templos, también se sabe que la purificación y penitencia en forma de ayuno tienen un antiquísimo trasfondo religioso en la idea de la finitud física (la debilidad de la carne, lo pecaminoso), y la prevalencia del espíritu, con ello también los ideales ascéticos estaban centrados en el ayuno y en el alejamiento de las necesidades físicas. En el medievo, las

restricciones alimentarias de trasfondo religioso, las ayunadoras santas o los profesionales del ayuno, están bien descritos, si bien no todos estos casos están ligados a lo que hoy entendemos como anorexia nervosa, dado que los motivos no siempre eran la negativa a estar gordas o rechazar la comida, sino más bien un rechazo del cuerpo como instrumento de pecado, o bien, un negocio lucrativo en los o las artistas del ayuno. Unas fueron tomadas como poseídas, pecadoras o brujas. Estas culturas de ámbito religioso, costumbrista o lucrativo predominaron durante los siglos XV al XVII. Desde el ascetismo medieval y renacentista, hasta el puritanismo de la época Victoriana, el ayuno tuvo connotación religiosa o morales (Chinchilla, 2003).

Dicho lo anterior, en cualquier comportamiento debemos considerar el contexto histórico y cultural en el cual se desarrolla éste, en especial en el caso de desarrollar un trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia y obesidad). Refiriéndonos a la “anorexia santa” no podemos determinar si la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole de distorsión de imagen corporal o del temor a engordar, los cuales en la actualidad son significativos para el diagnóstico, ya que esa época estaba cargado de un significado altamente religioso y es muy probable que éste haya sido uno de los motivos importantes en el desarrollo de este padecimiento (Toro, 1996).

De acuerdo con Chinchilla (2003), el punto de referencia histórico son las últimas décadas del siglo XIX, con Gull (1874) y Laségue (1873) que dejaron sus descripciones clínicas sin prejuizar sus causas, pero aproximándose a un estado mental mórbido, perverso o histérico. No prestaron tanta atención a los otros patrones conductuales psicopatológicos, reseñados mas tarde por otros autores. El trastorno de la imagen del propio cuerpo (Bruch, 1974), la fobia del peso (Crispo, 1967) o el miedo-pánico a la obesidad (Russell, 1970), son factores o variables bien contrastados por estos autores, si bien algunas ya las describieron los clásicos Gull (1874) o Laségue (1873), aunque aparentemente les dieron menos importancia. Todo esto no lleva implícito que la psicopatología de la anorexia haya cambiado desde 1870 a 1960.

Siguiendo con dicho autor, la evolución histórica de la anorexia se divide en las siguientes principales etapas y perspectivas:

- Antes de la descripción de Gull y de Laségue. Aportaciones de Porta, Morton, Nadau, etc.
- Aislamiento con la descripción clásica de Gull y Laségue.
- Psicodinámica, con Freud y el psicoanálisis: neurosis relacionada con la histeria y la melancolía.
- Endocrinológica. Se separa de la caquexia hipofisiaria de Simmonds.
- Neurológica. Se atribuye a tumores hipotalámicos, del tercer ventrículo, etc.
- Actual o biopsicosocial.
 - ✓ Factores neurobiológicos, afectivos y en los que tienen valor patógeno: constelación familiar, edad, sexo, preocupación social por el físico, costumbres y hábitos alimentarios, cultura, intereses creados sobre modas, dietas.
 - ✓ El cuerpo como distingo y competencia.
 - ✓ Psicopatología de los ideales del Yo, de la corporalidad, de la comunicación y afectividad.
 - ✓ Mimetismo social.
 - ✓ Consecuencias de la obesidad en la salud y en la competencia o funcionalidad..
 - ✓ Delgadez como modelo personal.
 - ✓ Liberación de la mujer.
 - ✓ Psicopatología de las costumbres alimentarias.
- Desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX, puede considerarse como más descriptiva que psicopatológica, a partir del siglo XX, ya es más psicopatológica y más psiquiátrica (Chinchilla, 2003 p.16).

Asimismo este autor menciona que sólo en parte, lo social y lo cultural tendrán su papel patológico en colorido, forma y como desencadenante, pues siempre estará implicado como factor patógeno en el modelo biopsicosocial, por el valor de los cambios y el culto a la delgadez como forma de vida.

Epidemiología

Por lo general, se acepta que la anorexia nervosa se inicia en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años. Es poco común en la primera década de la vida o pasada la treintena; sin embargo, con relativa frecuencia se ha encontrado en los quehaceres clínicos casos en prepúberes o en mujeres adultas (Chinchilla, 2003).

La anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN), han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los llamados países desarrollados, principalmente entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Es muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales pues, en una gran mayoría de casos, estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la sanidad, y también es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar (Chinchilla, 2003).

Tan sólo en EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastorno alimentarios; de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la AN afecta, aproximadamente, a 1,2 millones de mujeres en dicho país (Gambill, 1998, citado por Chinchilla, 2003)

Este posible incremento en el número de casos puede ser debido a varias causas entre las que, tal y como apunta Chinchilla (2003), encontraríamos para la AN:

1. Mejoría del diagnóstico.
2. Errores diagnósticos con otros cuadros.
3. Mayor tendencia por las dietas en la adolescencia.
4. Rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, asociado con frecuencia con su autoconciencia.
5. Necesidades y distinguos sociales.
6. Problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintos a los de generaciones pasadas.

7. Falta de rigor diagnóstico tomando como AN y BN a enfermas que no lo son, etc. (Chinchilla, 2003, p. 15)

Aunado a lo anterior, por término medio, la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes, con una prevalencia del 0,5 al 1%.

Criterios Diagnósticos

Si la anorexia nervosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p.ej., mientras que el sujeto crece en altura). El DSM IV - TR (APA, 2002) proporciona una guía para determinar cuando el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla.

Existe otra guía adicional algo más estricta, usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10 (OMS, 1993), en el que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17.5 kg/m².

Según el DSM IV - TR (APA, 2002), en niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulantes y luteinizante es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nervosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la

desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa. Un número importante de individuos que padecen anorexia nerviosa presentan una alteración de la personalidad que cumple criterios para, al menos, un trastorno de personalidad (OMS, 1993).

El curso del criterio diagnóstico antes mencionado, es muy variable. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Con el tiempo especialmente los primeros 5 años después del inicio una fracción significativa de individuos que padecen de anorexia nerviosa tipo restrictivo empieza a recurrir a atracones, lo que indica un cambio al subtipo compulsivo-purgativo. Un cambio sostenido en el cuadro clínico puede permitir a veces un cambio en el diagnóstico por el de bulimia nerviosa (OMS, 1993).

Los Criterios de Investigación del CIE-10 (OMS, 1993) y los criterios diagnósticos del DSM-IV - TR (APA, 2002) para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. La CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de «comidas grasas» y, en el varón, que comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-IV - TR donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

Criterios del DSM – IV - TR (APA, 2002) para el diagnóstico de anorexia nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos) (p.558-559).

Según el tipo, se clasifica:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (p.559).

Por otro lado tenemos los criterios del CIE-10 (OMS, 1993) para la anorexia nerviosa:

- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”.
- C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo a un límite de peso bajo.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo- hipófiso-gonadal; que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (p. 220-221).

Las siguientes características apoyan el diagnóstico, pero no son elementos esenciales: vómitos autoinducidos, purgas intestinales autoinducidas, ejercicio físico excesivo o consumo de anorexígenos y/o diuréticos. Si el inicio es prepuberal se retrasa o incluso se detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (se detiene el crecimiento, en las chicas no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria, en los chicos los genitales permanecen infantiles). Con la remisión del trastorno suele completarse la pubertad de forma normal, pero la menarquía es tardía.

1.3. BULIMIA NERVOSA

Antecedentes

Este trastorno se caracteriza fundamentalmente por episodios de atracones incontrolados de cantidades variables de comida, generalmente seguidos de vómitos espontáneos o provocados, que se dan varias veces a la semana y durante varios meses, y a veces en vez de vómitos usan laxantes, diuréticos, ayunos posteriores, ejercicio o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso, o para paliar la vergüenza o malestar posprandial, es un cuadro que se puede dar con normopeso bajo o sobrepeso. Se prestó atención a esta enfermedad a partir de la descripción de Rusell, en 1979 (citado por Chinchilla, 2003), y ya como criterio diagnóstico en 1980 en el DSM – III. La bibliografía específica, aparentemente, es más joven que la de la anorexia nerviosa, aunque, si uno rastrea la historia, ve que ya fue descrita o formaba parte de la anorexia nerviosa. De una u otra forma, y dada la complejidad nosológica (continuum con Anorexia nervosa, síntoma, etc.) como etiopatogénica, numerosos estudios se han centrado más en las causas desde los estudios epidemiológicos para centrar la terapéutica. Es más, a partir de finales del siglo XIX e inicio del siglo XX empieza a publicarse sobre el tema, quizás por la presión social contra la obesidad, aunque en proporciones mínimas en comparación con la anorexia nerviosa. Su historia inicial se centra más como síntomas que como síndrome (Chinchilla, 2003).

Según Chinchilla (2003), Hipócrates reconoció la *boulimos* como un hambre enfermiza. Aristófanes la definió como un hambre voraz; mientras que Jenofonte como sentimientos de hambre, debilidad y desmayo, describiéndola en soldados que habían subsistido con cortas raciones de comida durante las marchas en la campaña contra Artaserses.

En la antigua Grecia, las autopurgas eran frecuentes por motivos religiosos o sociales. El culto a los dioses solía incluir conductas anoréxicas, bulímicas, etc. En Roma la práctica del vómito en los banquetes que se acostumbraban era usual y

bien visto. Cuando el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua llamada el “vomitorium” en donde lo pronunciaban (Toro, 1996).

Chinchilla (2003) menciona que posteriormente:

- James (1743), hablaba de verdadera bulimia (boulimos) como la intensa preocupación por la comida y atracones de cortos intervalos, seguidos de desmayos y una variante, el apetito canino, en el que los atracones eran seguidos de vómitos, o incluso de episodios sincopales.
- Cullen (1772) la definió como sentimientos de hambre superior a lo que puede ser digerido, diferenciando varios subtipos de bulimia.
- Motherby (1785) expandió esta definición e incluyó la bulimia asociada con hambre. Distinguió tres tipos de bulimia: a) pura hambre; b) bulimia asociada con desmayo, y c) la que terminaba en vómitos.
- Descuret (1833) describió dos formas de bulimia, en ambas la comida era la fundamental preocupación y el hambre incluso persistía después de grandes ingestas y el torpor seguía al atracón.
- Balchez (1869) sistematizó el concepto de bulimia.
- Bouveret (1893) y Soltmann (1894) describieron la hiperorexia como la repetida ingestión de pequeñas cantidades de comida, distinguiéndola de la polifagia.
- Con el acercamiento de la bulimia por aquellas épocas a lo médico se fue perdiendo interés por el tema, aunque casos célebres como los de Gull (1874), Laségue (1873), Janet (1903), Binswanger (1958), etc., dejaron escritos, ya clásicos, sobre el tema de enorme interés clínico descriptivo.
- Ya en 1938 la palabra bulimia fue usada por primera vez por Trevisa, refiriéndose a apetito inmoderado, sin usar otros términos específicos, como emesis u otros medios de purga.
- Un año después Berkman, describe los atracones y vómitos en pacientes anoréxicas. Stunkard, en 1959, inicio la descripción de atracones para ya en la década de los setenta aparecer el término de incontrolados y luego ya otros muchos términos.

- La bulimia nervosa fue descrita como una variante de la anorexia nervosa en 1979 por Russell. Puede, no obstante aparecer sola, en el curso de una anorexia nervosa, o como síntoma o en alternancia o mixtura entre anorexia y bulimia. Cuando uno explora longitudinalmente a estas pacientes suele encontrar, por lo general de forma previa, alguna conducta anoréxica, aunque no cumpla ésta los criterios estrictos para anorexia nerviosa. Lo cierto que su diagnóstico actual es mucho más frecuente que el de anorexia nerviosa (Chinchilla, 2003, p. 11)

Así mismo, en forma resumida Chinchilla (2003) expone las etapas históricas del concepto de bulimia nervosa, las cuales son:

- Descripción del síntoma bulímico.
- Reconocimiento del cuadro clínico completo.
- Adscripción del síntoma a una categoría diagnóstica provisional o errónea, según los momentos evolutivos y el cuerpo doctrinal del psiquiatra.
- Descripción de la psicopatología y nosología del cuadro, tanto en lo transversal como en lo longitudinal.
- Reconocimientos de posibles subtipos de anorexia nerviosa: restrictivas no vomitadoras y vomitadoras- bulímicas.
- Relación de la bulimia nerviosa con la patología afectiva sobre todo, y otros trastornos psiquiátricos como adicciones, TOC, ansiedad, cleptomanía, etc.
- Pronóstico variable.
- Dificultades etiopatogénicas y terapéuticas (p. 12).

Epidemiología

Todos los datos apuntan a que la BN es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo la edad media de aparición los 20 años de edad, y la proporción mujeres/varones, al igual que en la AN, de 10:1. Conviene mencionar que este trastorno no cursa con un deterioro somático tan severo y llamativo como la AN, por lo que gran parte de los síntomas de estas pacientes pasan desapercibidos

durante mucho tiempo, años incluso, tanto a los ojos del especialista como a los de la propia familia. Aunado a esto la investigación epidemiológica se vuelve más compleja, debido a la reciente delimitación nosológica del cuadro y a los diferentes resultados que se obtienen según los criterios diagnósticos y escalas, cuestionarios, autotest, etc., que se utilicen (Chinchilla, 2003).

La bulimia es, de acuerdo con Agras (1988 citado por Gómez Pérez-Mitre, 1993), la de más reciente ingreso al campo de las anomalías de la conducta alimentaria. Señala que el número de pacientes que se atendía anualmente en la Clínica de Stanford hasta antes de 1979, no excedía a 10, pero que a partir de los primeros años de 1980 se incrementó a 200. En una muestra de 500 estudiantes universitarios con un promedio de 25 años de edad, se encontró una prevalencia en bulimia del 3.8 por ciento y fueron las mujeres las que mostraron mayor frecuencia (Stangler & Printz, 1980, citado por Gómez Pérez-Mitre, 1993).

En este punto cabe destacar qué sucede en México, los datos epidemiológicos más recientes son los arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, et al, 2003). Es un estudio con diseño probabilístico multietápico y estratificado, con población no institucionalizada con hogar fijo en áreas urbanas de 18 a 65 años de edad ($N_{mujeres}=1306$, $N_{hombres}=1126$). Se utilizó la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CAPI), que es una entrevista portátil computarizada y aplicada en entrevista cara a cara. El OMS-CIDI proporciona diagnósticos de por vida, últimos año y último mes según los criterios del DSM-IV y del CIE-10. Los datos obtenidos arrojaron una prevalencia de bulimia nervosa alguna vez en la vida de 1.2 para hombres y mujeres, 0.4 en el último año, y 0.3 en el último mes. Los datos en mujeres fueron de 1.8 alguna vez en la vida, 0.8 en el último año y 0.5 en el último mes, mientras que en los hombres sólo se reportó la prevalencia alguna vez en la vida (0.6). El diagnóstico de anorexia nervosa no fue reportado. La incidencia y prevalencia de la BN presentan cifras variables, entre el 1 y 13% y entre el 1 y el 20% respectivamente (Chinchilla, 2003).

Criterios Diagnóstico

Según el DSM-IV - TR (APA, 2002) las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón – lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse habitual si se produce en una celebración o en un aniversario-. Un <<periodo corto de tiempo>> significa aquí un periodo de tiempo limitado, generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tienen que producirse en un solo lugar, por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir <<picando>> pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (APA, 2002).

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo. En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay así mismo una incidencia elevada de síntomas de

ansiedad o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa.

Siguiendo con dicho criterio, la bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o a principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietética. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. No obstante, a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir.

El DSM-IV - TR (APA, 2002) y CIE-10 (OMS, 1993) proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa del DSM-IV - TR (APA, 2002):

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

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

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

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

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

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa (p. 563 - 564).

Especificando el tipo, se clasifican como:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (p. 564).

Criterio del CIE-10 (OMS, 1993) para bulimia nerviosa:

- A. Presencia de episodios repetidos de sobre ingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o mas de los siguientes:
 - 1. Vómitos autoinducidos.
 - 2. Purgas autoinducidas.
 - 3. Periodos de ayuno alternantes.
 - 4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso) (p. 222- 223)

1.4. OBESIDAD

Antecedentes

La obesidad puede definirse como el aumento del tejido adiposo en relación, patológica, al tejido magro que puede tener una persona. (Escobar Jiménez, Fernández- Soto y Barredo, 1994).

Según Gómez Pérez – Mitre (1993), la obesidad es definida como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento de masa corporal. Este exceso de masa corporal se encuentra determinado por un índice de masa corporal (IMC) 27 en mujeres, 28 en hombres y 31 puntos o más en ambos para una obesidad masiva.

Así, desde que el hombre se volvió sedentario, los trastornos de la alimentación se hicieron presentes (anorexia, bulimia y obesidad). Incluso, los estudios realizados sobre figurillas de mujer del período paleolítico alto encuentran que la mayoría de ellas eran obesas, muchas incluso esteatopígicas y con frecuencia aparentan estar embarazadas.

La obesidad a lo largo de la historia ha representado un sin número de significados los cuales han dado lugar a variadas concepciones. Por ejemplo, desde Hipócrates y Galeno se hace referencia a la obesidad como un problema de salud, o causante de alteraciones específicas como la esterilidad (Soriguer, Esteva y Gacia, 1994).

En la edad media, la religión cristiana influyó fuertemente en las actitudes hacia la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad es un regalo de Dios (y probablemente poco común, ya que la comida era escasa y las plagas frecuentes), por otro lado, la gula se considera un pecado capital. En el infierno de Dante, uno de los círculos estaba destinado a los glotones (Ramos, 1995, citado por Gama, 1999).

En la actualidad, la obesidad es una de las enfermedades más prevalentes, pero gran parte de su importancia reside en su actuación como factor de riesgo para otros muchos trastornos. Además ocupa uno de los primeros puestos en la morbilidad infantil. No afecta sólo a las opulentas sociedades occidentales y las proyecciones epidemiológicas no son halagüeñas al respecto (Chinchilla, 2003).

Epidemiología

La obesidad (IMC>30) es bastante común en todos los continentes. El estudio MONICA, realizado en Europa entre 1983 y 1986, indica que un 15% de los varones y un 22% de las mujeres son obesas y que más de la mitad de la población entre 35 y 65 años tiene sobrepeso (World Health Organización, 1998 citado por Chinchilla, 2003).

En Inglaterra y Gales, un estudio ha encontrado un incremento alarmante en la prevalencia de la obesidad en adultos desde un 6% en varones y un 8% en mujeres en 1980, hasta un 17% en varones y un 20% en mujeres en 1997 (Prescott-Clare y Primatesta, 1998, citado por Chinchilla, 2003).

Según Chinchilla (2003) los datos más recientes, obtenidos en EE.UU., derivan del Third Nacional Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994), en que se observó que aproximadamente un 20% de los varones y un 25% de las mujeres estadounidenses son obesos. El aumento de la prevalencia de la obesidad no está confinado a los europeos y americanos, sino que también tiene un alta prevalencia en Latinoamérica, en el sudeste asiático, Japón y China, donde se ha observado un notable aumento de ésta en las dos últimas décadas.

En cuanto a México, son escasos los estudios epidemiológicos de la obesidad, por lo que no se cuenta con estadísticas exactas, sin embargo, las encuestas y estudios que se han realizado indican de alguna manera, la frecuencia de este trastorno. Así, en una recopilación de encuestas nacionales sobre la prevalencia de la obesidad en la República Mexicana, González (1994), encontró una prevalencia del 35% en obesidad.

En la encuesta nacional de enfermedades crónicas (Tapia-Conyer, 1993), se muestran datos epidemiológicos de la prevalencia de la obesidad en nuestro país, definida con un índice de masa corporal igual o superior a 30. Informan que el 21.4% de la población nacional representada por individuos de ambos sexos de 20 a 69 años de edad, son obesos; de este porcentaje el 24.7% corresponde a la zona norte del país, 19.5% a la zona centro, el 19.4% al D.F y el 21.7% a la región sur.

De 1993 al 2006 la obesidad ha llegado a ser un problema de salud significativo en México, ya que la encuesta nacional de salud (ENSAUT) 2006 (Shamah, Villalpando y Rivera, 2007) detectó aumentos generalizados en niños, adolescentes y adultos. Los mayores aumentos relativos fueron en niños en edad escolar, mientras que las prevalencias de obesidad entre adultos están entre las más elevadas del mundo.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, se aproximó a 26%, para ambos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños, lo que representa alrededor de 4 158 800 escolares en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad.

La prevalencia en la Ciudad de México es apenas mayor en los varones (36.1%) que en las mujeres (34.2%); en la región norte el comportamiento es muy similar: varones con 29.3% y mujeres con 29.5%; en cambio, en la región centro la prevalencia es un poco mayor en las mujeres (27.7%) en comparación con los varones (26.1%). Los escolares varones que habitan en la región sur registran la menor prevalencia con 21.6% seguidos por 23% de sobrepeso más obesidad en las mujeres de la misma región.

En la Ciudad de México, de los niños con sobrepeso se reconoce una mayor prevalencia en los de seis años de edad (44.9%), mientras que la obesidad en niños es mayor en el grupo de nueve años de edad (20.8%). Por otro lado, las niñas de nueve años de edad reflejan mayor prevalencia de sobrepeso (36%) y las de siete años mayor obesidad (38.9%).

Sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población (mujeres, 71.9 %, hombres, 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres. Con esto se puede observar, como la prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando entre con el tiempo (Shamah, Villalpando y Rivera, 2007).

Cabe destacar que los primeros años de vida adulta son importantes para el desarrollo de la obesidad, tanto en hombres como en mujeres. Para las mujeres, un hecho primordial lo constituye el embarazo, considerando que por término medio éstas ganan varios kilos dos años después del embarazo, comparadas con aquellas que no han estado embarazadas. Para muchos hombres, la transición de un estado de vida anterior asociado con la adolescencia, a una vida sedentaria en la edad adulta, se va asociar con frecuencia al aumento de peso (McKeown y Tecord, 1987).

Criterios Diagnósticos

Según Gómez Pérez-Mitre (1993), en México los indicadores más utilizados para calificar obesidad por su funcionalidad son el índice de masa ponderal o el índice de masa corporal descrito por Quetelet y el índice nutricional. Ambos índices se utilizan para estimar obesidad y sobrepeso, el primero de ellos en adultos y el segundo en púberes.

Para exponer el criterio diagnóstico de la obesidad, es importante definir algunos conceptos que son básicos para la comprensión y elaboración de éste.

Peso Corporal

El peso es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo. Agua, músculo esquelético, tejido óseo y tejido adiposo. Existe un cierto número de índice de peso, sin embargo sea cual sea el índice empleado, cuando se juzga la gordura de un niño a partir de su peso se debe recordar que el peso refleja

la edad, el sexo, la altura y la contextura física. Así mismo, es importante definir el sobrepeso, ya que este término se confunde frecuentemente con obesidad. El sobrepeso es el peso que excede a cierta norma o ideal. El grado de sobrepeso que ya se considera obesidad en los adultos y a veces en los niños es el 20% (LeBow, 1986).

Actualmente es posible determinar in vivo el oxígeno, carbono, hidrogeno, nitrógeno, calcio y fósforo, que representan el 99% del peso total del organismo. Otros componentes como potasio, cloro, sodio, magnesio, hierro, contribuyen a un 0.5% adicional del peso total. Un modelo de composición corporal que incluye estos elementos se a denominado elemental o molecular, en el cual se utilizan técnicas isotópicas adecuadas para medir cada uno de ellos. Ahora bien, si consideramos la composición del organismo a nivel molecular, los componentes principales son de agua, lípidos (en su mayoría triglicéridos), proteínas y minerales. Este modelo de cuatro compartimentos es el más común en el estudio de composición corporal, y en muchas ocasiones se simplifica a un modelo constituido por sólo dos compartimentos: La Masa Grasa (MG) y La Masa Libre o Carente de Grasa (MLG o MCG) (Heymsfiel, Lichtman, Baumgartner, Dilmanian y Hamen, 1992).

Bourges (1990) define la masa grasa (MG) como el conjunto de todos los lípidos del organismo. Existen lípidos en todas las células (membranas, vacuolas de reserva) y en los fluidos corporales pero, por mucho, la mayor parte de la masa grasa esta constituida por los triglicéridos presentes en el tejido adiposo, de manera que existe correspondencia entre la magnitud de la masa grasa y la de este tejido.

La Masa Carente de Grasa (MCG), es “todo lo demás”, es decir la diferencia entre la masa corporal total (peso corporal) y la masa grasa. Esta MCG esta representada por el agua, las proteínas, las sales y iones inorgánicos o “cenizas”, así como miles de sustancias orgánicas no lípidas. La MCG forma parte de todos los fluidos y de todos los tejidos, incluido el adiposo en el cual hay pequeñas cantidades de agua, proteínas y cenizas. En resumen, la MG representa el tejido adiposo y la MCG al resto del organismo, aunque la correspondencia entre estos dos componentes físicos y los tejidos en cuestión no es total.

Un cambio en el peso corporal puede deberse a cambios en la Masa Grasa (MG), en la Masa Carente de Grasa (MCG) o en ambas y es por eso que sobrepeso no equivale a obesidad, ya que tal sobrepeso podría deberse a un aumento en la MCG y este a su vez, puede deberse a un aumento en el agua, en las proteínas, en las cenizas o en cualquier combinación que eleve finalmente la proporción de MCG.

Índice Nutricional

Según Gómez Pérez – Mitre (1993), en la práctica médica se cuenta con diferentes métodos para estimar obesidad y sobrepeso. Sin embargo, los cuantitativos han sido los más utilizados en investigación y entre éstos, se han considerado como los más prácticos a los denominados índices ponderales, los cuales expresan una relación peso-talla. Como el Índice de Masa Corporal (IMC), índice de Quetelet o Body Mass Index (BMI), que se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en kg) por la talla en metros al cuadrado (m²).

Dado que el índice de masa corporal, varía con la edad, Cole (1979), prefiere utilizar el % del IMC:

$$P/T^2 = \frac{P_{50} \text{ (del peso según edad)}}{P_{50} \text{ de la talla según edad}^2} \times 100\%$$

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 Pérez-Mitre (1998), recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN). Este índice fue validado en muestras de preadolescentes mexicanos (Saucedo y Gómez Pérez-mitre, 1998), para diagnosticar bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad en niños. El IN se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto, con la relación del peso y la talla correspondientes al percentil 50 (mediana), referidos en las tablas del National Center of Health Statistics-Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1983), considerando el sexo y la edad. Su fórmula es la siguiente:

$$\text{IN} = \frac{\text{Peso actual en kg/talla actual en m}}{\text{Peso en kg (percentil 50)/talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

Teniendo como puntos de corte: entre 77.51 y 83.5% a los de bajo peso, entre 83.51 y 119.5% a los de peso normal, entre 119.51 y 136.5% a los de sobrepeso y mayores a 136.5% a los de obesidad (Saucedo y Gómez Pérez-mitre, 1998).

1.5. 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 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 pérdida 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 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., 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 (p. 564)

En la presente clasificación que hace el DSM –IV - TR (APA, 2002), del Trastorno de la conducta no especificado, se menciona el trastorno de comida compulsivo o atracón, el cual incluye a las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nervosa. Así mismo es frecuente que los comedores compulsivos sean obesos.

1.6. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN EL SEXO (FEMENINO-MASCULINO)

Se ha expuesto extensamente el peso de las variables socioculturales en estos trastornos en los países occidentales, que mantienen unos valores estéticos hacia la delgadez por debajo de lo biológicamente sano para las mujeres y hacia el cuerpo musculoso en el caso de los hombres (Toro, 1996). Así tanto la anorexia nervosa como la bulimia nervosa son trastornos mucho más frecuentes en las niñas que en los niños con razones que oscilan de 10:1 a 20:1 (Ezpeleta, 2005).

Las mujeres participan más que los hombres en prácticas para perder peso, pero existen diferencias en los métodos empleados: los chicos utilizan más la actividad física y las chicas utilizan más métodos purgativos como vomitar o tomar laxantes (Andersen, 1996). Aunque los trastornos de la conducta alimentaria son menos frecuentes en hombres, una población especialmente a riesgo son los adolescentes homosexuales (Heffeman, 1994).

También podemos observar en dichas diferencias, como la influencia de las personas significativas tiene distinto peso sobre el comportamiento alimentario en función del género. Vincent y McCabe (2000) estudiaron la influencia de los padres y compañeros sobre la insatisfacción corporal en jóvenes de 11 a 17 años. En las niñas las sugerencias de perder peso de padres y compañeros predijeron alteraciones alimentarias. En los niños las indicaciones de la madre y de los compañeros se relacionaron con la aparición de atracones y con pérdida de peso. Es decir, el mismo mensaje tiene un efecto diferente en función de quien lo emite y el género del que lo recibe.

A pesar de las diferencias de género en la prevalencia de estos trastornos se acepta que su manifestación es similar en ambos géneros y que es el impacto de los estereotipos culturales de belleza, que incide diferencialmente en chicos y chicas, en interacción con otros factores, lo que da lugar a una prevalencia claramente descompensada hacia las niñas (Ezpeleta, 2005).

CAPÍTULO 2: LA SALUD, LA PREVENCIÓN Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.2. PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD

Cuando se revisa el área de la salud inevitablemente se aparea con su contraparte: la enfermedad, elementos diádicos indisolubles. Según Caba (1990 citado en Frías, 2002), Vicepresidente de la Asamblea Mundial de la Salud, menciona que la salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas. Señala que ésta es la línea de pensamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir la salud en 1946 como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Entre los autores críticos a la definición de la OMS, Terris (1980 citado en Frías, 2002) señala 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”. Sobre esta base propone eliminar la palabra “completo”, ya que tanto la salud como la enfermedad no son valores absolutos.

Por otra parte existen otras definiciones aportadas en nuestro tiempo sobre la salud, y en todas ellas destaca la adaptación como cualidad de vida. Esta adaptación requiere de un proceso dinámico en el complejo medio natural y socio-económico-cultural que nos rodea y está condicionado por múltiples factores que influyen en el estado de salud. Actualmente la salud esta considerada como una variable dependiente influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud de los hombres, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción (Frías, 2002).

Frías (2002) menciona que salud y enfermedad son conceptos entrelazados que deben formar parte de una unidad indisoluble y que se encuentran vinculados entre sí, a través de una serie de procesos constantes de adaptación a los cambios del ambiente (tanto biológicos como psicológicos y sociales); en tanto procesos, éstos tienen la característica de multicausalidad, considerando al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa para afrontar las demandas que percibe, ya sean internas o externas.

Tradicionalmente, los problemas de salud-enfermedad han sido manejados partiendo de la base errónea que al curar la enfermedad se devolverá la salud; sin embargo, en tanto que la salud implica mucho más que la ausencia de enfermedad, en la actualidad se acepta que en esta área deben actuar otros profesionales con el propósito de atacar los problemas desde diferentes perspectivas. De esta forma se introduce un trabajo multidisciplinario en el área de la salud el cual consiste en definir y clarificar líneas generales de acción en los diferentes niveles preventivos, con el propósito de coordinar las acciones, optimizar los recursos y evitar duplicidad de esfuerzos (Reynoso, 2002).

De hecho, las actuaciones de carácter preventivo se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que intervienen, por lo que es útil conocerlas. Leavell y Clark (1990 citado en Frías, 2002) diferenciaron tres fases en la historia natural de la enfermedad:

- Fase prepatogénica o de susceptibilidad. Esta fase se inicia cuando los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia de una enfermedad empiezan a actuar. En esta etapa aún no se ha iniciado el proceso mórbido y, por lo tanto, no existe ningún cambio anatomopatológico relacionado con él.

- Fase patogénica. Es el periodo en que se inician los cambios anatomopatológicos y por lo tanto la enfermedad. Pueden diferenciarse dos fases:

1. La presintomática o fase latente de la enfermedad es una fase subclínica en la que no se aprecian signos ni síntomas de enfermedad (personas aparentemente sanas).
2. En la sintomática o fase clínica de la enfermedad el proceso mórbido ha ocasionado lesión orgánica y aparecen manifestaciones clínicas de la enfermedad (signos y síntomas).
 - Fase de resultados. Ésta corresponde a la etapa evolutiva final, la cual puede abocar en curación, muerte o detención de la evolución del problema, con distintos grados de discapacidad (Frías, 2002, p. 208)

En relación con estas fases, se consideran tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria; diferentes en su justificación, finalidad y estrategia operativa.

2.3. PREVENCIÓN

Prevenir, en el ámbito de la salud, es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido, dándose esta en tres niveles.

Prevención primaria

La prevención primaria hace referencia a las actividades que actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, y que están encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Esta modalidad de actuación es una intervención por anticipación, en personas sanas.

Las intervenciones inciden en los factores que han mostrado estar relacionados con un mayor riesgo de enfermedad y que sean susceptibles de ser modificados – factores de riesgo ambientales y conductuales- ; en este sentido, las actuaciones preventivas pueden ser clasificadas en varias medidas de protección y promoción de la salud (Frías, 2002, p. 208).

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

De acuerdo con Frías (2002), la promoción de salud se define como aquellas acciones encaminadas a capacitar a la población para que aumenten el grado de control sobre su propia salud y la mejoren.

Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pueden articularse con una estrategia individual o de masas, pero el objetivo siempre son los factores individuales que intervienen en el nivel de salud de las personas de la comunidad.

Las actuaciones pueden ser específicas, como la inmunización activa (vacunación antitetánica), o de intervención (consejo) sobre factores de riesgo modificables (hábitos nutricionales, uso de tabaco, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo) (p. 209).

Prevención secundaria

Según el autor mencionado, las intervenciones en este nivel de prevención inciden en el periodo patogénico presintomático de la enfermedad y pretende, mediante una detección precoz, mejorar su pronóstico en comparación con los resultados que se obtendrían cuando se interviene en el periodo patogénico sintomático.

El instrumento básico, en prevención secundaria, es el cribado, entendiendo por tal la aplicación de un procedimiento (pruebas de cribado) a personas, aparentemente sanas, para identificar las que tienen una alta probabilidad de padecer una enfermedad o, si se trata de un cribado de determinantes de riesgo, identificar las que tienen una mayor probabilidad de padecer un problema de salud, por presentar la característica objeto de cribado (p. 210).

Prevención terciaria

Frías menciona que las actuaciones en esta modalidad de prevención inciden en el período patogénico sintomático de la enfermedad cuando las lesiones son irreversibles y el problema adquiere el carácter de crónico.

El objetivo de la prevención terciaria es retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales del paciente y atenuar las incapacidades cuando existan, ya sean de carácter físico o psíquico (p. 212).

2.4. FACTORES DE RIESGO

Gómez Pérez Mitré (2001), menciona que el concepto de *riesgo* se define como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensar como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Teniendo una relación proporcional entre la probabilidad de enfermar y el número o severidad de los factores de riesgo.

A continuación se presenta un cuadro que es una adaptación del que diseñaron Garner y Garfinkel (1980 citado en Crispo, 1998), pioneros en el tratamiento y la investigación de los trastornos de la alimentación en el hospital de Toronto, Canadá.

I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
- <i>socioculturales</i> - <i>familiares</i> - <i>individuales</i>	- <i>estresores</i> - <i>actitudes anormales con peso y figura</i> - <i>dieta extremas y pérdida de peso</i>	- <i>atracones y purgas</i> - <i>secuelas fisiológicas y psicológicas</i>

Por otro lado, la investigación sobre los factores de riesgo implicados en los TCA en México, ha sido realizada por Gómez- Peresmitré (2001), que los define como aquellos, que influyen negativamente en el estado de salud del sujeto, así como de la sociedad y que contribuyen a un desequilibrio y facilita la probabilidad a desarrollar una enfermedad.

De acuerdo con la misma autora los Factores de Riesgo (FR) de los TCA se dividen en 4 grupos que son:

1) Factores de Riesgo asociados con la imagen corporal

- a. Satisfacción/ insatisfacción
- b. Alteración de la imagen.
- c. Preocupación por el peso corporal y la comida.
- d. Actitud hacia la obesidad/delgadez.
- e. Autoatribución positiva/negativa.
- f. Figura real: ideal e imaginaria.
- g. Peso deseado.
- h. Atractividad ligada a delgadez.

2) Los FR asociados con conducta alimentaria

- a. Seguimiento de dieta restrictiva.
- b. Atracones.
- c. Conducta alimentaria compulsiva.
- d. Hábitos alimentarios inadecuados (ayunos, saltarse alguna comida principal del día).
- e. Disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores) y consumo de productos "light".

3) Los FR relacionados con el cuerpo biológico

- a. Peso corporal.
- b. Talla o estatura.
- c. Madurez sexual: temprana/tardía y/o amenorrea.

4) Los FR relacionados a practicas compensatorias:

- a. Ejercicio excesivo (10hrs. o más a la semana).
- b. Uso de alguno de los siguientes productos para controlar el peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y/o fibra (p. 21-22).

La investigación sobre los Factores de Riesgo aún no concluye, los factores antes mencionados solo son un indicio de lo que opera en la facilitación de un trastorno. Dentro de los factores de riesgo antes mencionados hace falta explorar como operan las variables psicológicas en el disparo del factor de riesgo (Gómez – Peresmitré, 2001).

Algunos factores de riesgo comúnmente aceptados se han asociado a una morbilidad de psiquiatría general como son: la presión paterna para comer más, percibir estrés en el hogar y registros de ansiedad y depresión en la historia familiar (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1998).

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

2.5. CONDUCTA ALIMENTARIA

La alimentación en el ser humano está representada por una respuesta condicionada por factores de índole biológico, psicológico y cultural. Sin comer en cantidad suficiente y sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible vivir (Toro, 1996).

La conducta alimentaria como parte de la conducta humana, es sumamente compleja, ya que, la acción del sistema neuroendócrino que implica la detección de nutrientes y asimilación e incorporación de la información, se integra con elementos psicológicos y sociales como pueden ser los afectivos y placenteros convirtiendo la conducta de ingesta en generadora de desordenes del comer (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

Así mismo el hipotálamo desempeña, a nivel alimentario, un papel esencial actuando como transductor de los estímulos sensoriales y metabólicos, coordinando la respuesta en relación a la conducta alimentaria. Si hay una estimulación en el hipotálamo lateral, el individuo reaccionaría comiendo con voracidad; en cambio presentaría saciedad si los estímulos actúan sobre los núcleos ventromediales del hipotálamo, rehusándose a comer aunque se le presente comida apetitosa. Se puede llamar entonces a los núcleos laterales del hipotálamo, centro del hambre o centro de la ingestión de alimentos y los núcleos ventromediales del hipotálamo serán el centro de la saciedad (Guyton, 1971).

Existen otros centros nerviosos encargados de la regulación de la conducta de ingesta alimentaria como son; los centros del tallo cerebral, los cuales son independientes del cerebro e hipotálamo; la amígdala y las áreas corticales del sistema límbico, las cuales actúan sobre el control del apetito (Guyton, 1971).

Pero el acto de comer no sólo representa la ingesta de alimento; la conducta alimentaria se ve influenciada por factores que rebasan con mucho únicamente el valor nutricional del alimento y de las necesidades alimenticias del individuo. Ordenando los múltiples factores que toman parte de la conducta alimentaria estos pueden ser:

1.- La experiencia de satisfacción.- luego del nacimiento la aparición del hambre queda registrada como una situación displacentera, al recibir el objeto que lo provea del alimento requerido se registra lo que sería la experiencia de satisfacción, por lo que más adelante el displacer biológico evocará esta experiencia, despertando el deseo de alimento.

2.- Los vínculos familiares.- la ausencia o presencia de los padres en la época infantil puede ser decisiva para la adquisición de experiencias gratificantes o frustrantes. En situaciones de ausencia materna, es muy común la compensación de afecto y atención a través de los alimentos lo que puede conducir más adelante a una conducta adictiva a la comida.

3.- Los factores socioculturales.- varios son los factores de esta índole entre los cuales podemos citar que la cultura de la delgadez que se ha venido dando a partir de los años 50's ha influido principalmente a la población femenina de clase media y alta promoviendo todo tipo de consejos y sugerencias para obtener la figura perfecta. Así mismo, el sedentarismo y desorden de la vida moderna impide la práctica regular de cualquier tipo de ejercicio físico recurriendo a métodos drásticos y peligrosos para el control de peso, apareciendo las dietas bajas en calorías y la administración de medicamentos (Braguinsky, 1987, pp.56).

Hoy en día el culto a un cuerpo delgado y bien formado obliga a los jóvenes a seguir cierto tipo de conductas alimentarias que ponen en riesgo su salud entre las que más se practican se encuentran las dietas restrictivas, el ayuno, saltar comidas, usar inhibidores de hambre, el ejercicio excesivo, las prácticas de expulsión como el vómito inducido (ligado a la bulimia nervosa), el uso de laxantes o diuréticos que evacuan rápidamente alimentos y agua del cuerpo. Si estas conductas son practicadas con frecuencia se convierten en trastornos de la alimentación produciendo un estado de gravedad, ya que tienen una repercusión considerable en la salud y muchas veces es irreversible (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

Según Nylander (1985, citado por Schlundt, & Jonson, 1990), el seguimiento de dietas es un precursor importante en el desarrollo de los trastornos de la

alimentación. Pero para otros autores, su opinión es que la practica de dietas no es un factor que determine el padecimiento de dichos trastornos, ya que su practica es común entre la población normal, sin embargo, la diferencia fundamental entre los individuos que se preocupan por su peso y los que desarrollan el trastorno es que los segundos desarrollan una vulnerabilidad psicológica, una sensación de ineficiencia y diestrés.

Así pues la conducta alimentaria se define como los patrones distorsionados de consumo de alimentos, en este estudio se entenderá por conducta alimentaria de riesgo el presentar conducta alimentaria compulsiva, atracones o episodios de ingesta voraz, conducta alimentaria de compensación psicológica o hábitos inadecuados de la conducta alimentaria; seguimiento de dieta restrictiva, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico y conducta alimentaria normal se considerará aquella que no se guía por hábitos, la ingesta se realiza bajo control, medida y conocimiento del individuo (Gómez Pérez – Mitre, 1998).

Dieta crónica y restrictiva

El término dieta hace referencia al programa alimentario que se consume cotidianamente y que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser adecuada, nutritiva, o no. Sin embargo, en el contexto antes señalado, este término se ha generalizado y literalmente asociado con prácticas alimentarias restrictivas para bajar de peso. Éstas pueden estar respaldadas por el especialista de la nutrición o lo que es más frecuente, autoadministradas por el adolescente (elegida en alguna revista, recomendada por una amiga, etc.). También es posible que el adolescente simplemente disminuya el consumo de ciertos alimentos (tortillas, pan, arroz, etc.,) y/o elimine una o más de las comidas principales del día (por ejemplo, la cena) tal y como se ha encontrado en muestras de preadolescentes, en niños mexicanos, de 9 a 12 años (Gómez Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernandez, Platas & León, 2002).

El problema que surge con las dietas se debe a su temporalidad. Son periodos de tiempo corto y desagradables, ya que se reprimen hábitos alimenticios practicados

durante mucho tiempo y que además nos gustan, provocando periodos sin control de ingesta al término de ésta. La dieta restrictiva es insuficiente y no provee al individuo de la energía necesaria para su normal funcionamiento y se produce lo que se llama una alimentación hipocalórica, una restricción alimentaria que se mantiene por un periodo prolongado puede llegar a producir efectos de inhibición del deseo de comer (Schlundt, & Jonson, 1990).

Para encontrar un continuo cuantitativo en términos de la presencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria se realizó una investigación en la cual se compararían a 6 muestras de mujeres elegidas tomando en cuenta su edad (adolescentes y adultas) y su elección vocacional (bailarinas y no bailarinas), comparadas con un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, el resultado con respecto a la práctica de dietas crónicas y restrictivas fue la conducta alimentaria de riesgo principalmente referida, con porcentajes iguales o mayores a 60% y en un tercer lugar la práctica de ayunos (Unikel y Gómez Pérez –Mitre, 1999b).

En un estudio realizado por Unikel, Mora y Gómez Pérez- Mitre (1999), con un grupo de mujeres estudiantes de ballet (n=70) y un grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria (n= 78) para conocer la percepción de la gordura entre un grupo y otro se encontró, que el seguimiento de dietas es la práctica de riesgo más reportada en ambos grupos de estudiantes, de 65.7% en los sujetos del grupo de estudiantes de ballet y de 32% en el grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria.

En una investigación realizada a una población estudiantil de la ciudad de México (N=10, 173), con una media de edad de 14.5 años, en el cual se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (alguna vez y dos o más veces por semana) de conductas alimentarias de riesgo, se encontró, en lo que respecta a la practica frecuente por sexo que son las mujeres las que reportan una práctica mayor de ayuno y seguimiento de dietas que los hombres, y por edad en mujeres, el seguimiento de dietas aumenta con la edad, siendo las adolescentes de 18 y 19 años las que tienen un porcentaje más elevado (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000).

Gómez Pérez- Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (2001), encontraron en un estudio a escolares mexicanos (N= 8673), pre-púberes, púberes y adolescentes que el seguimiento de dietas restrictivas para niñas se presentó en un 50% aproximadamente en los tres grupos estudiados, para los niños el hacer dieta restrictiva difería en porcentaje al compararlo con el grupo de niñas de su misma edad, 24.9% para púberes y un 33.9% para adolescentes, sin embargo para el grupo de pre-púberes el porcentaje de estas prácticas es del 50%.

Preocupación por el peso y la comida

Este tipo de conducta se puede manifestar por un miedo a las consecuencias de tipo interpersonal por ser gordo, por pesarse compulsivamente y checar el cuerpo, compararse con las demás personas, el miedo a ser vista y la evitación de señales situacionales (Schlundt, et al. 1990).

Prather y Williamson (1988) definieron la manifestación de la preocupación por el peso, a partir de un estudio en el que al evaluar a la muestra encontraron, que un grupo de sujetos presentaron miedo a engordar, realizaron dietas, tuvieron hiperfagia ocasional, hicieron uso de laxantes y supresores del hambre o ejercicio intensivo, al mismo tiempo , también encontraron que estos sujetos se mantenían dentro del margen normal de peso y que sus síntomas fueron leves comparados con los síntomas de pacientes con trastorno alimentario, por lo cual, debido a lo anterior, a este grupo de personas se le denominó grupo preocupado por el peso. Siguiendo esta línea de investigación Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel (1984) se interesaron en medir preocupación por el peso en un grupo de mujeres, en el cual encontraron que los niveles de preocupación por el peso eran similares tanto en mujeres anoréxicas como en las que se catalogaron preocupadas por el peso (que no tenían anorexia), sin embargo, a pesar de ello sí lograron encontrar diferencias entre ambos grupos, ya que las anoréxicas tuvieron puntajes mayores al grupo preocupado por el peso, en ineficiencia, desconfianza interpersonal y conciencia interoceptiva.

Las investigaciones sobre la preocupación por el peso demuestran que la persecución de la delgadez no siempre esta asociada a psicopatología, aunque, existe un grupo de personas que pueden presentar extremas preocupaciones por el peso con desajustes psicológicos semejantes a los hallados en anoréxicas, sin llegar a serlo, mientras que otro grupo sólo puede presentar preocupación por el peso, el primer grupo puede ser de los que pertenecen a las anoréxicas en fase prodrómica que en el futuro pueden desarrollar el síndrome anoréxico completo (Mora y Raich, 1994).

Conducta alimentaria normal

La dieta ideal es la que proporciona al organismo la cantidad de nutrimentos que se requiere para su óptimo funcionamiento, sin deficiencias pero sin excesos igualmente.

Es posible que una dieta correcta y una incorrecta estén formadas por los mismos alimentos, sin embargo su combinación y la cantidad de estos es lo que hace la diferencia (Olea y Orendain, 1997).

En 1998, Gómez Pérez-Mitré y Ávila encontraron en un estudio con una muestra total N=222 con adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, que en las adolescentes con peso normal, la conducta alimentaria normal tiene mayor presencia que entre las más delgadas y que entre las chicas con sobrepeso y obesas esta práctica se presenta con menor medida. En el caso de los grupos que tienen menos problemas al respecto de esta preocupación es el que agrupa a los de peso por debajo de lo normal, tanto adolescentes hombres y mujeres, a mayor peso más preocupación. Este fue el único factor que resultó ser común por género con valores similares.

Conducta alimentaria compulsiva

Las conductas compulsivas comúnmente representan para algunas personas una vía para disminuir los estresores que rodean su vida diaria. Diversas razones son las causantes de esta sobrealimentación: sociales, familiares, aburrimiento, alteraciones en el centro de saciedad, tensiones, etc. El sentimiento que causa la pérdida de control en el acto de comer, produce importantes trastornos psicológicos como sentimiento de culpa, inseguridad, baja autoestima y una lucha constante consigo mismo a los que se les une los problemas típicos de la etapa que se vive (Gómez Pérez –Mitre, 1995).

Gómez Pérez – Mitre y Ávila (1998), reportaron en su estudio relacionado con conducta alimentaria de riesgo y obesidad que esta práctica compulsiva fue la que tuvo un mayor peso, las adolescentes con peso normal son las que respondieron tener en menor medida esta conducta, sin embargo en las adolescentes con peso por debajo de lo normal su tendencia a tener esta conducta fue mayor que las que reportaban un peso normal. En los hombres la conducta compulsiva no aparece diferencialmente significativa.

CAPÍTULO 3: DESARROLLO: FÍSICO, COGNITIVO Y EMOCIONAL EN LA PREADOLESCENCIA.

La fase de desarrollo que abarca desde los 9 a los 14 años comprende el comienzo de la adolescencia. Usualmente corresponde al cuarto, quinto y sexto grados de primaria y al primero y segundo de secundaria, aunque este intervalo cronológico varía con relación al hombre y a la mujer. Especialistas en adolescencia, como Peter Blos (1980), se refieren a esta fase como una etapa de transición que incluye la preadolescencia y la adolescencia temprana. El comienzo de esta fase se caracteriza por cambios físicos, miedos, así como por regresiones que hacen parecer al joven como un adolescente en miniatura o como un niño muy desarrollado.

Las transformaciones fisiológicas incluyen, a su vez, transformaciones psíquicas tales como el cambio de actitud del sujeto frente a su propio cuerpo (modificación en la percepción de su esquema corporal, en las actitudes hacia su propia imagen, modificación de su yo); entonces podemos distinguir que, mientras la adolescencia es un proceso biológico, psicológico y sociocultural, la pubertad o preadolescencia se caracteriza por las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital que precederá a la adolescencia propiamente dicha (de la Fuente, 1996).

3.2. CAMBIOS FÍSICOS

El crecimiento es más lento y estable durante la niñez media que en los dos primeros años de vida. El crecimiento gradual y regular prosigue hasta los nueve años en las niñas y hasta los once años en los varones; a partir de ese momento comienza el “estirón del adolescente”. Sin embargo, adviértase que hay una gran variabilidad en el tiempo del crecimiento; no todos los niños maduran con la misma rapidez. Intervienen de manera conjunta el nivel de actividad, el ejercicio, la alimentación, los factores genéticos y el sexo. Pero aun así en cualquier momento

todos presentan un aumento en la longitud de los huesos a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha. Los episodios de rigidez y dolor ocasional por el crecimiento del esqueleto son muy comunes por la noche. Los niños que crecen rápidamente sufren este tipo de dolores a los cuatro años; otros no los padecen sino hasta la adolescencia (Craig, 2001).

En cuanto a la forma corporal, en las muchachas se notará el desarrollo de la cintura pelviana, y en los varones comienza el ensanchamiento de los hombros. También en la pubertad se forman las caderas anchas y redondeadas en la mujer, necesarias para el embarazo y parto; así como la formación de la cintura ancha y musculosa en los hombres (Nickel, 1995).

Los músculos del varón son más grandes, incluso el tamaño del corazón y de los pulmones, por lo que la capacidad de llevar oxígeno a la sangre es más grande, lo que aumenta considerablemente la fuerza y la resistencia (Papalia y Old, 1995).

En general, los cambios físicos son el motivo principal de las preocupaciones de los púberes de 11 y 12 años. El crecimiento físico se da en forma discontinua y sin seguir una armonía entre las partes del cuerpo, por lo que el joven constantemente está insatisfecho con su propia imagen. Las transformaciones fisiológicas y funcionales de esta etapa son, en gran parte activadas y controladas por las glándulas endócrinas, en particular la hipófisis que es la encargada de producir hormonas gonadotrópicas, que estimulan la maduración de las glándulas sexuales: testículos en los varones y ovarios en las mujeres (Tanner, citado por Moradela en 1995).

Con la activación de las glándulas y el incremento de la producción de hormonas sexuales: los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos, se inicia el desarrollo de la pubertad propiamente dicha; además de que son las que van a estimular la aparición de las características sexuales primarias y las características sexuales secundarias. Las características sexuales primarias son las que están relacionadas directamente con la reproducción, es decir, el desarrollo de los órganos sexuales, incluyendo los ovarios de la mujer, el útero, la vagina y los testículos del hombre, la próstata, el pene y las vesículas seminales (Nickel, 1985).

En el varón, el pene crece en longitud y circunferencia y los testículos aumentan de tamaño y debido al aumento de fluidos testiculares su apariencia es menos firme. Posteriormente crece la próstata, las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales que elaboran el fluido seminal. El joven comienza a tener sus primeras eyaculaciones espontáneas o inducidas, lo cual es aproximadamente entre 11 y los 14 años de edad. En este momento el preadolescente es prácticamente estéril y sólo después de dos o tres años aparecerá en la eyaculación una cantidad de espermatozoides lo suficientemente maduros y móviles adecuados para la fertilidad (Moradela, 1995).

En las mujeres, como consecuencia de la dilatación del útero y los cambios cíclicos por la acción hormonal, aparece la primera menstruación o menarquia, que es el derramamiento mensual del tejido que reviste la matriz. Al comienzo, los periodos menstruales no son acompañados por la ovulación, por lo que la niña no es capaz de concebir hasta después de uno a tres años de la menarquia (Moradela, 1995).

Por otro lado las características sexuales secundarias, son atribuciones fisiológicas de los dos sexos, los cuales son signos de maduración sexual, aunque no intervienen directamente con los órganos reproductivos. Estos incluyen los senos en las mujeres y el aumento del tórax en los varones. También en ambos sexos aparecen el crecimiento de vello en el área púbica, en las axilas y en el cuerpo; así como el cambio de piel y voz de niño a adulto (Papalia y Olds, 1995).

Para la niña el signo más visible es sin duda, el crecimiento de los senos, el cual aparece entre los 11 y los 14 años de edad y generalmente se han desarrollado completamente antes de comenzar la menstruación (Moradela, 1995).

La piel de las y los preadolescentes se vuelve más dura y grasosa, debido a la gran actividad de las glándulas sebáceas produciendo brotes de barros y espinillas.

Desarrollo de las habilidades motoras

El niño en edad escolar adquiere mayor dominio sobre los movimientos controlados y propositivos. La forma en que evoluciona el desarrollo motor durante la preadolescencia es la siguiente:

De los 9 a los 10 años

- Inicio del estirón del crecimiento en las niñas
- Aumento de la fuerza en las niñas acompañado de pérdida de flexibilidad
- Las niñas pueden saltar verticalmente, en promedio, a una altura de 20 cm. y los niños, a una de 25 cm.
- Conciencia y desarrollo de todas las partes y sistemas del cuerpo.
- Capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez.
- Mejoramiento del equilibrio (Craig, 2001, p. 278).

De los 11 años a los 12 años

- Las niñas suelen ser más altas y pesadas que los varones.
- Inicio del estirón del crecimiento en los varones.
- Juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento.
- Combinación continua de habilidades motoras más fluidas.
- Mejoramiento continuo de las habilidades motoras finas.
- Aumento constante de la variabilidad en la ejecución de las habilidades motoras (Craig, 2001, p.278).

Antes de la pubertad, las diferencias de género en las habilidades motoras dependen más de la oportunidad y de las expectativas culturales, que de variantes físicas. Tales diferencias guardan estrecha relación con el momento en que el niño practica una habilidad determinada (Craig, 2001).

3.3. DESARROLLO COGNOSCITIVO

Durante la preadolescencia, otra área importante del comportamiento es la relativa a las funciones y el desarrollo cognoscitivo. Este desarrollo cognoscitivo o cognición, es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Entre estos procesos se cuentan los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria. Según Piaget (1950), la cognición entraña la conducta de estructuración que determina los diversos circuitos posibles entre sujeto y objeto (Horrocks, 1986).

Durante la niñez el niño va a empezar a exhibir nuevos patrones y formas de conducta que señalarán su próximo ingreso a la etapa preadolescente y adolescente. Ahora es inquieto, curioso e investigador, mostrando una gran preocupación por afirmar su personalidad y por profundizar en la comprensión del mundo adulto (Piaget, 1969).

La mejor manera de describir el desarrollo cognoscitivo de una persona es considerarlo como una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la anterior. Por tanto, se puede diferenciar la conducta cognoscitiva de las personas, según las diferentes etapas de su desarrollo mental. Por ejemplo Harvey, Hunt y Schroder (1961 citado en Horrocks, 1986) hacen una relación del desarrollo cognoscitivo y de la personalidad en un sistema que contiene cuatro niveles de desarrollo. El primero, *dependencia unilateral*, se caracteriza por el control externo y la aceptación absoluta de controles manejados desde el exterior. El segundo nivel, *independencia negativa*, se distingue por el comienzo del control interno y a la resistencia al control autoritario. El tercero, *mutualidad*, es aquel en el que se ve a las personas en forma menos subjetiva, y según los estándares de otros. En este nivel son posibles las relaciones mutuas y es posible sostener de modo simultáneo puntos de vista alternativos. En el cuarto nivel se integran *la mutualidad y la autonomía*; se caracteriza porque se tienen estándares

abstractos, se dispone de un esquema conceptual alternativo y se tiene la capacidad de sostener con firmeza un punto de vista, sin distorsionar la información recibida. Entre estos cuatro niveles hay diversas etapas de transición. Cuando un niño se encuentra ante una exigencia relativamente nueva de su medio, es probable que comience un ciclo de desarrollo totalmente nuevo. Lo más posible es que el cuarto nivel aparezca durante la adolescencia y no antes de los nueve años de edad.

También Elkind (1971 citado en Horrocks, 1986) observó que varios aspectos del comportamiento adolescente, pueden deberse a la aparición de nuevas actitudes cognoscitivas. Entre éstas se encuentra la tendencia del adolescente a realizar introspecciones y evaluarse desde el punto de vista de otra persona, su inclinación al idealismo y a razonar acerca de los principios opuestos a los hechos; su percepción de las situaciones en que debe elegir opciones sociales, con la resultante dificultad de llegar a decisiones sociales, y su capacidad para enfrentarse a problemas en los que actúan muchos factores al mismo tiempo. Asimismo, observa que las estructuras cognoscitivas de una etapa del desarrollo determinada, permiten hacer observaciones con respecto a las características de la personalidad que típicamente deben encontrarse en individuos que están en ese nivel de desarrollo.

Adelson y O'Neil (1966, citado en Horrocks, 1986) han informado que los cambios en las ideas de los preadolescentes, representan un desplazamiento hacia la integración y los conceptos orientados al futuro. Antes de los 13 años, a un niño le es difícil imaginar las consecuencias de una acción; antes de los 5 no puede visualizar a su gobierno como un todo. Adelson y O'Neil sugieren que los preadolescentes no pueden asumir los derechos legales de un ciudadano en su comunidad, debido a que aún no tienen un punto de vista diferenciado. Al respecto, es interesante notar el descubrimiento realizado por Kohlberg (1963 citado en Horrocks, 1986), de que los niños más pequeños son insensibles a la individualidad y más autoritarios en sus relaciones interpersonales que los adolescentes.

Razonamiento Moral

Con los años, los niños aprenden de alguna manera a distinguir entre el bien y el mal, entre amabilidad y crueldad, generosidad y egoísmo. Un juicio moral maduro supone algo más que el aprendizaje mecánico de reglas y convenciones sociales. Exige tomar decisiones respecto al bien y al mal. Según los teóricos cognoscitivos, la moral, al igual que el desarrollo intelectual, se adquiere en etapas progresivas relacionadas con la edad. Aquí explicare esta aproximación (Craig, 2001).

Piaget (1965, citado en Craig, 2001) definió la moral como el respeto de un individuo por las reglas del orden social, y como el sentido de justicia que consiste en interesarse por la reciprocidad e igualdad entre los individuos. Así mismo menciona que el sentido moral del niño proviene de la interacción entre sus estructuras incipientes de pensamiento y su experiencia social que se acrecenta gradualmente. El sentido moral se desarrolla en dos etapas. En la etapa del *realismo moral* (al inicio de la niñez media), el niño piensa que todas las reglas han de obedecerse como si estuvieran grabadas en piedra. Para él son cosas reales, indestructibles y no principios abstractos. En esta etapa, el niño juzga además la moralidad de un acto a partir de sus consecuencias y no es capaz de juzgar las intenciones. Hacia el final de la niñez media (entre los 10 y 12 años de edad) se llega a la etapa del *relativismo moral*. Ahora el niño comprende que los individuos de modo cooperativo crean y aceptan reglas, y que éstas son susceptibles de cambio cuando es menester. Este conocimiento, permite que el niño se dé cuenta de que no hay un bien ni un mal absoluto y que la moral no se basa en las consecuencias, sino en las intenciones.

Por otro lado tenemos a Lawrence Kohlberg (1984) el cual amplió la teoría de las dos etapas de Piaget sobre el juicio moral a una de seis etapas. Al formular su teoría, presentaba a los sujetos (niños, adolescentes y adultos) historias con problemas morales y luego les hacía preguntas acerca de ellas para descubrir las clases de razonamiento que utilizaban. El personaje principal de cada historia encaraba un dilema ético que debía resolver el sujeto entrevistado. Con ello Kohlberg (1984) definió tres niveles de razonamiento moral:

Niveles	Etapas de razonamiento
<p><i>Nivel I: Moralidad preconventional (4 a 10 años).</i> En este nivel, el énfasis está en el control externo. Los estándares son los de los demás y se cumplen para evitar el castigo u obtener compensaciones.</p>	<p><i>Etapa 1. Orientación hacia el castigo y la obediencia.</i> “¿Qué me pasará?” Los niños obedecen las reglas de otros para evitar el castigo. Desconocen los motivos de un acto y enfocan su forma física (como el tamaño de la mentira) o sus consecuencias.</p>
	<p><i>Etapa 2. Propósito instrumental e intercambio.</i> “Tu me rasguñaste la espalda y yo te rasguñaré la tuya”. Obedecen para obtener recompensas, para recibir el pago de favores.</p>
<p><i>Nivel II: Moralidad convencional (10 a 13 años).</i> Los niños ahora quieren complacer a otras personas. Aun observan los estándares de los demás pero los han internalizado en alguna medida. Ahora quieren que las personas cuyas opiniones son importantes los consideren “buenos”, y pueden tomar los roles de las figuras de autoridad lo bastante bien como para decidir si una acción es buena según sus estándares.</p>	<p><i>Etapa 3. Moral del “niño bueno”,</i> consiste en mantener buenas relaciones y obtener la aprobación de la gente. Es decir, muestra conformidad para evitar la desaprobación o el rechazo de los otros.</p>
	<p><i>Etapa 4. Sistema y conciencia social.</i> Las personas están interesadas en cumplir sus obligaciones, demostrar respeto hacia la autoridad más alta y mantener el orden social. Considera un acto siempre malo, por encima del motivo o las circunstancias, si viola una regla o lastima a otros.</p>
<p><i>Nivel III: Moralidad postconvencional (13 años, hasta la edad adulta joven, o nunca):</i> Este nivel marca el logro de la verdadera moralidad. Por primera vez, la persona conoce la posibilidad de conflicto entre dos estándares socialmente aceptados y trata de decidir entre ellos. El control de la conducta ahora es interno, tanto en los estándares que se observan como en el razonamiento de lo bueno y lo malo. Las etapas cinco y seis pueden ser métodos alternativos del más alto nivel de razonamiento moral.</p>	<p><i>Etapa 5. Moral del contrato, de los derechos del individuo y de la ley aceptada democráticamente.</i> Esto es obedecer las leyes del país por el bien de la comunidad.</p>
	<p><i>Etapa 6. Moral de los principios individuales de conciencia.</i> Obedecen los principios éticos universales.</p>

Kohlberg (1984)

Desarrollo de lo concreto a lo formal

Piaget (1950, citado en Horrocks, 1986) postula una secuencia de cuatro etapas principales en el desarrollo cognoscitivo, que cada niño atraviesa íntegramente en su avance hacia la madurez. Las primeras dos etapas son la sensoriomotriz y la de pensamiento preoperacional. Continúa en sucesión, la etapa de operaciones concretas y la de operaciones formales o etapa proposicional que abarcan el periodo de pensamiento operacional.

Siguiendo con lo antes dicho, aproximadamente de los 7 a los 11 años, el niño que ha superado las anteriores etapas del desarrollo cognoscitivo inicia la tercera etapa, la de operaciones concretas, el niño desarrolla operaciones que se basan implícitamente en la lógica de clases y relaciones. Durante este periodo, las operaciones del niño son concretas, ya que se relacionan con la realidad en sí, ilustrada por objetos reales que pueden manipularse y ser “sometidos a acciones reales”. En este periodo, que abarca hasta la preadolescencia, el niño sólo trata con objetos reales de su ambiente. Las hipótesis que hace dependen de su propia experiencia con la realidad y, en este sentido, representan lo que pudiera llamarse una extensión de la realidad experimentada personalmente.

Posteriormente, durante la cuarta etapa, la proposicional o de operaciones formales (de los 11 años a los 14 años) el niño ya no tiene que restringirse a los datos que percibe de su medio ambiente inmediato, temporal y espacial. El periodo de operaciones formales, anunciado por un desequilibrio que rompe el balance cognoscitivo previo, lleva al adolescente más allá de la experiencia personal y le permite basar sus hipótesis de hechos no observados y no experimentados. Ahora puede manejar la información más allá de las barreras espaciales y temporales en términos probabilísticos y, si lo desea, puede reconstruir la realidad. Por lo tanto, en el periodo de operaciones formales, el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Se da cuenta de que lo posible contiene a lo real, y ya posee la capacidad para razonar de manera hipotético-deductiva. Por lo tanto, las operaciones formales se aplican a hipótesis o

proposiciones, mientras que las operaciones concretas son aplicadas a objetos tangibles.

Al describir la cuarta etapa, Piaget (1969) escribe: “entre los 11 y los 12 años de edad, el pensamiento formal se hace posible; es decir, las operaciones lógicas comienzan a transportarse del plano de manipulación concreta al ideacional, en el que se expresan por medio de algunas clases de lenguaje (palabras, símbolos matemáticos, etc.), sin el apoyo de la percepción, de la experiencia y ni siquiera de la fe”. Por lo tanto, el niño que ha entrado a la cuarta etapa, según Piaget, es capaz de obtener conclusiones a partir de hipótesis puras, sin tener que basarse en la observación real.

Las operaciones formales tienen cuatro características interrelacionadas: a) la relación de lo real con lo posible, b) la capacidad para hacer análisis combinatorios, c) la capacidad para el razonamiento proposicional, y d) la capacidad para el pensamiento hipotético deductivo.

Memoria

Varios e importantes progresos ocurren en las capacidades retentivas de los niños durante la etapa de las operaciones concretas. La capacidad de recordar listas de objetos mejora en forma considerable entre los cinco y los siete años. Casi todos empiezan a esforzarse de modo consciente por memorizar la información, observan con detenimiento lo que deben retener y lo repiten una y otra vez. Más tarde lo organizan por categorías y finalmente, crean historias o imágenes visuales para recordar mejor. La retención del niño mayor es más eficaz y adecuada por la utilización deliberada de las estrategias de memoria (Farell, 1985 citado en Craig, 2001).

Dicho con otras palabras, el preadolescente aprende procesos de control: estrategias y métodos que mejoran su memoria. A continuación se dan ejemplos de éstos.

1. Repaso. Al principio el niño se limita a repasar repitiendo las cosas varias veces, una tras otra. Pero a los nueve años comienza a agruparlas. Con este proceso mejora su capacidad de retener la información en la memoria a corto plazo y de transferirla a la memoria de largo plazo.

2. Organización. A diferencia de los escolares más pequeños que suelen relacionar las palabras por mera asociación, los mayores organizan grupos de palabras, atendiendo a las características y al significado común: las manzanas, las peras y las uvas son “frutas”.

3. Elaboración semántica. La elaboración semántica consiste en emplear la inferencia lógica para reconstruir un hecho, en vez de limitarse a retener una copia “perfecta” sin corrección.

4. Imaginería mental. A los niños de corta edad podemos enseñarles a recordar material insólito, con sólo construir imágenes o “fotografías” en su mente. Los niños mayores suelen hacerlo más por su cuenta y sus imágenes tienden a ser más vivas.

5. Recuperación. A menudo, cuando los niños pequeños tratan de deletrear una palabra, buscan las letras correspondientes en su memoria. Tal vez conozcan la letra con que empieza el vocablo, pero necesitan probar las posibilidades del resto del mismo. Los niños mayores aplican de manera más eficaz las estrategias de recuperación.

6. Guiones. El recuerdo de hechos comunes puede organizarse por medio de “guiones”. Este método tiene la ventaja de que, cuando un suceso se repite varias veces, no es necesario almacenar por separado en la memoria cada vez que sucede. Podemos recordarlo en una secuencia fija de acontecimientos, junto con “ranuras” de relleno para los aspectos que cambian (Craig, 2001, p.286)

3.4. DESARROLLO AFECTIVO

Si el desarrollo cognitivo afecta al modo en que interpretamos el mundo físico, también afectará al modo en que interpretamos el mundo social de nuestra vida cotidiana. Según Inhelder y Piaget (1958 citado en Kimmel, 1998), la transformación estructural (de las operaciones formales) es como un centro desde el que irradian las diversas modificaciones más visibles del pensamiento que tienen lugar en la adolescencia. Una interpretación de esta idea, respaldada por un estudio llevado a cabo por Tomlinson- Keasey y Eisert (1981 citado en Kimmel, 1998) es que las operaciones formales funcionan como una especie de núcleo organizacional para una amplia área de funcionamiento social y emocional. Es decir, el desarrollo cognitivo afecta a todas las áreas del pensamiento, con independencia del contenido. Tanto el desarrollo emocional como el intelectual interactúan con el núcleo organizacional subyacente. Así pues, este modelo proporciona un marco para vincular el desarrollo emocional y social con las características generales del pensamiento adolescente.

Según González y Romero (1986), el afecto se puede definir como la inclinación hacia una persona o cosa y engloba todo lo que proviene de la sensibilidad, de la emoción, del sentimiento. El proceso de la afectividad comienza desde los primeros contactos del bebé con su madre y con el medio ambiente, después el énfasis recae en la relación con los demás. Los contactos afectivos son los que permiten al niño, en virtud de las identificaciones y de las incorporaciones, hacer suyas las actitudes, las maneras de pensar y de sentir, así como los valores superiores del medio ambiente en que se encuentra. La afectividad es por su misma naturaleza el fenómeno más íntimo del psiquismo, y un fenómeno eminentemente social.

Esta relación que se presenta desde los primeros años de vida, adquiere una importancia especial durante la preadolescencia. Durante esta etapa los afectos sufren transformaciones que comprenden desde la mera expresión impulsiva hasta la obtención de valores y metas motivacionales con un fin expresado en la sociedad (González y Romero, 1986).

Así también, las profundas transformaciones del metabolismo hormonal y las perturbaciones del equilibrio físico y psíquico en el púber traen como consecuencia profundas perturbaciones en la vida afectiva. Ya que el púber atraviesa por estados afectivos extremos y frecuentes en los que se alternan periodos de relajamiento, cansancio y sentimiento de fuerza; satisfacción vs. disgusto, e incluso alegría y simpatía vs. tristeza y mal humor evidente (González y Romero, 1986).

Durante la preadolescencia, la tendencia a la ansiedad es relativamente intensa, la cual debe su origen precisamente a la excitabilidad y labilidad afectiva que experimenta el preadolescente. Pero también puede encontrarse, que esta ansiedad sea el resultado de la lucha interna entre las fuerzas antagónicas que en esta edad invaden al púber. Esta ansiedad se manifiesta en forma de pesadillas, miedo a la obscuridad, etc., y tiende a ir disminuyendo con la edad (Nickel, 1995).

Así, entonces, las oscilaciones bruscas del ánimo y el humor no son raras durante la preadolescencia. En ocasiones la persistencia de síntomas como la tristeza, la inhibición, el desinterés y los sentimientos de culpabilidad, unidos con mayor o menor intensidad a manifestaciones somáticas (insomnio, anorexia, amenorrea, trastornos digestivos, etc.) hacen pensar en un trastorno psíquico de cierta importancia, conocido bajo el nombre de depresión. Ocasionalmente, el preadolescente sufrirá de una crisis de melancolía en donde destacan la falta de energía en sus actividades, el decaimiento y el bajo rendimiento intelectual (Papalia y Olds, 1995).

Para González y Romero (1986), el origen de esta crisis debe cifrarse en el duelo por la pérdida de la identidad infantil, vivido con especial intensidad por aquellos sujetos sobre los que sus padres han mantenido una actitud sobreprotectora. Estas crisis también se pueden desencadenar por heridas narcisistas que sufra el preadolescente, como son fracasos reiterados en la vida sentimental, en el ámbito escolar o en el deportivo.

Por otro lado, Erikson propuso que el conflicto de laboriosidad frente a inferioridad constituye la parte esencial de la preadolescencia. Bajo el ímpetu de la instrucción formal, gran parte de la energía y del tiempo del niño, se concentran en adquirir nuevos conocimientos y habilidades. El niño puede ahora canalizar mejor su energía al aprendizaje, a la solución de problemas y al logro. Cuando tiene éxito en la escuela, incorpora a su autoimagen el sentido de la laboriosidad; se da cuenta que el esfuerzo produce resultados y sigue avanzando en el dominio del ambiente. Por el contrario, el niño que no consigue el dominio académico empieza a sentirse inferior frente a sus compañeros. Este sentimiento de inferioridad puede formar parte de su personalidad durante toda la vida. Sin embargo, no tener éxito en el trabajo escolar puede compensarlo en otras actividades apreciadas como los deportes, la música o el arte (Craig, 2001)

Con lo anterior, encontramos que en la pubertad el niño se presenta con un carácter contradictorio, en el que el sentimiento de exagerada confianza, se alterna con el desaliento y la desconfianza. En otras palabras, el sentimiento de sí es lábil y oscila continuamente entre sentirse satisfecho y sentirse insatisfecho de sí mismo (Moradela, 1995).

Por otro lado, existen diversas teorías que hacen referencia al desarrollo afectivo y social del preadolescente, como lo es la de Gesell, él marca el décimo año de edad como la confirmación de los años de niñez y como tal, le presenta al niño un interludio de relajamiento durante el cual puede asimilar e integrar sus logros. Los afectos del hogar, la familia y los amigos, así como los intereses sexuales, disminuyen un poco. El niño tiende a ser asimilativo, causal y concreto, no hace concesiones al autoanalizarse. Éste es un periodo de equilibrio y balance. Relativamente libre de tensiones, el niño tiende a aceptar el mundo tal como lo encuentra (Horrocks, 1986).

Así mismo menciona que el undécimo año es la “época de la transición“. Se pierde el equilibrio y comienza una incansable actividad. Aparecen nuevas formas de autoafirmación, sociabilidad y curiosidad. La vida emocional alterna entre la melancolía y el buen humor, pero sobre todo, el niño es sumamente activo. Es desgarrado, le gusta discutir y busca puntos de apoyo para contender. El muchacho de 11 años se vuelve crítico, pendenciero, “revoltoso” con los de su edad y, a menudo, grosero. Surgen problemas en las relaciones familiares. Inocente e ingenuo, el muchacho empieza a mostrar su individualidad y confianza en sí mismo. Es una edad de desequilibrio, pero también de nuevos brotes.

El duodécimo año es un regreso a un mayor equilibrio. Menos insistente, más razonable y más fácil de acompañar: el niño es menos problemático para los adultos, más objetivo, menos ingenuo y centrado en sí mismo, además de que está ampliando sus horizontes sociales. El grupo de su edad se vuelve importante y el entusiasmo aumenta. Este periodo favorece la integración de la personalidad, es un tiempo de empatía. El niño muestra indicios de su capacidad para madurar.

Por otro lado se encuentran las aportaciones de Anna Freud (1965, citado en Horrocks, 1986), quien considera que los trastornos del adolescente son inevitables, porque durante la latencia sólo se logra un equilibrio preliminar y precario entre las fuerzas del id y del ego. Los cambios en la actividad y calidad de los impulsos generados en la pubertad trastornan este equilibrio, y la persona en desarrollo debe alcanzar casi la sexualidad adulta. La acción de tales ajustes internos produce los trastornos de comportamiento manifestados en la adolescencia. Sin embargo, algunos adolescentes se muestran “renuentes a crecer” y no despliegan estas tendencias. Estos muchachos dan gran importancia a las relaciones familiares y son considerados como hijos sumisos. Mantienen las ideas y los ideales de su preparación anterior. Tal “renuencia” se origina en el super-ego, en lugar de hacerlo en los aspectos del id de la personalidad.

Al referirnos a la posición de Adler (1931, citado en Horrocks, 1986), cabe suponer que la transición a la adolescencia es una búsqueda de superioridad, que se realiza cuando el niño se esfuerza por alcanzar la edad adulta y la adecuación como hombre o mujer. La búsqueda de la adecuación personal se caracteriza por varias compensaciones, la más importante es la masculinidad, marcada por el comportamiento que se describe como protesta masculina.

Así mismo opina que la madre estaba en una posición estratégica para tratar con los niños, y que no debían cuidarlos otras personas; la madre podía cumplir esta función mejor que un sustituto externo. Creía que las madres, o los padres en general, debían ser adiestrados por las escuelas públicas en centros de orientación que cumplieran con su función en la crianza de los hijos. Aunque este concepto se centraba específicamente en los niños más pequeños, también era aplicable al adolescente.

Otro autor importante de mencionar es Harry Stack Sullivan (1953, citado en Horrocks, 1986), por sus etapas heurísticas, propuestas para el desarrollo, cada una de las cuales comienza con nuevas necesidades y relaciones interpersonales que ofrecen oportunidades para aprendizajes nuevos y mejor ajustados. Las etapas que plantea son: infancia, niñez, era juvenil, preadolescencia, adolescencia y edad adulta. La preadolescencia comienza cuando el niño madura y manifiesta la necesidad de una relación estrecha en pareja con otra persona del mismo sexo, cuyo estatus sea comparable al suyo. En dicho sistema se postula que la necesidad de intimidad social es básica y se considera que durante la era juvenil y la preadolescencia dicha necesidad está en desarrollo. Los periodos de la infancia y la niñez se representan de manera similar, como épocas de desarrollo de la necesidad de seguridad con sus correspondientes manifestaciones de ansiedad. Durante la preadolescencia, a medida que el niño se preocupa de las relaciones con sus condiscípulos, surge una tendencia a separarse de las estrechas relaciones familiares, aunque los padres todavía son importantes.

3.5. SOCIALIZACIÓN Y FAMILIA

Los procesos de socialización van a implicar interacciones diarias entre padres e hijos en contextos que diferirán en su función, en su estructura interpersonal y en su impacto en el hijo. Por medio de dichos procesos se transmiten las normas de una sociedad específica de una generación a la siguiente. Es un proceso que se lleva a cabo sobre todo en las familias, y en su seno se practica por medio de los padres, se inicia con muestras de conducta muy específicas y concretas como el utilizar una cuchara en lugar de los dedos para comer, etc. Ello implica, más que una mutua interdependencia entre los miembros de la familia, una interdependencia de las interacciones, lo cual supone que la calidad de una relación influye y, a su vez, es influida por el resto de las relaciones. Estos procesos de relación según Gilbert (1984 citado en Musitu, 1996) serán principalmente transaccionales. En los procesos transaccionales, las personas mantienen cambios internos durante el transcurso del intercambio con los demás. Todas las partes del campo transaccional son interdependientes, y cada una modifica al resto a través de un feedback circular; el conjunto mostrará la relación funcional entre las partes. El conjunto y las partes serán complementarios e indispensables entre sí. No obstante, no todos los componentes de un sistema relacional pueden cambiar cualitativamente al mismo tiempo, y en el mismo grado, o de forma similar (Musitu, 1996).

La socialización tiene como meta que los niños encajen en una sociedad en particular, por lo que deben adquirir los patrones de conducta aceptables para esa sociedad y, ya que se considera que en muchos aspectos la familia es un reflejo de ésta, entonces el aprendizaje de dichas reglas se inicia en la vida familiar. Además hay que agregar que la socialización no es un asunto fríamente intelectual de aprender, las familias se caracterizan por la considerable intensidad emocional con la que manejan gran parte de sus asuntos, y aunque no se enseña explícitamente a los niños el manejo del amor y del odio por ejemplo, sin embargo, la socialización de las emociones es una de las experiencias más importantes que ofrece la familia. Es importante recalcar que hoy en día es aceptado que en este proceso los niños distan de ser pasivos, ya que desde su más temprana edad toman parte activa en su propia crianza, por lo que el concepto de niño como participante es el apropiado (Schaffer, 2000).

CAPÍTULO 4: RELACIÓN MATERNA

La relación vincular entre la madre y su hijo comienza a forjarse, en un tiempo anterior a la presencia extrauterina. El vínculo se apoya en los precursores fantasmáticos que estructuran la representación de un bebé imaginario en el mundo interno de la madre, para luego evolucionar hacia una relación vincular con un feto en desarrollo, presente a pesar de ser invisible, existente aunque casi desconocido.

La línea evolutiva de las relaciones vinculares, transita por dos estadios bien diferenciados entre sí: el primero de ellos se refiere a la aparición de representaciones en el psiquismo materno – y del padre, aún que en forma secundaria – sin relación alguna con el futuro bebé, pero que actúan como precursores vinculares; en este estadio inicial anobjetal, podemos distinguir dos diferentes tiempos o fases: la primera corresponde a la fase del deseo, mientras que la segunda tiene que ver con la fase de la fantasía.

El segundo estadio corresponde al inicio, desarrollo y consolidación creciente de la relación objetal propiamente dicha, en el cual las representaciones psíquicas que la madre – y el padre - tienen de su bebé guardan una relación cada vez más estrecha con el hijo (a) real; también está subdividido en dos fases, claramente diferenciadas por el hecho del nacimiento: la primera tiene que ver con el inicio de la relación objetal con un objeto externo-interior, y la segunda, con la relación objetal – intersubjetiva – con el bebé real y concreto.

Esta estructura vincular resulta indispensable para el interjuego de introyecciones, tanto de funciones como de actitudes y conductas maternas, que irán haciendo posible el desarrollo del psiquismo del neonato (Vives y Lartigue, 1994).

La madre juega un papel muy importante en el desarrollo del niño, pues es la figura central en la unidad familiar. Al nacer, el primer contacto que tiene el niño es con su madre, de ella recibe prácticamente todo en sus primeros meses de vida: calor, caricias, afecto, lenguaje y alimento. Generalmente pasa más tiempo con el niño que el padre, se encarga de cuidarlo, bañarlo, cambiarlo, etc (Oropeza, 1995).

La calidad del cuidado materno que recibe un niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental. Sullivan (1950, citado por Vives y Lartigue, 1994) nos dice que el neonato y mas adelante el niño tiene la capacidad de ser influido negativamente por su madre, quien puede transmitirle su ansiedad.

No es el propósito de este capítulo profundizar en este tema, sin embargo es importante dejar consignado que una manera de valorar los trastornos de la relación madre-hijo en etapas tempranas en su desarrollo, es mediante la exploración de los tipos y/o patrones de apego del bebé con su madre (Lartigue, Maldonado y Avila, 2002).

Estos patrones se dieron gracias a los resultados del trabajo realizado por Ainsworth (1978, citado por Heredia, 2005) y sus colegas, entre los que presentan, un *apego seguro* a la madre (de buena calidad), en virtud de la sensibilidad y correspondencia que existe entre ambos, o una de las dos formas principales de *apego inseguro* a ella (de mala calidad), que no permite lograr la regulación emocional: *el apego elusivo o evitativo, y el apego ansioso o ambivalente*.

Posteriormente, a medida que se fueron develando nuevos datos, un hallazgo importante fue la inclusión a la clasificación propuesta por Ainsworth de la categoría de *apego desorganizado*, descrita por Solomon y Main (1987 citado por Heredia, 2005). Se refiere al esquema de reacción que mezcla conductas de las tres categorías anteriores y que además no permanece estable.

El niño con *apego inseguro* tiene más posibilidades de desarrollar efectos secundarios negativos y una mayor predisposición a la trasmisión generacional del maltrato. Puede presentar disminución de la competencia social en la infancia y diversos problemas psicopatológicos en la adolescencia.

El *apego ansioso o ambivalente* se asocia con relaciones dependientes, ansiedad de separación y con una continua necesidad de confirmación de que es amado y aceptado. El niño es reacio al apartarse de la persona responsable de cuidarlo;

obedece de mala gana y de manera ansiosa por temor a que ella se ausente o no lo ayude cuando él la necesita (Heredia, 2005).

La relación materna se caracteriza por interacciones tensas, constreñidas, con escasas sensaciones de alegría, relajamiento o mutualidad, que se transmiten al observador como tensión y ansiedad. La madre se muestra extremadamente sensible a las señales del bebé, las cuales exageran o se realzan o se agravan; asimismo, expresa frecuente preocupación por el bienestar del bebé, por su comportamiento o desarrollo y se muestra a menudo *sobreprotectora*. El sostenimiento, arrullo, consuelo al niño es inquieto e inestable; la relación puede teñirse de interacciones negativas emocionales o verbales, pero no son la cualidad distintiva de la relación. Existe un pobre ajuste entre el nivel de actividad o temperamento de la madre y el bebé. El niño puede mostrar una intensa ansiedad frente a la madre, o buscar compulsivamente complacerla.

La madre y el niño expresan un tono afectivo, un estado de ánimo angustiado, aprehensivo, de agitación, acompañado de una expresión facial y verbalizaciones de temor; con frecuencia sobrerreaccionan el uno al otro, existen fallas en la regulación de la ansiedad tanto en la madre, como en el niño. Respecto al involucramiento emocional, la madre a menudo malinterpreta la conducta o los afectos del niño y consecuentemente responde de manera inapropiada (Lartigue, Maldonado y Avila, 2002).

Esto nos lleva a encontrar tres grandes diferencias en el comportamiento de la madre hacia su hijo. La primera es la madre *sobreprotectora*, que se caracteriza por no dejar hacer nada por su cuenta a su hijo, es decir, ella hace todo por él. Con la anterior conducta se provoca un hijo inseguro, tímido y tal vez dependiente. La persona que llega a la etapa de juventud buscando independencia y una maduración, se va a ver obstaculizado por dicha madre sobreprotectora, con ello no se pretende decir que la madre no ama a su hijo, pero la forma en que le demuestra su amor y le manifiesta su cariño, lo asfixia y le impide crecer y madurar (Klorman, 1998).

Por otro lado tenemos a la madre *abandónica*, los casos más frecuentes pasan con mujeres adolescentes desesperadas, sin ningún recurso económico, ni apoyo familiar, que tienen que mantener a un hijo y encuentran que una opción podría ser el abandonarlo, también es madre abandonica la de clase socioeconómica muy alta, que deja a su hijo en manos de una empleada, mientras que ella se va a hacer obras de beneficio o participa en actividades sociales, dedicándole muy poco tiempo a su niño(a). Esto puede desarrollar el pensamiento de que si no es merecedor del cariño de su madre, es porque él no vale nada o porque es malo, desarrollándose un sentimiento de culpa y de auto-odio, que trae como consecuencia las diferentes adicciones y la delincuencia.

En ambos casos, el de las madres sobreprotectoras y el de las abandonicas, encontramos que en muchas oportunidades imitan modelos maternos que tuvieron en su propia infancia.

La última es la madre *normal*, quien no deberá permitir por ningún motivo que alguna persona la desplace de su rol de madre. Esta madre debe comprender que su influencia durante todas las etapas evolutivas del niño, especialmente en sus primeros años es decisiva para el desarrollo de su personalidad, de la confianza en sí mismo y en los demás, del amor a sí mismo y a los demás y para su salud mental. El comportamiento de ella no es el de una mamá sobreprotectora, pero tampoco lo abandona, está a su lado, no le infunde miedo, ni angustia al cuidarlo, le enseña a cuidarse, facilita su independencia, pero si el niño la necesita, sabe que puede contar con ella (Klorman, 1998).

Con esto podemos observar como la madre, más que el padre, parece ser la figura clave de influencia en el hogar. Por ejemplo, Medinnus (1965 citado en Horrocks, 1986) observó que el amor propio del adolescente se relaciona más estrechamente con las actitudes de la madre en la crianza de los niños que con las del padre. Un estudio de Dignan (1965 citado en Horrocks, 1986) confirmó la teoría de Ericsson, según la cual de entre las identificaciones tempranas aisladas, la que ocurre con la madre es de extrema importancia para la formación de la identidad durante la adolescencia.

4.2. DIFERENCIAS SEXUALES DENTRO DE LA RELACIÓN MADRE- HIJO(A)

Si bien los roles específicos de la madre y del padre se superponen en gran medida, en todos los escenarios culturales están claramente diferenciados. Por supuesto, la distinción se refiere a los roles sociales de cada sexo, a los conceptos de masculinidad y feminidad y a la división del trabajo que prevalece en una cultura determinada (Ausubel, 1970).

Según Ausubel (1970) parece existir una división de funciones parentales en la familia: el padre realiza actividades primordialmente instrumentales (respaldo económico) y la madre cumple funciones de tipo expresivo (referidas a la crianza y afectivas). Se percibe a ésta como la que proporciona la mayor parte del trabajo rutinario de la crianza, del apoyo emocional y de la disciplina, así como el componente familiar más afectuoso y menos amenazador; por estas razones, la madre con frecuencia es el progenitor preferido, en particular en momentos de tensión, y ocupa también la posición central en la imagen infantil del conjunto familiar. En general, el rol de la madre sigue siendo mucho más estructurado y culturalmente estandarizado que el del padre.

El rol del padre también varía según el sexo del hijo. El padre ayuda a la niña a definir su rol sexual biológico y social tratándola cariñosamente, como a una mujercita. La niña a su vez, tiende a congeniar más con la personalidad de su padre que con la de su madre. En relación con el hijo varón, y aunque no lo reconozca conscientemente, el padre sirve como modelo de masculinidad y del rol sexual masculino, que incluye las formas aceptables de manifestar la agresividad propia del sexo. Los varones preescolares, que se caracterizan por su generosidad, perciben al padre como un individuo cálido y dispuesto a brindarle su guía y apoyo. Sin embargo, el padre habitualmente somete a su hijo varón a un control disciplinario más riguroso que a su hija, y se muestra menos afectuoso con él; en concordancia con esto, los varones suelen congeniar más con sus madres. Varios estudios indican, especialmente en el caso de los varones, que cuando el que impone la disciplina es el padre resulta más probable que el niño sea irritable, voluntarioso y directamente agresivo, en tanto que la disciplina materna conduce más a la inhibición de la ira y la hostilidad y a la aparición de trastornos psicossomáticos.

Así el sexo del niño interactúa con ciertas dimensiones de la crianza; las madres de varones muestran mayor estabilidad y continuidad en el factor “afecto versus hostilidad” y menos estabilidad en el control de la autonomía que las madres de niñas. La adaptación del niño –evidencia en sus respuestas a las técnicas de socialización empleadas por sus padres- es reflejo de la acción de un cúmulo de características de la personalidad materna, antes que de las prácticas de crianza específicas.

CAPÍTULO 5: ANSIEDAD

La raíz de la palabra ansiedad se ubica en el latín “anxietas”, que denota una experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor. Su uso en latín incluía una sugerencia de estrangulación (Howard, 1960).

El concepto de ansiedad ha evolucionado considerablemente. Durante el siglo XIX el teólogo danés Sören Kirkegaard (1843, citado por Roth, 1988) consideró la ansiedad como parte de la condición humana, originada por el manejo de su propia libertad y la toma de decisiones morales. Para el filósofo existencialista Heidegger (1927, citado por Roth, 1988), la ansiedad era consecuencia de la conciencia de la mortalidad humana. Posteriormente con la publicación del libro “La expresión de las emociones en hombres y animales” de Charles Darwin (1872, citado por Roth, 1988) se reconoce el valor adaptativo de la ansiedad y otras emociones en el proceso evolutivo de desarrollo. Distingue entre ansiedad y depresión, e indica que la primera es un estado de completa evitación y la segunda un estado de dolor continuo. Para Darwin existían emociones normales, pero cada una tenía su contraparte patológica a lo que él llamó “dolor frenético”, concepto que posteriormente se reflejó en la teoría psicoanalítica de Freud.

Pavlov (1927, citado por Roth, 1988) concluyó que los animales con cierta actividad nerviosa son más susceptibles a reaccionar con miedo frente a un estímulo amenazante. En el área de las neurosis humanas sugirió que las personas con un sistema nervioso central “débil e inhibido” tenían mayor predisposición para desarrollar formas mórbidas de ansiedad. Demostró que el miedo y la ansiedad se establecen en los animales por medio de la conversión de un reflejo incondicionado a una respuesta condicionada, que tomaba la forma de inhibición de comportamiento, agitación o excitación.

Uno de los primeros estudios en plantear el problema de la ansiedad fue el de Sigmund Freud (1929), quien la definió como algo que sentimos de carácter displacentero, de la que surgen sensaciones que afectan a los órganos respiratorios

y el corazón. Distinguió tres tipos de ansiedad: ansiedad real u objetiva, ansiedad neurótica y ansiedad moral. La ansiedad frente a un peligro real se presenta ante la amenaza real existente en el mundo externo, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. La ansiedad moral se presenta cuando se teme a un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

Puede aparecer al mismo tiempo más de un tipo de ansiedad o combinarse las tres. Freud (1929) describió que la única función de la ansiedad es como de señal de alarma al peligro en el mundo externo, de modo que cuando se haga conciente el Yo pueda tomar decisiones para enfrentarlo.

A partir de la década de los 60's se estudió la ansiedad como una emoción, y en los 70's como un constructor independiente, distinguiéndose claramente de la depresión (Roth, 1988).

Por otro lado, pasando a la teoría de la ansiedad rasgo- estado, tenemos a Spielberger (1975) el cual señala que la ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos concientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo, implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responder a éstas con reacciones de ansiedad estado desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

Asimismo, según Martínez (1995), la ansiedad es una reacción situacional de duración limitada, ya que la activación vuelve al nivel inicial anterior al estímulo. La ansiedad se define como una sensación consciente de miedo y aprensión que se anticipa a una amenaza o peligro y que en muchas ocasiones la persona no puede describir cual es la amenaza. La ansiedad se acompaña de alteraciones vegetativas (palpitaciones, sensaciones de ahogo, náuseas, sudoración, cambios musculares, temblores, torpeza muscular, etcétera) y sensaciones de pérdida de control sobre el

ambiente, la persona asustada no puede pensar con claridad y tiene dificultades en hacer sus actividades normales. Se acompaña de intensa sensación subjetiva y conductas de retirada y huida.

La autora antes mencionada hace referencia de 2 tipos de clasificación de la ansiedad. La primera la hace entre ansiedad específica y ansiedad inespecífica:

1. *Ansiedad específica*: Cuando la sensación de miedo está suscitada por un estímulo específico real o simbólico que el individuo puede describir.
2. *Ansiedad inespecífica*: Es un estado de miedo que no se encuentra asociado con ningún estímulo determinado. La persona tiene miedo pero no sabe que es lo que lo produce (p. 240 – 241).

La otra clasificación de acuerdo con la misma autora se hace entre:

A) *Ansiedad como estado situacional*: es un sentimiento de temor o amenaza que va acompañado de una fuerte excitación fisiológica. Es un miedo momentáneo cuya intensidad varía con el paso del tiempo y según el contexto en el que se encuentra el individuo.

La ansiedad de estado o situacional depende de distintos factores relacionados con la naturaleza del estímulo desencadenante que son:

1. La intensidad del estímulo amenazante: A mayor intensidad o cercanía del estímulo amenazante mayor reacción de ansiedad.
2. La valoración que hace el sujeto de la situación: Una situación que es neutra para un individuo, puede ser valorada por otro como amenazante.
3. La información y experiencia previa que se posee sobre una situación: La interpretación sobre el valor amenazante de una situación depende de la información que tenga el sujeto sobre dicha situación.

B) *Ansiedad como rasgo de personalidad*: Es un miedo global, estable y característico de un sujeto. El individuo con personalidad ansiosa posee una tendencia a experimentar miedo en muchas situaciones diferentes que son

percibidas como amenazantes. El desencadenamiento de la ansiedad se atribuye a una interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y la situación (p. 241 – 242).

Aquí es importante diferenciar entre el miedo, ansiedad y angustia, ya que como el autor anterior algunos tienden a usar indistintamente los términos para explicar alguno de estos conceptos. El miedo es una respuesta a un estímulo objetivo y amenazante que se activa cuando la persona se expone a la situación temida, es decir, cuando el peligro es inminente; pero cuando esta respuesta es constante, se habla de ansiedad y de un sentimiento desagradable relacionado con el estímulo o situación temida que entraña una respuesta emocional (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

La sensación de angustia es muy similar al miedo, en ambos casos existen modificaciones corporales, conductuales y psicológicas del organismo que lo preparan para la acción. Sin embargo, puede distinguirse entre el miedo y la angustia, en que el primero puede considerarse como una reacción normal del individuo frente a algo a lo que se teme. Los estímulos o situaciones temidas son concretos, externos y claramente reconocidos. En la segunda es un miedo indefinido, no se puede reconocer el objeto temido o en todo caso, está asociado con situaciones frente a las que el individuo admite que está respondiendo desproporcionadamente (Coderch, 1991).

Sin embargo, la distinción entre ansiedad y angustia no es tan clara. En general, resulta complicado distinguirlas conceptualmente. Se suele referir a la primera como una respuesta emocional (interpretación cognitiva), subjetiva e individual con un estado de inquietud, sentimientos de amenaza y temor indefinido. Mientras que la angustia hace referencia a una sensación más corporal (vivencia somática) sentida como un malestar corporal vago, constricción torácica y cardíaca. El término ansiedad se emplea más generalmente que angustia, debido a que las sensaciones corporales de esta última se incluyen en las respuestas ansiosas a nivel fisiológico, además del cognitivo y psicológico (Coderch, 1991).

5.2. LA ANSIEDAD EN LA NUTRICIÓN DE LOS PREADOLESCENTES

Las necesidades de los adolescentes no se reducen a lo biológico y fisiológico sino que también a lo psicológico y social. La calidad del estado de nutrición del adolescente es la confusión emocional que generalmente experimenta durante esta etapa, afectando sus hábitos alimentarios. El manejo hacia la independencia frecuentemente resulta en un rechazo temporal de los patrones dietéticos de la familia (Hernández, 1995).

Así mismo, la sociedad exige una “buena figura”, para mantener una buena imagen social aceptable. La moda y el comercio ofrecen las prendas de vestir para lucir sólo cuerpos esbeltos. Esta estética compulsiva ha provocado en países como Estados Unidos, una verdadera epidemia de anorexia nervosa y bulimia (Pérez y Platas, 1998).

En la actualidad muchos adolescentes tienden a restringir en exceso su ingestión energética, por otro lado es frecuente observar adolescentes que se inclinan hacia un excesivo consumo calórico y en específico de alimentos con gran contenido de azúcares y grasas, resultando en problemas cardíacos, de ingestión compulsiva, obesidad y otros.

En los años 50's Kaplan y Kaplan (1957, citado en McKenna, 1972), formularon la Teoría Psicosomática de la Obesidad, que plantea que la ingesta de alimentos se puede utilizar para tratar de reducir la ansiedad; siendo esta conducta usualmente establecida en la infancia, es más tarde en la vida cuando las dificultades personales y sociales asociadas con el exceso de peso conducen a incrementar la ansiedad. Este resultado provoca que la persona recurra a la sobreingesta para reducir su ansiedad, aunque desafortunadamente este modo de reducción de la ansiedad conduce a crear un círculo de mayor obesidad, más ansiedad y continua sobreingesta.

En consecuencia con el planteamiento de esta teoría, Schachter, Goldman y Gordon (1968) realizaron un experimento para examinar los efectos de la manipulación del miedo y la privación de comida, en la cantidad de comida que ingieren los obesos y

las personas de peso normal, de tal modo que ellos encontraron que los sujetos normales comieron más cuando se encontraban tranquilos y cuando tuvieron privación de comida que cuando fueron sometidos a la inducción de miedo (por medio de shocks eléctricos), por otro lado, también se encontró que la manipulación no tuvo efecto en la cantidad de alimento ingerido por los obesos que comieron casi lo mismo en todas las condiciones. Estos resultados no demostraron ser consistentes con la hipótesis psicósomática, debido a lo cual, Abramson y Wunderlich (1972) cuestionaron dichos resultados argumentando que los resultados se pudieron deber a que ellos utilizaron una estimulación objetiva para causar miedo por medio de shocks eléctricos y no una inducción de ansiedad neurótica (resultante de conflictos emocionales), la cual se presume que es la causante del sobrepeso. De cualquier modo, ellos también realizaron un estudio experimental, en el cual aplicaron cuestionarios para evaluar los niveles de ansiedad provocados en obesos y sujetos normales y evaluaron la cantidad de galletas ingeridas. Los resultados de este trabajo indicaron que los obesos tuvieron mayores niveles de ansiedad que los sujetos normales, pero que no encontraron diferencias entre el consumo de los obesos y los normales.

No obstante, en otro tipo de estudio Weinstein y Pickens (1988) evaluaron a través de cuestionarios el nivel de ansiedad y depresión a 20 mujeres obesas y 10 mujeres de peso normal, y los resultados revelaron que las obesas tenían niveles altos de ansiedad y depresión, lo cual según los autores, supone que las emociones juegan un rol en las causas de la obesidad. Asimismo, Schiattino, Santafuentes y Lolas (1993) también coinciden en haber encontrado mayores niveles de ansiedad en las mujeres obesas y con sobrepeso, que en las mujeres de peso normal.

La investigación realizada con obesos que acuden a algún tipo de ayuda médica con el fin de explorar sus características psicológicas, por lo general han encontrado algún tipo de asociación con ansiedad o depresión. Vila, Robert, Nollet-Clememcon y Vera (1995) aportan evidencia de dichas asociaciones en un estudio en el que evaluaron a una población de mujeres adolescentes, obesas y de peso normal, con diabetes-mellitus y sin diabetes (insulina-dependiente), conducta alimentaria, ansiedad, depresión y autoestima. En esta investigación, los resultados indicaron que las mujeres obesas diabéticas y sanas mostraron altos índices de desórdenes

alimentarios, ya que tomaban bocados adicionales que no tomaban las que no eran obesas, también se reveló que la obesidad se relacionó con la presencia de ansiedad leve y la autoestima, y por último, se encontró que las mujeres normales diabéticas tenían más desórdenes alimentarios que las normales sanas.

Frecuentemente se ha hecho mención de que el atracón o comida compulsiva, se relaciona con cargas emocionales. Weber (1993) apunta en el tema, que la necesidad central que conduce a realizar el atracón tiene el propósito de reducir el sufrimiento y con esto lograr sentirse bien. Esta asociación viene de que la comida está relacionada con la sensación de bienestar simplemente porque el comer por definición tiene una función nutritiva, por tanto es una forma básica de cuidar de uno mismo o de otro, en pocas palabras la alimentación es el cuidado básico que le puede dar una madre a su hijo.

Webber (1993) encontró una asociación entre atracones y ansiedad en un estudio con obesos que padecían atracones y obesos que no los padecían. Este estudio tenía el fin de evaluar las características psicológicas de ambos grupos, a lo cual se encontró que las características de los obesos con atracones eran similares a las encontradas en sujetos de peso normal con atracón, ya que los pacientes que sufren atracón, tienen mayores niveles de depresión, mayor ansiedad y más baja autoestima que las personas que no sufren de ellos.

Por su parte Rosen y Leitenberg (1982, citado en Leitenberg, Gross, Peterson y Rosen, 1984) asocian la presencia de ansiedad con el atracón desde otra perspectiva, ellos han encontrado que las mujeres que sufren de vómito autoinducido después de tener un atracón o aún después de comer pequeñas cantidades de comida considerada peligrosa por su contenido grasoso, reportan que el pensar en la ganancia de peso y en su apariencia corporal es lo que les provoca mucha ansiedad y que vomitar después de comérsela reduce esa ansiedad. Estos autores especulan que el vomitar puede servir para reducir la ansiedad y que podría funcionar de un modo similar a la compulsión de lavarse las manos o a otros rituales obsesivo compulsivos.

5.3. LA MADRE ANSIOSA Y SU RELACIÓN CON EL ALIMENTO

El vehículo más importante en el establecimiento de la relación inicial entre madre e hijo es el comer, la succión de la leche. Empieza a distinguir la figura de la madre, quien le da de mamar proporcionándole satisfacción, placidez, una sensación agradable de bienestar (Ortiz y López, 1986).

Una madre con buena empatía responde al pedido en forma de llanto, capta la necesidad del bebé. Una madre narcisista no registra las señales de hambre del bebé, le da de comer según sus deseos, metiéndole el biberón en la boca a la fuerza (Beker, 1984).

Es un buen bebe gordito, orgullo de mamá y de esta forma aprende que recibe caricias y aceptación si come sin parar lo que su mamá le da. Esta actitud de la madre sienta las bases de la obesidad futura del niño. Aunado a esto, está la inactividad que también es fomentada por la madre, quien no acepta que su bebé crezca.

Según Anna Freud (1985), la identidad temprana del amor por el alimento y el amor por la madre deja su impronta en la reacción ante el alimento y puede llegar a ser perturbadora para los hábitos alimenticios del niño. El niño se muestra enteramente inclinado a tratar el alimento que la madre le da del mismo modo como trata a la madre, cosa que significa que todas las perturbaciones posibles de la relación madre-hijo pueden trasladarse a la situación alimentaria.

Cuando las madres, para reafirmarse, fuerzan al niño a comer contra su voluntad, pueden introducirse factores emocionales en una situación de alimentación que por lo demás es simple. Entonces el comer se transforma en el símbolo de una lucha entre madre e hijo.

Aún cuando las madres no sean la causa de estas dificultades en la alimentación de sus hijos, pueden no obstante comportarse de manera tal que agraven los elementos patógenos de la situación. Bajo la influencia de su propias fantasías

inconscientes a menudo continúan durante un tiempo mucho más largo que el necesario, actuando como vínculo entre el niño y el alimento, y tratando por su parte el alimento que ofrecen como si fuese una parte de ellas mismas; se sienten complacidos y son afectuosas cuando el niño acepta el alimento y se ofenden cuando lo rechaza, como si su amor por el hijo hubiese sufrido un desaire; al niño que come mal le piden que coma y que lo haga “por ellas”, etc (Freud, 1985).

Ya en la pubertad las muchachas que quieren adelgazar, demuestran una conflictiva muy grande frente a la comida y esto acarrea problemas en la relación emocional con sus madres. Algunas madres de muchachas deseosas de adelgazar se caracterizan por una actitud marcadamente viril y dominante o intelectualistas, mientras que otras adoptan un papel de angustia y preocupación frente a la percepción de ellas mismas (Navarro, 1992).

Algunos autores como Porot (1977) y Onnis (1990), han manifestado que existen diferentes tipos de madres que de alguna manera abusan psicológica o físicamente de sus hijos. La madre escrupulosa en exceso, son mujeres que tienen un grado de neurosis y sentimientos de ansiedad, culpabilidad inconsciente, que no saben que hacer para obrar bien, jamás satisfechas, abrumadas por obligaciones que ellas mismas se crean, que se agotan y agotan a las personas que están a su alrededor.

Son las madres sobreprotectoras y perfeccionistas, escrupulosas hasta en los productos en los que da de comer a su hijo, esterilizando los utensilios, lo priva de caricias y besos, lo pesa como a sus raciones, lo atiborra o lo raciona de comida como para que cubra los ideales de crecimiento del niño (Porot, 1977).

En el niño, estos sentimientos afectivos de su madre, en principio generan en él sentimientos de culpabilidad, ya que a esa edad considera a su mamá como perfecta y aun más si al cometer cualquier error o apelación hacia lo que dice o hace su madre, ésta inmediatamente le infunde la inyección de la culpa con estas simples palabras: “si de verdad fueras bueno...”, “No te querré más si...”, “Pero hay un solo Dios que ve lo que me haces”, etc.

El niño en respuesta a los chantajes de su madre, se venga de su madre o la complace en su capricho y aparece muy pronto las manifestaciones de lo que se ha llamado el retraso afectivo, que se hace presente a través de situaciones como la enuresis, la encopresis, el balbuceo de niño pequeño, chuparse el dedo, anorexia mental, actividad escolar deficiente.

Lo mismo sucede con las jovencitas que presentan anorexia nervosa y sus caprichos alimentarios, es una forma de chantaje, ya que se ha visto que en las terapias al haber una separación con la madre, se alcanza resultados muy ventajosos y satisfactorios en la disminución de los síntomas del trastorno alimentario (Porot, 1977).

El estilo de crianza de padres con un trastorno por ansiedad tiende a ser más sobreprotector, restrictivo y limitante en la mayoría de las actividades cotidianas y propias de la edad de su hijo y muestran más conductas de rechazo hacia ellos cuando cometen un error o bien cuando toman la iniciativa en alguna actividad. La mayor parte de los hijos de padres ansiosos tienden a desarrollar un trastorno de este tipo en etapas subsecuentes. Sus relaciones están mediadas por bajos niveles de cohesión pero altos de sobreprotección (Turner, Beidei, Roberson-Nay & Tervo, 2003).

En una situación estresante, las madres de niños con ansiedad son más sobreprotectoras y entrometidas, sus relaciones son más negativas y limitantes que las madres de niños no ansiosos. Altos niveles de ansiedad en los niños se relacionan con negatividad e involucramiento excesivo en las interacciones de la díada madre-hijo (Hudson & Rapee, 2001). La sobreprotección de los padres puede desarrollar en el niño la idea de que el mundo es un lugar peligroso, limitando sus experiencias de aprendizaje y fomentar altos niveles de ansiedad en relación con las actividades cotidianas, moldeando así, un patrón de afrontamiento de evitación (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996).

Bakwin (1974), menciona que el exceso de ansiedad se presenta más frecuentemente en las madres que en los padres. Se ve a menudo cuando ha habido una enfermedad grave o una muerte entre los hermanos u otros miembros de la familia, o entre los hijos de amigos. Es frecuente en familias con un solo hijo en quien se concentran los deseos y esperanzas de los padres. Cuando el matrimonio de los padres es incompatible, el interés de la madre puede centrarse enteramente en el hijo, y se intensifica si la madre carece de intereses ajenos al hogar, lo que nos puede dar pie a pensar en una madre sobreprotectora. El exceso de ansiedad se asocia generalmente con afecto exagerado, exceso de protección y mimos, pero puede haberlo sin ellos. Se ve a veces en el progenitor que rechaza. El exceso de ansiedad se manifiesta por conducta exageradamente solícita. Las actividades del niño se limitan por el miedo de los padres a que contraiga una enfermedad o que sufra un accidente. No se le permite jugar libremente con otros niños por la posibilidad de enfermedad contagiosa y no se le deja que participe en deportes. No se le permite ir sin compañía de un adulto por el peligro del tránsito, personas extrañas y accidentes. Se exageran las enfermedades leves, y se mantiene al niño en cama sin asistir a la escuela un tiempo innecesariamente largo.

El niño generalmente responde al exceso de ansiedad de los padres con timidez, miedo, vergüenza y cobardía. Puesto que no se le ha permitido hacer frente sólo a las situaciones, se hace dependiente de sus padres en cuanto a la dirección. Es probable que se vuelva aprensivo y ansioso acerca de su salud (Bakwin, 1974).

En la tesis de Perez y Platas (1998), se muestra que las adolescentes con una percepción negativa de la relación materna presentan una mayor práctica de conducta dietaria, ya que al sentir la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijos, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido del cuerpo y probablemente ellas como respuesta reactiva, tratan de sobre controlar sus necesidades, lo que las lleva a dirigir su propia inanición, y su constante preocupación por su imagen corporal.

Así mismo estas autoras logran concluir que los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación sí se relacionan con una percepción negativa de su relación con la madre, entendiendo por una relación negativa, a la percepción de sus hijos de que sus madres son frías, distantes, intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, hostiles, indiferentes y rechazantes.

Los factores de riesgo que se relacionan más con la percepción negativa de la relación materna fueron: conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal anómala, dieta crónica y restrictiva y una clara insatisfacción con la imagen corporal.

Con base en lo anterior se pretende que los datos que se obtengan en la presente investigación permitan un mayor acercamiento al conocimiento del papel que la relación materna juega en la prevención del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera se espera que en un futuro los programas preventivos referentes a dichos trastornos tomen en cuenta la importancia de la madre y su nivel de ansiedad dentro de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO 6: PLAN DE INVESTIGACIÓN

6.2. PROBLEMA GENERAL

El nivel de ansiedad de las madres influye, en el nivel de ansiedad, en las relaciones, conducta alimentaria y peso corporal de los hijos(as).

6.3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

El nivel de ansiedad (alto/bajo) de la madre se relaciona con:

- 1) El nivel de ansiedad (bajo/ medio/ alto) del hijo;
- 2) La percepción (positiva/neutro/ negativa) de la relación materna.
- 3) El índice nutricional (bajo peso/peso normal/sobrepeso/ obesidad) del hijo; y
- 4) La conducta alimentaria de riesgo:
 - a) Dieta restringida.
 - b) Preocupación por el peso.
 - c) Conducta alimentaria compulsiva.

6.4. HIPOTESIS

El nivel de ansiedad (alto/bajo) de la madre se relacionará significativamente con:

- 1) El nivel de ansiedad (bajo/medio/alto) del hijo(a).
- 2) La percepción (positiva/neutro/ negativa) de la relación materna.
- 3) El índice nutricional (bajo peso/peso normal/sobrepeso/ obesidad) del hijo(a).
- 4) La conducta alimentaria de riesgo:
 - a) Dieta restringida.
 - b) Preocupación por el peso.
 - c) Conducta alimentaria compulsiva.

6.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes

Ansiedad (de la madre).

Sexo

Variables dependientes

Ansiedad (del hijo).

Percepción de la relación materna.

Índice nutricional.

Conducta alimentaria de riesgo.

6.6. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable Independiente

Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Variable independiente y variable dependiente

Ansiedad (de la madre y del hijo): La ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo, implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responder a éstas con reacciones de ansiedad estado desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

Dicha ansiedad como rasgo de personalidad, es un miedo global, estable y característico de un sujeto. El individuo con personalidad ansiosa posee una tendencia a experimentar miedo en muchas situaciones diferentes que son percibidas como amenazantes. El desencadenamiento de la ansiedad se atribuye a una interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y la situación (Spielberg, 1975).

Variables dependientes

Relación materna: La madre juega un papel muy importante en el desarrollo del niño, pues es la figura central en la unidad familiar. Así también la adaptación del niño es reflejo de la acción de un cúmulo de características percibidas de la personalidad materna (lo mismo vale para la percepción que el niño logra establecer sobre dicha relación) (Ausubel, 1970).

Índice nutricional (IN): Este índice fue validado en muestras de preadolescentes mexicanos (Saucedo y Gómez Pérez-mitre, 1998), para diagnosticar bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad en niños. El IN se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto, con la relación del peso y la talla correspondientes al percentil 50 (mediana), referidos en las tablas del National Center of Health Statistics-Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1983), considerando el sexo y la edad. Su fórmula es la siguiente:

$$IN = \frac{\text{Peso actual en kg/talla actual en m}}{\text{Peso en kg (percentil 50)/talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

Conducta alimentaria de riesgo. Se define como los patrones distorsionados de consumo de alimentos, en este estudio se entenderá por conducta alimentaria de riesgo el presentar conducta alimentaria compulsiva, atracones o episodios de ingesta voraz, conducta alimentaria de compensación psicológica o hábitos inadecuados de la conducta alimentaria; seguimiento de dieta restrictiva, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico y conducta alimentaria normal se considerará aquella que no se guía por hábitos, la ingesta se realiza bajo control, medida y conocimiento del individuo (Gómez Peresmitré, 1998).

6.7. DEFINICIONES OPERACIONALES

Variable independiente

Ansiedad (de la madre): se determinó de acuerdo con los puntajes obtenidos en la escala de Ansiedad de Rasgo (IDARE) de Spielberg y Díaz Guerrero (1975).

Sexo: respuesta de los niños de autoidentificación sexual.

Variable dependiente

Ansiedad (del hijo): se determinó de acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo en Niños (STAIC) de Spielberg y Díaz Guerrero (1990).

Relación Materna: se define como el puntaje obtenido a través de las respuestas que dio el participante a los reactivos de la sección K del cuestionario de alimentación y salud versión XX y XY que explora dicha variable.

Índice nutricional (IN): Para fines del presente estudio se define operacionalmente como:

$$IN = \frac{\text{Peso actual en kg/talla actual en m}}{\text{Peso en kg (percentil 50)/talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

En donde peso y talla se miden con báscula y estadímetro respectivamente.

Conducta Alimentaria de Riesgo: Se midieron los factores de riesgo con las respuestas dadas al cuestionario de alimentación y salud versión XX y XY para preadolescentes (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

CAPÍTULO 7: METODO

7.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio de campo, ex-post-facto y transversal. Corresponde a un diseño factorial de 4 X 2 (ansiedad alta y ansiedad baja) submuestras con observaciones independientes.

7.3. MUESTRA

Es de tipo no probabilístico con una N= 143 participantes (madres e hijos) subdividida como sigue:

- n 1 = niñas de madres con ansiedad alta.
- n 2 = niñas de madres con ansiedad baja.
- n 3 = niños de madres con ansiedad alta.
- n 4 = niños de madres con ansiedad baja.

7.4. PARTICIPANTES

Hombres y mujeres preadolescentes de 9 a 12 años (cuarto a sexto de primaria), sin defectos físicos notables.

7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se cuidará que los participantes:

- No tengan defectos físicos notorios.
- Sus padres no se hallan separado recientemente (1 año a la fecha).
- No halla muerto un ser querido recientemente (2 años a la fecha).
- No estén bajo tratamiento médico, psicológico, ni psiquiátrico.
- Vivan con su madre.

7.6. INSTRUMENTOS Y APARATOS

La ansiedad se midió con el siguiente cuestionario:

1.- Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo en Niños (STAIC).

Está constituido por dos escalas: ansiedad- estado (AE) y ansiedad- rasgo (AR). Para propósitos del presente estudio solo se aplicó la parte de ansiedad - rasgo. La dispersión de posibles puntuaciones para el STAIC varía desde una calificación mínima de 20 y una máxima de 60; la interpretación depende del sexo y edad del niño para lo cual se cuenta con los valores normales clasificatorios para ello.

Para convertir las puntuaciones directas, en los baremos se han empleado dos escalas derivadas muy conocidas en estos ámbitos: la centil de tipo ordinal (desde 1 a 99) y la típica S de media 50 y desviación típica 20 (que en una distribución aproximadamente normal se extiende también de 1 a 99), fácilmente transformable en otros también muy usadas (eneatipos o decatipos). En seguida se presentan los baremos correspondientes a los 2 sexos y en la base se encuentran los estadísticos básicos de los grupos normativos, N (casos), M (media aritmética) y Dt (desviación típica). El uso práctico de la tabla de baremos es bastante simple. Una vez obtenidas las puntuaciones directas (PD), en ansiedad de un sujeto mediante el uso de la plantilla de corrección se entra en el cuerpo de la tabla por la columna del sexo correspondiente hasta encontrar en valor directo y a la misma altura la puntuación centil (Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R., 1982).

Centil	Varones	Mujeres
	A-R	A-R
99	49	50
98	48	48-49
97	47	47
96	46	46
95	43	44-45
85	42	42-43
80	40	41
75	38	39
70	37	38
65	36	37
60	35	36
55	34	35
50	33	34
45	--	33
40	32	32
35	31	31
30	30	--
25	29	30
20	28	29
15	27	28
10	26	27
5	25	25
4	24	--
3	--	24
2	23	23
1	20-22	20-22

Diferenciamos tres niveles:

- Bajo: alumnos que puntúan dentro de la franja centil 1-39.
- Medio: alumnos que puntúan dentro de la franja centil 40-69.
- Alto: alumnos que puntúan dentro de la franja centil 70-99.

El punto de corte es de 37 para los hombres y 38 para las mujeres donde el sujeto no presenta ansiedad patológica que pueda estar afectándolo considerablemente (Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R., 1982).

Confiabilidad y validez.

El STAIC es útil en investigación para determinar los niveles de ansiedad provocados por situaciones de tensión como enfermedad (AE) y/o para detectar tendencias de comportamiento neurótico en niños escolarizados (AR) (veraneos A).

Para demostrar su confiabilidad en los estudios originales utilizaron dos métodos para calcularla; así primero utilizaron el método test-retest con un intervalo de seis semanas, obteniendo coeficientes para mujeres de 0.31 (AE), 0.65 (AR); para hombres 0.47 (AE), 0.71 (AR). Después calcularon el método de KR-20 de Kuder Richardson y reportan coeficientes para mujeres de 0.82 (AE), 0.78 (AR) (Spielberg y Díaz-Guerrero, 1990).

En estudios españoles realizados reportan nuevamente el grado de confiabilidad utilizando el método de dos mitades (impares-pares) refiriendo los siguientes resultados para mujeres 0.88 (AE), 0.83 (AR); para hombres 0.90 (AE), 0.86 (AR) y para la muestra total 0.89 (AE), 0.85 (AR) y también aplicaron la fórmula de KR-20 obteniendo los siguientes valores para mujeres 0.93 (AE), 0.87 (AR); para hombres 0.91 (AE), 0.87 (AR) y para la muestra total de 0.91 (AE) y 0.87 (AR) (Spielberg y Díaz-Guerrero, 1990).

Son más significativos los estudios de consistencia interna tipo KR-20 o “alfa” como el empleado tanto en los estudios originales como en los españoles. Los coeficientes obtenidos son suficientemente consistentes en nuestra cultura.

Se ha calculado la validez concurrente con dos instrumentos. 1. CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale for Children) obteniendo un coeficiente de 0.75 y 2. GASC (General Anxiety Scale for Children) reportando un coeficiente de 0.63. En los estudios españoles se ha calculado la validez de constructo en donde todos los elementos tienen peso significativo para la escala de AE explicando el 20.6 % de la varianza total entre los hombres y 21.1% en las mujeres. En la escala AR estos valores son del 19.4% y 21.6% en mujeres (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1990)

2. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).

El Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Rasgo- Estado fue desarrollado por C.D. Spielberg; A. Martínez- Urrutia; F. González; L. Natalicio y R. Díaz Guerrero (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975)

Está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la llamada ansiedad rasgo (AR) y la llamada ansiedad estado (AE). Cada escala contiene 20 reactivos en la que se pide al sujeto describir cómo se siente generalmente para la escala de rasgo y que indiquen cómo se sienten en un momento dado para la escala de estado (ver anexo B).

Es una escala autoadministrable y puede ser aplicada ya sea individualmente o en grupo, las instrucciones están impresas en el protocolo. El inventario no tiene límite de tiempo.

Para el propósito de esta investigación se aplicará solamente el cuestionario de ansiedad de rasgo, ya que es la medida más estable para comparar, dado que no se realizará ninguna manipulación experimental para inducir ansiedad – estado.

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. La dispersión de posibles puntuaciones para IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80. En la escala de AR el punto de corte es de 47 puntos donde el sujeto no presenta ansiedad patológica que pueda estar afectándolo considerablemente. Después de este punto de corte es necesaria una intervención psicológica más profunda ya que afecta el funcionamiento cotidiano del individuo en comparación con otros, pero que para él mismo son significativos. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos.

Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

Confiabilidad y Validez.

Knight y cols (1983), reportan un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 para la escala de AE y 0.87 para la escala AR, se encontraron relaciones significativas entre la edad y la calificación total de ambas escalas de -0.04 ($P < 0.10$) para AE y -0.08 ($P < 0.10$) para AR. Asimismo fue aplicada la escala de automedición de la depresión de Zung y reportan que ambas escalas correlacionaron significativamente con 0.54, AE y 0.70, AR con un nivel de significancia $P < 0.001$.

Virella (1994), reporta una consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach) de 0.91 (hombres) y 0.92 (mujeres) en la escala de AE; y 0.86 (hombres y mujeres) para la escala de AR.

En México, Arias (1990) realiza una investigación en cuatro países latinoamericanos y reportan coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach y validez de constructo en ambas escalas tanto para México como para los otros tres países. Morales y González (1990), realizaron un estudio para ajustar las normas del IDARE para una población obstétrica de 109 mujeres del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) para la detección de sujeto "caso" para dar una intervención oportuna. Utilizaron la técnica test-retest cuyo intervalo mínimo fue de tres meses. Los resultados muestran una diferencia de cinco puntos en la dimensión Estado y de seis puntos en el de Rasgo, lo que indica que con un menor puntaje en bruto de AE:43 y en AR:47, las pacientes alcanzan el punto de corte para la detección de ansiedad. Confirmando la validez y confiabilidad de este instrumento para medición de ansiedad.

La conducta alimentaria se midió con la siguiente escala:

Se aplicó el *cuestionario de alimentación y salud para preadolescentes en sus dos versiones para mujeres (xx) y para hombres (xy)* (ver anexo), utilizando para propósitos de la investigación las siguientes secciones:

- Sociodemográfica: Contiene 5 reactivos abiertos y 10 de opción múltiple.
- Sección B y C: Contienen 42 reactivos, de los que 38 son de opción múltiple y 3 son abiertos. Aportando en estos, datos sobre el área de la conducta alimentaria (dieta restringida, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva).
- Sección K: Contiene 30 reactivos, referentes a la percepción de la relación materna.

El puntaje más alto se asignó a la respuesta que implicaba mayor problema. El coeficiente de consistencia interna obtenido en la escala de conducta alimentaria fue de $\alpha=.62$.

El peso corporal se midió por medio del índice nutricional (IN):

IN: Se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto, con la relación del peso y la talla correspondientes al percentil 50 (mediana):

$$IN = \frac{\text{Peso actual en kg/talla actual en m}}{\text{Peso en kg (percentil 50)/talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

Teniendo como puntos de corte: entre 77.51 y 83.5% a los de bajo peso, entre 83.51 y 119.5% a los de peso normal, entre 119.51 y 136.5% a los de sobrepeso y mayores a 136.5% a los de obesidad (Saucedo y Gómez Pérez-Mitre, 1998).

Aparatos

Se utilizó una bascula electrónica marca Tanita con capacidad de 300 Kg. y una precisión de 50 grs., para medir la estatura se utilizó el estadímetro de madera.

7.7. PROCEDIMIENTO

Se solicitó permiso a la directora y maestros de la escuela primaria así como a los padres (consentimiento informado) para aplicar los instrumentos a los participantes que acepten participar libremente. Ésta aplicación se realizó de forma colectiva y voluntaria dentro de los salones de clase.

La instrucción que se les dio a los participantes fue: “en la facultad de psicología de la UNAM se está llevando a cabo una investigación sobre alimentación y salud de los estudiantes de primaria, su colaboración será de manera anónima, y no hay respuestas buenas ni malas”.

Para la obtención de las medidas antropométricas se pesaron y midieron individualmente a los participantes a la par de la resolución de los cuestionarios.

Se estandarizó la aplicación del instrumento vía la capacitación de los encuestadores.

7.8. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron 2 tipos de estadísticas: la estadística descriptiva, para describir las características de la muestra y la estadística inferencial, para realizar la prueba de hipótesis.

CAPÍTULO 8: RESULTADOS

Con el propósito de determinar si existe relación entre el nivel de ansiedad de rasgo (alta/baja) de la madre con: el nivel de ansiedad (alto/medio/bajo), la percepción de la relación materna (positiva/neutro/negativa), el índice nutricional (bajo peso/peso normal/ sobrepeso/ obesidad) y la conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva) del hijo, se analizaron los datos de este estudio empleando estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS versión 13.

8.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Sexo y edad

Se trabajó con una muestra total no probabilística de N=143 de niños y niñas con un rango de edad de 9 a 12 años, pertenecientes a escuela pública. De esta muestra n=66 fueron niñas y n=77 niños. En la tabla 1 se puede observar que la distribución de la edad fue similar para ambos sexos.

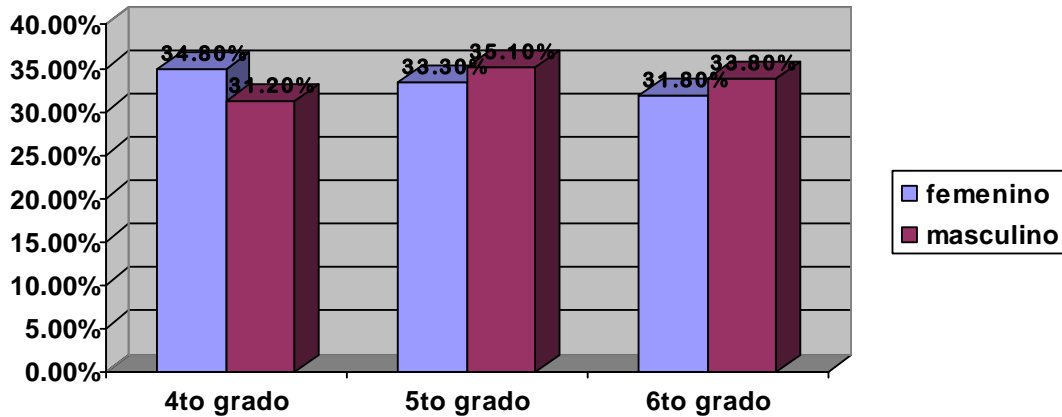
Tabla 1. Distribución porcentual de la variable edad por sexo.

	Edad				Total	N
	9 años	10 años	11 años	12 años		
Femenino	33.3%	40.9%	25.8%	0%	100%	66
Masculino	31.2%	33.8%	33.8%	1.3%	100%	77
Total	32.2%	37.1%	30.1%	.7%	100%	143

Grado escolar

En lo referente al grado escolar de acuerdo con el sexo se observó que niños y niñas pertenecían a cuarto, quinto y sexto grado de primaria. Los porcentajes en los que se distribuyeron ambas submuestras fueron similares (ver figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de la variable grado escolar por sexo.



Con quién vive el niño(a)

En la tabla 2 se observan los porcentajes para el reactivo ¿con quién vives? , de acuerdo con estos datos el mayor porcentaje lo ocupa la respuesta de ambos (vive con papá y mamá) con un 77% del total de la muestra. Esta misma tendencia se observa al analizar el comportamiento de la variable por sexo. El menor porcentaje observado fueron los casos en que habitan con los tíos, en donde únicamente reportaron esta condición en la muestra de varones.

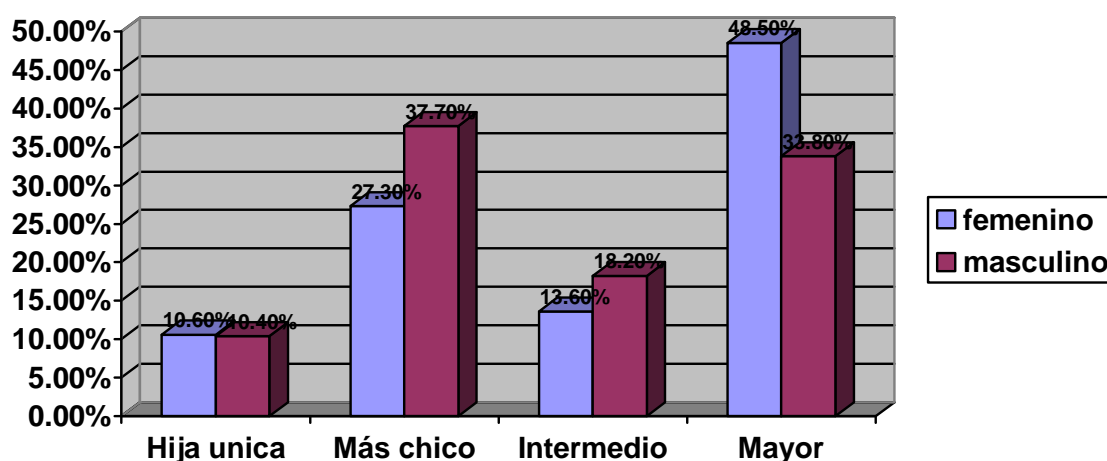
Tabla 2. Distribución porcentual de la variable gente que reside con el niño por sexo.

	Vive con:						Total
	mamá	ambos	tíos	papás, abuelos y tíos	mamá, abuelos, tíos	mamá, abuelos	
Femenino	19.7%	72.7%	.0%	3.0%	1.5%	3.0%	100.0%
Masculino	13.0%	80.5%	1.3%	3.9%	1.3%	.0%	100.0%
Total	16.1%	76.9%	.7%	3.5%	1.4%	1.4%	100.0%

Lugar que ocupa entre los hermanos

Las respuestas dadas al reactivo, ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? fueron: hijo único, más chico, intermedio y mayor, de los cuales el mayor porcentaje de niñas, se ubica en hija mayor con 48% y el mayor porcentaje de niños, en más chico con 38%, seguido por mayor con 34%. Por otra parte el menor porcentaje de ambos, está en hija única con 11% para niñas y 10% para niños (ver figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de la variable lugar que ocupa entre los hermanos por sexo.



Desarrollo puberal: emisiones nocturnas

Las respuestas al reactivo ¿has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) y a qué edad fue la primera? fueron en su gran mayoría negativas, marcando ausencia de emisiones nocturnas en un 90% de los niños, como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de porcentaje para la ausencia y presencia de emisión nocturna por edad.

	Ausencia de emisión nocturna	Edad de las emisiones nocturnas			Total
		9 años	10 años	11 años	
Sexo masculino	89.6%	3.9%	2.6%	3.9%	100.0%

Desarrollo puberal: menstruación

Por otra parte, en el caso de las niñas el reactivo fue ¿ya estas menstruando y en qué edad tuviste tu primera menstruación?, en el cual su mayor porcentaje de respuesta fue la ausencia de menstruación en un 89%, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de porcentaje para la ausencia y presencia de menstruación por edad.

	Ausencia de menstruación	Edad de la menstruación			Total
		9 años	10 años	11 años	
Sexo femenino	89.4%	1.5%	4.5%	4.5%	100.0%

8.3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

Ansiedad de la madre

Para medir *la ansiedad de las madres* se utilizó la prueba del IDARE, con la cual se obtuvieron los datos para dividir la muestra de los niños en dos grupos: hijos de mamás con ansiedad alta e hijos de mamás con ansiedad baja. Teniendo con ello 75% de hijos con mamás con ansiedad baja y el 25% de hijos con mamás con ansiedad alta. Con estos mismos datos se encontró en las niñas que un 79% de ellas tienen mamás con ansiedad baja y un 21% mamás con ansiedad alta; en el caso de los niños se encontró que el 71% tiene mamás con ansiedad baja y un 29% mamás con ansiedad alta, como se muestra en la tabla 5.

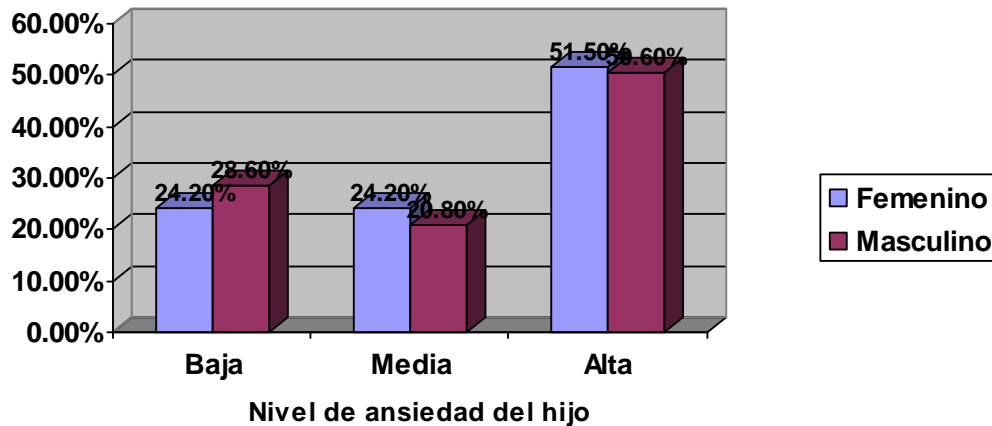
Tabla 5. Distribución porcentual del nivel de ansiedad de mamás por sexo.

	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hijos de mamás con ansiedad baja	78.8%	71.4%	74.8%
Hijos de mamás con ansiedad alta	21.2%	28.6%	25.2%
Total	100%	100%	100%

Ansiedad del hijo

En la figura 3 se pueden observar los porcentajes para la variable ansiedad del hijo, la cual se obtuvo a través de la prueba STAIC, dichos porcentajes se dividieron según el nivel de ansiedad de las niñas y niños (bajo, medio, alto). El mayor porcentaje tanto para niños como para niñas fue ubicado en la categoría de ansiedad alta (con 51%), mientras que los porcentajes en las categorías baja y media fueron similares.

Figura 3. Distribución porcentual de la variable nivel de ansiedad del hijo por sexo.



En la tabla 6 se puede observar que el mayor porcentaje de hijas con mamás tanto de ansiedad baja como alta se ubica en la categoría correspondiente al nivel de ansiedad alto (54% y 43% respectivamente). Llama la atención que el 36% de las hijas con mamás con ansiedad baja presentan un nivel de ansiedad bajo.

Tabla 6. Distribución porcentual del nivel de ansiedad de la hija por el nivel de ansiedad de sus mamás.

	Nivel de ansiedad de la hija			<i>Total</i>
	Bajo	Medio	Alto	
Hijas de mamás con ansiedad baja	21.2%	25%	53.8%	100%
Hijas de mamás con ansiedad alta	35.7%	21.4%	42.9%	100%
<i>Total</i>	24.2%	24.2%	51.5%	100%

En el caso de los varones, se observa una tendencia similar a la del grupo de mujeres. Los mayores porcentajes de nivel de ansiedad de los hijos se ubican en la categoría de alto, independientemente del nivel de ansiedad de la madre (44% y 68% respectivamente; ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual del nivel de ansiedad del hijo por el nivel de ansiedad de sus mamás.

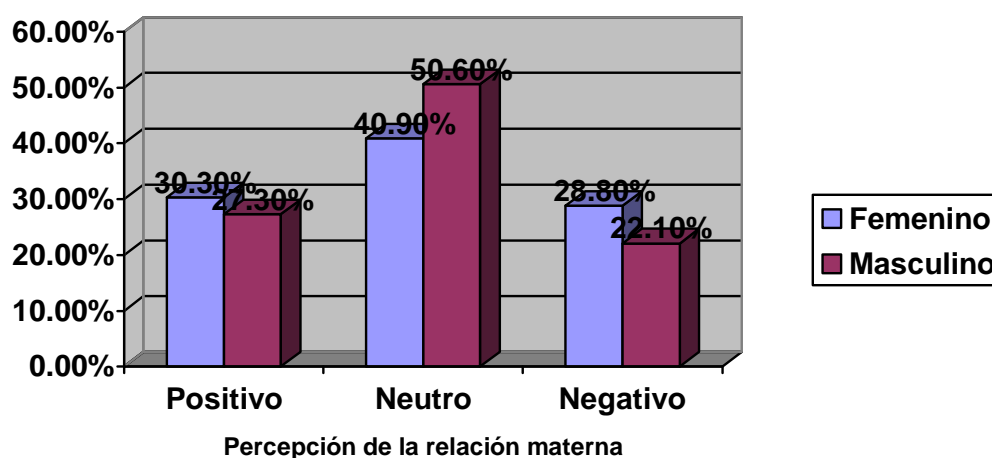
	Nivel de ansiedad del hijo			<i>Total</i>
	Baja	Media	Alta	
Hijos de mamás con ansiedad baja	34.5%	21.8%	43.6%	100%
Hijos de mamás con ansiedad alta	13.6%	18.2%	68.2%	100%
<i>Total</i>	28.6%	20.8%	50.6%	100%

Percepción de la relación materna

La variable *percepción materna* se evaluó por medio del cuestionario de alimentación y salud versión XX y XY para preadolescentes (Gómez Péresmitré y Ávila, 1998). Dicha medición permitió separar los datos obtenidos de la percepción de la relación materna en: positiva, neutra y negativa.

En la figura 4 se pueden observar los porcentajes para la variable percepción materna. El mayor porcentaje tanto para niñas como para niños está ubicado en la categoría de neutro (con 41% y 51% respectivamente), mientras que los porcentajes en las categorías, positivo y negativo fueron semejantes.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable percepción de la relación materna por sexo.



Como se muestra en la tabla 8, el mayor porcentaje tanto en la muestra total de niñas (con 41%), como en la de los grupos de hijas de mamás con ansiedad baja y alta, se encuentra en la percepción de la relación materna neutra (36% y 57% respectivamente). Existe cierta homogeneidad en los porcentajes de percepción de la relación materna en el caso de las hijas de mamás con ansiedad baja.

Tabla 8. Distribución porcentual en las niñas de la percepción de la relación materna por el nivel de ansiedad de sus mamás.

	Percepción de la relación materna			<i>Total</i>
	Positiva	Neutra	Negativa	
Hijas de mamás con ansiedad baja	32.7%	36.5%	30.8%	100%
Hijas de mamás con ansiedad alta	21.4%	57.1%	21.4%	100%
<i>Total</i>	30.3%	40.9%	28.8%	100%

En el caso de los niños el mayor porcentaje en la percepción de la relación materna tanto en su muestra total (con 51%), como en la de los grupos de hijos de mamás con ansiedad baja y ansiedad alta, los porcentajes más altos se ubican en la categoría neutra (56% y 36% respectivamente), sin embargo en el caso de hijos de mamás con ansiedad alta, los porcentajes de percepción de la relación materna neutra y negativa son iguales (ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual en los niños de la percepción de la relación materna por el nivel de ansiedad de sus mamás.

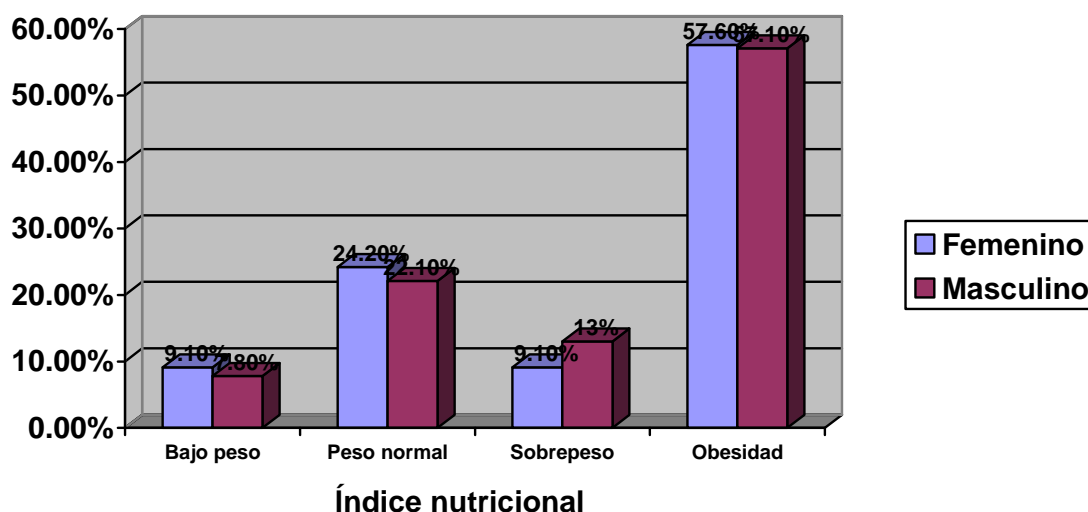
	Percepción de la relación materna			<i>Total</i>
	Positiva	Neutra	Negativa	
Hijos de mamás con ansiedad baja	27.3%	56.4%	16.4%	100%
Hijos de mamás con ansiedad alta	27.3%	36.4%	36.4%	100%
<i>Total</i>	27.3%	50.6%	22.1%	100%

Índice nutricional

La medición de la variable *índice nutricional* se obtuvo a través de los datos de peso y talla de los niños (Saucedo-Molina y Gómez -Peresmitre, 1998). Dicha medición permitió categorizar los datos obtenidos en: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

En la figura 5 se puede observar altos porcentajes de obesidad de niños y niñas (57% y 58% respectivamente). Llamam la atención los bajos porcentajes que se observan para la categoría de peso normal para ambos sexos (22% y 24%), siendo esta categoría la más recomendable en términos de salud.

Figura 5. Distribución porcentual de la variable índice nutricional por sexo.



En la tabla 10 se presenta el índice nutricional según los grupos de hijas de mamás con ansiedad baja y alta. Encontrándose con ello tanto en el grupo de niñas con mamás con ansiedad baja como alta, el mayor porcentaje en la categoría de obesidad (58 % y 57% respectivamente), repitiéndose la tendencia global de la muestra.

Tabla 10. Distribución porcentual de la variable índice nutricional en niñas por el nivel de ansiedad de la madre.

		Índice nutricional				Total
		Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Femenino	Hijas de mamás con ansiedad baja	11.5%	21.2%	9.6%	57.7%	100%
	Hijas de mamás con ansiedad alta	0%	35.7%	7.1%	57.1%	100%
Total		9.1%	24.2%	9.1%	57.6%	100%

De igual forma, la tabla 11 nos señala el índice nutricional según los grupos de hijos varones de mamás con ansiedad baja y alta. Repitiéndose la tendencia global de la muestra tanto en el grupo de niños con mamás con ansiedad baja como alta, se encontró el mayor porcentaje en la categoría de obesidad. Sin embargo, comparando los grupos por nivel de ansiedad de las madres, existe un mayor porcentaje de obesidad en niños de madres con ansiedad alta (con 82%) a diferencia de los de baja (con 47%). Así mismo se puede destacar que sólo el 9% de los niños de mamás con ansiedad alta presentan un peso normal.

Tabla 11. Distribución porcentual de la variable índice nutricional en niños por el nivel de ansiedad de la madre.

		Índice nutricional				<i>Total</i>
		Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Masculino	Hijos de mamás con ansiedad baja	7.3%	27.3%	18.2%	47.3%	100%
	Hijos de mamás con ansiedad alta	9.1%	9.1%	0%	81.8%	100%
Total		7.8%	22.1%	13.0%	57.1%	100%

Conducta alimentaria de riesgo

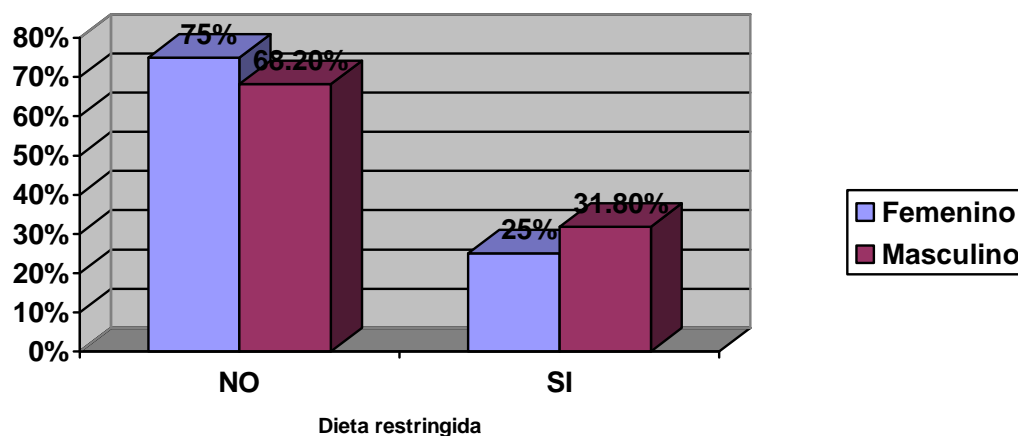
En la *conducta alimentaria de riesgo*, se tomó en cuenta los reactivos relacionados con dieta, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva, del cuestionario de alimentación y salud versión XX y XY para preadolescentes (Gómez Péresmitré y Ávila, 1998).

. Dieta restringida

Los reactivos para *dieta restringida* se contestaron con un *si* para la presencia de dicha conducta o con un *no* mostrando la ausencia de la misma.

De acuerdo a los resultados que aparecen en la figura 6, la mayor parte de la muestra no sigue dieta restringida (75% niñas, 68% niños), sin embargo, se puede apreciar que es ligeramente mayor el porcentaje de niños que si lo hacen (32%) en comparación con el reportado por las niñas (25%).

Figura 6. Distribución porcentual para la variable dieta restringida por sexo.



Comparando las respuestas entre hijas de mamás con ansiedad baja y alta de la respuesta *afirmativa* a la dieta restringida, se encuentra que el mayor porcentaje lo tienen las hijas de mamás con ansiedad baja con un 28%, a diferencia de las de ansiedad alta con un 10%. En el caso de los niños que reportaron si haber hecho cambios en su alimentación para el control del peso, se encontró que los porcentajes de dieta son similares para ambos grupos (30% y 35%, respectivamente; ver tabla 12).

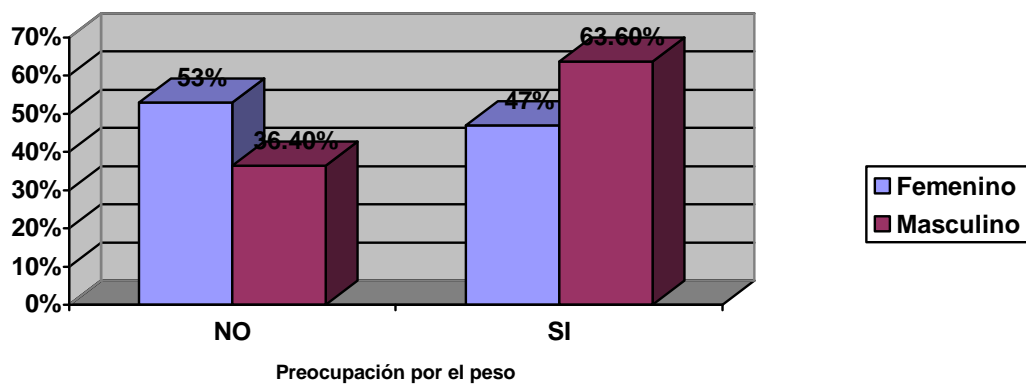
Tabla 12. Distribución porcentual de la variable dieta restringida según el sexo de los hijos y el nivel de ansiedad de la madre.

		Dieta restrictiva		Total
		No	Si	
Femenino	Hijas de mamás con ansiedad baja	71.7%	28.3%	100%
	Hijas de mamás con ansiedad alta	90%	10%	100%
Masculino	Hijos de mamás con ansiedad baja	69.6%	30.4%	100%
	Hijos de mamás con ansiedad alta	65%	35%	100%

. Preocupación por el peso

Así mismo, las respuestas a los reactivos relacionados con la presencia o no de *preocupación por el peso*, se contestaron con un *si* afirmando dicha preocupación, o con un *no* mostrando la ausencia de la misma. Conforme a los resultados que aparecen en la figura 7, se observa una diferencia considerable en la presencia de la preocupación por su peso según el sexo, teniendo el 47% en niñas y el 63% en niños.

Figura 7. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso por sexo.



Contrastando las respuestas entre hijas de mamás con ansiedad baja e hijas con mamás con ansiedad alta de la respuesta *si* a la preocupación por el peso, se encuentra que el mayor porcentaje lo tienen las hijas de mamás con ansiedad baja con un 52%, a diferencia de las hijas de mamás con ansiedad alta con un 29%. Por parte de los niños, se encontró que el mayor porcentaje para la respuesta *si* a la preocupación por el peso, lo tienen los hijos de mamás con ansiedad alta con 68%, por una mínima diferencia con los hijos de mamás con ansiedad baja con 62% (ver la tabla 13).

Tabla 13. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso, según el sexo de los hijos y el nivel de ansiedad de la madre.

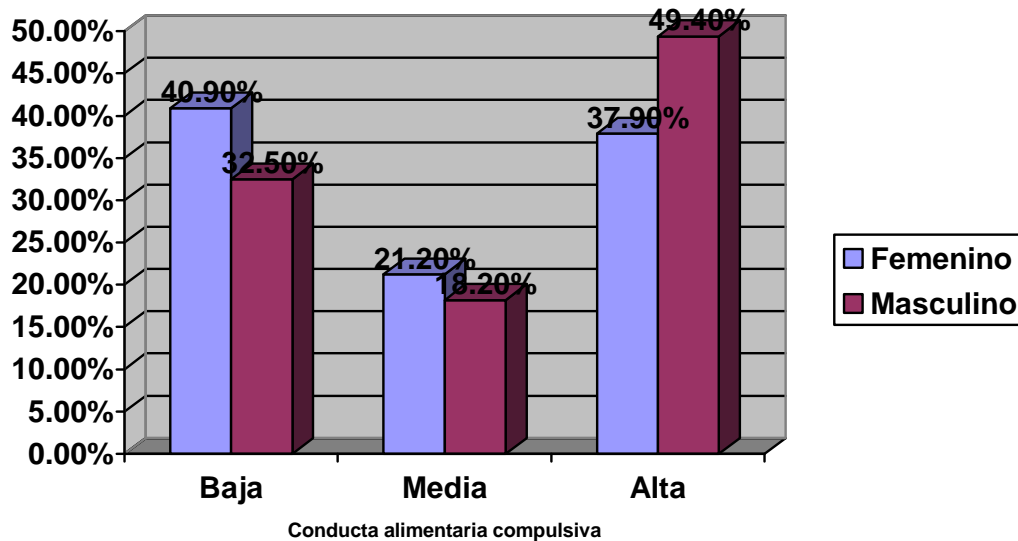
		Preocupación por el peso		Total
		No	Si	
Femenino	Hijas de mamás con ansiedad baja	48.1%	51.9%	100%
	Hijas de mamás con ansiedad alta	71.4%	28.6%	100%
Masculino	Hijos de mamás con ansiedad baja	38.2%	61.8%	100%
	Hijos de mamás con ansiedad alta	31.8%	68.2%	100%

. *Conducta alimentaria compulsiva*

Este apartado tiene que ver con los reactivos relacionados con dicha conducta, de los cuales sus respuestas fueron catalogadas como baja, media y alta conducta alimentaria compulsiva.

Con dicha información, se obtuvo la figura 8, en la que se observa un porcentaje mayor en la conducta alimentaria compulsiva alta de los niños con 49%, a comparación de las niñas con un 38% en conducta alimentaria alta. Sin embargo, el mayor porcentaje en niñas se ubica en la conducta alimentaria compulsiva baja (41%), teniendo poca diferencia entre esta conducta y la alta conducta alimentaria compulsiva.

Figura 8. Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva por sexo.



En la tabla 14, se muestra la conducta alimentaria compulsiva según los grupos de hijas de mamás con ansiedad baja y alta. Las niñas de mamás con ansiedad baja tienen porcentajes similares en conducta alimentaria compulsiva alta (42%) y baja (44%). Por otro lado, las niñas de mamás con ansiedad alta reportan el mayor porcentaje en la conducta alimentaria compulsiva media (con 50%).

Tabla 14. Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva según el nivel de ansiedad de la madre en el caso de las niñas.

		Conducta alimentaria compulsiva			Total
		Baja	Media	Alta	
Femenino	Hijas de mamás con ansiedad baja	44.2%	13.5%	42.3%	100%
	Hijas de mamás con ansiedad alta	28.6%	50%	21.4%	100%
Total		40.9%	21.2%	37.9%	100%

Del mismo modo se observa en la tabla 15 la conducta alimentaria compulsiva según los grupos de hijos varones de mamás con ansiedad baja y alta. Se puede notar en los niños con mamás con ansiedad baja y alta, que el mayor porcentaje está en la conducta alimentaria compulsiva alta (con 53% y 41% respectivamente), hallándose dicha conducta alimentaria ligeramente mayor en ansiedad baja.

Tabla 15. Distribución de porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva según el nivel de ansiedad de la madre en el caso de los niños.

		Conducta alimentaria compulsiva			Total
		Baja	Media	Alta	
Masculino	Hijos de mamás con ansiedad baja	30.9%	16.4%	52.7%	100%
	Hijos de mamás con ansiedad alta	36.4%	22.7%	40.9%	100%
Total		32.5%	18.2%	49.4%	100%

8.4. ANALISIS DE CORRELACIÓN

Ansiedad de la madre

Con el propósito de conocer el comportamiento de las variables de interés, tomando en cuenta el sexo de los hijos (masculino/femenino) y el nivel de ansiedad de las madres (alto/bajo), se procedió a la aplicación de correlación por rangos ordenados de Spearman, considerando las variables medidas de los hijos: el nivel de ansiedad (alto/medio/bajo), la percepción de la relación materna (positiva/neutro/negativa), el índice nutricional (bajo peso/peso normal/ sobrepeso/ obesidad) y la conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva). Como se muestra en las tablas 16 y 17 según el sexo, los resultados obtenidos son los siguientes:

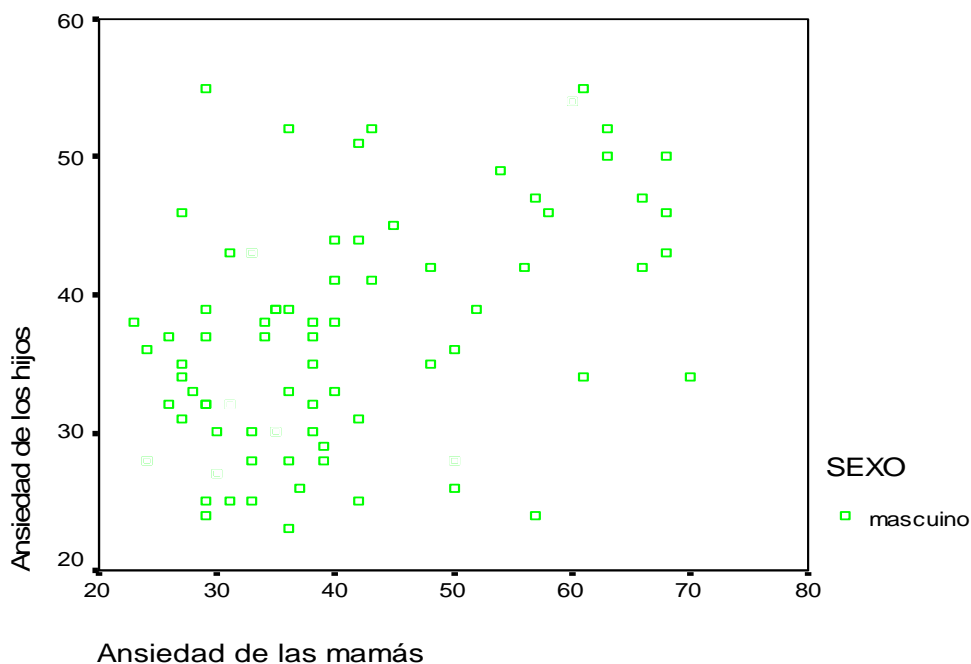
Respecto a la variable *ansiedad de la madre*, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con las variables: *ansiedad de la hija* (tomando en cuenta puntuaciones directas de las pruebas de ansiedad) ($\rho = -0.07$, $p = 0.58$), *percepción de la relación materna* ($\rho = -0.03$, $p = 0.79$), *índice nutricional* ($\rho = 0.09$, $p = 0.49$), *dieta restringida* ($\rho = -0.16$, $p = 0.23$), *preocupación por el peso* ($\rho = -0.19$, $p = 0.12$) y *conducta alimentaria compulsiva* ($\rho = -0.04$, $p = 0.73$).

Tabla 16. Correlación de Spearman según ansiedad de la madre para el grupo de niñas.

	Coeficiente rho	p.	N
Ansiedad en niñas	- 0.070	0.576	66
Percepción de la relación materna	- 0.034	0.786	66
Índice nutricional	0.086	0.494	66
Dieta	- 0.162	0.234	56
Preocupación por el peso	- 0.191	0.124	66
Conducta alimentaria compulsiva	- 0.043	0.734	66

Por otra parte la variable *ansiedad* en los niños, correlacionó positivamente en un nivel medio ($\rho = 0.35$, $p = 0.00$) con la variable ansiedad de la madre. Es decir, a mayor ansiedad de la madre, mayor ansiedad en el hijo, y a menor ansiedad de la madre menor ansiedad en el hijo. Con esto se puede confirmar la hipótesis planteada de que el nivel de ansiedad de la madre tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad del hijo (ver figura 9).

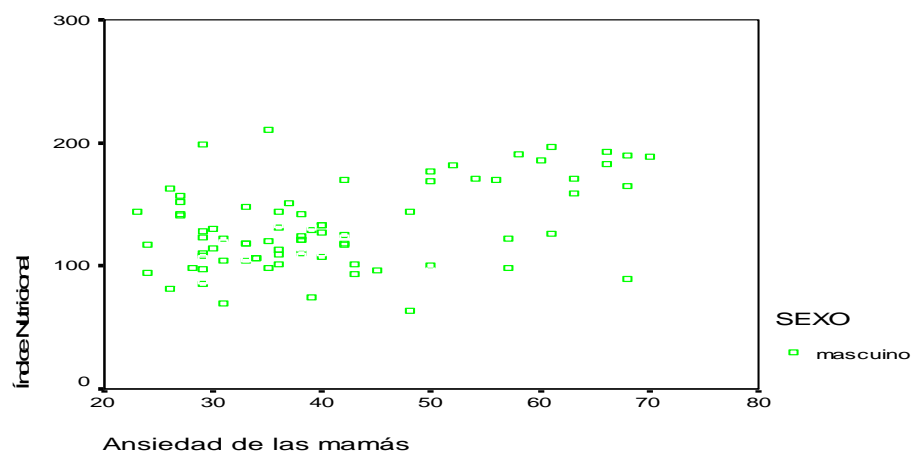
Figura 9. Distribución de las variables ansiedad de la madre y ansiedad del hijo.



La variable ansiedad de la madre no correlacionó significativamente con la *percepción de la relación materna* en los niños, no se encontró una correlación ($\rho = 0.02$, $p = 0.86$). Con ello se observa una similitud entre ambos sexos.

Siguiendo con la variable *índice nutricional* de los niños, a diferencia de las niñas, si se encontró una correlación positiva media estadísticamente significativa entre ésta y el nivel de ansiedad de la madre ($\rho= 0.41$, $p=0.00$). Entendiendo así que a mayor ansiedad de la madre, mayor va hacer el índice nutricional del hijo (ver figura10).

Figura 10. Distribución de los puntajes de las variables ansiedad de la madre e índice nutricional.



Con respecto a la variable *dieta restringida*, la ansiedad de la madre no tiene correlación estadísticamente significativa con la dieta del hijo ($\rho= 0.04$, $p= 0.72$). Así mismo en la *preocupación por el peso* ($\rho= 0.06$, $p= 0.61$) y en la *conducta alimentaria compulsiva*, ($\rho=-0.05$, $p= 0.642$) no se encontró correlación estadísticamente significativa. Lo que nos indica una ausencia de relación estadísticamente significativa, entre la ansiedad de la madre y todas las variables de conducta alimentaria de riesgo (dieta, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva) implicadas.

Tabla 17. Resultados de la correlación de Spearman según el sexo masculino (niños) y la ansiedad de la madre.

	Coeficiente rho	p.	N
Ansiedad en niños	0.346**	0.002	77
Percepción de la relación materna	0.020	0.862	77
Índice nutricional	0.414**	0.000	77
Dieta	0.045	0.719	66
Preocupación por el peso	0.060	0.606	77
Conducta alimentaria compulsiva	- 0.054	0.642	77

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Comparación entre grupos por nivel de ansiedad de la madre y sexo de los hijos

Adicionalmente a los problemas planteados en la presente investigación, se procedió a hacer un análisis con el objetivo de averiguar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de hijos de mamás con ansiedad alta y los hijos de mamás con ansiedad baja según su sexo (niño, niña) en variables relacionadas con factores de riesgo de los trastornos de alimentación (ansiedad en el hijo, percepción de la relación materna, índice nutricional, dieta, preocupación por el peso, conducta alimentaria compulsiva), para lo cual se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. Se obtuvieron los siguientes resultados (distribuidos en la tabla 18 y 19 según el sexo):

En relación con la variable: *ansiedad* en las niñas ($t = 1.02, p=0.31$), *percepción de la relación materna* ($t = 0.34, p = 0.73$), *índice nutricional* ($t= -0.39, p = 0.70$), *dieta restringida* ($t= 1.20, p= 0.23$), *preocupación por el peso* ($t= 1.56, p = 0.12$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hijas de mamás con ansiedad alta y el de baja.

Se encontraron diferencias marginales para la variable conducta alimentaria compulsiva. En esta última variable, al analizar las medias de niñas con mamás con ansiedad alta ($\bar{x}= 1.33, D.E.= 0.29$) y ansiedad baja ($\bar{x}= 1.58, D.E.= 0.79$), se encontró en ambas un nivel de conducta alimentaria compulsiva bajo.

Tabla 18. Prueba t de Student para muestras independientes para el sexo femenino por nivel de ansiedad de la madre (alta/baja).

	t	gl	Sig.
Ansiedad en niñas	1.019	64	0.312
Percepción de la relación materna	0.344	19.720	0.734
Índice nutricional	-0.386	21.639	0.703
Dieta	1.203	54	0.234
Preocupación por el peso	1.559	64	0.124
Conducta alimentaria compulsiva	1.859	57.558	0.068

En relación con la variable *ansiedad* en los niños, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -2.12$, $p = 0.04$) entre el grupo de hijos de mamás con ansiedad alta y baja. Asimismo analizando las medias de niños con mamás con ansiedad alta ($\bar{x} = 2.55$, D.E. = 0.74) se encontró que estos presentan un nivel de ansiedad alto, mientras que los niños con mamás con ansiedad baja ($\bar{x} = 2.09$, D.E. = 0.89) están en el nivel medio de ansiedad.

En el análisis de la variable *percepción de la relación materna* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -0.11$, $p = 0.91$) entre el grupo de hijos de mamás con ansiedad alta y baja.

Sin embargo, en la variable *índice nutricional*, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -3.78$, $p = 0.00$) entre el grupo de hijos de mamás con ansiedad alta y baja. Al analizar las medias se encontró que los niños de mamás con ansiedad alta ($\bar{x} = 156.13$, D.E. = 38.78) y los niños con mamás con ansiedad baja ($\bar{x} = 122.01$, D.E. = 26.94) caen en la categoría de obesidad.

Al igual que en el caso de las niñas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables *dieta restringida* ($t = -0.36$, $p = 0.72$), *preocupación por el peso* ($t = -0.52$, $p = 0.61$) y *conducta alimentaria compulsiva* ($t = -0.53$, $p = 0.60$), entre los hijos varones de mamás con ansiedad alta y los hijos varones de mamás con ansiedad baja.

Tabla 19. Prueba t de Student para muestras independientes para el sexo masculino por nivel de ansiedad de la madre (alta/baja).

	t	gl	Sig.
Ansiedad en niños	- 2.124	75	0.037
Percepción de la relación materna	- 0.115	30.421	0.909
Índice nutricional	- 3.779	29.460	0.001
Dieta	- 0.361	64	0.719
Preocupación por el peso	- 0.518	75	0.606
Conducta alimentaria compulsiva	- 0.527	26.540	0.603

CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación, fue estudiar los niveles de ansiedad de la madre como un factor de riesgo primario en la conducta alimentaria de su hijo. Es por ello que uno de los principales propósitos fue averiguar si existe relación entre el nivel de ansiedad (alto/bajo) de la madre con: el nivel de ansiedad, percepción de la relación materna, índice nutricional y la conducta alimentaria (dieta restringida, preocupación por el peso y conducta alimentaria compulsiva) de sus hijos(as). Se obtuvo para ello una muestra total no probabilística de N=143 de niños y niñas con un rango de edad de 9 a 12 años, pertenecientes al cuarto, quinto y sexto año de primaria en escuela pública, con una distribución similar en grado y sexo. Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra vive con ambos padres (mamá y papá) y que la ausencia de emisiones nocturnas (en el caso de los hombres) y menarca (en el caso de las mujeres) igualmente es mayoritaria.

Así, en el caso de la primera relación la variable *ansiedad* en los niños, correlacionó positivamente con la variable ansiedad de la madre. Es decir, a mayor ansiedad de la madre, mayor ansiedad en el hijo, y a menor ansiedad de la madre menor ansiedad en el hijo. Este hallazgo concuerda con Sullivan (1950, citado por Vives y Lartigue, 1994) y Ainsworth (1978, citado por Heredia, 2005) cuando afirman que desde que el bebe nace y mas adelante, el niño tiene la capacidad de ser influido negativamente por su madre, quien puede transmitirle su ansiedad.

Dicha ansiedad de la madre puede convertirse en expresiones de frecuente preocupación por el bienestar del niño, por su comportamiento o desarrollo, mostrándose a menudo *sobreprotectora*, provocando con ello que el niño muestre una intensa ansiedad frente a la madre, o buscar compulsivamente complacerla (Lartigue, Maldonado y Avila, 2002).

Así mismo Turner et al. (2003), mencionan que el estilo de crianza de padres con un trastorno por ansiedad tiende a ser más sobreprotector, restrictivo y limitante en la mayoría de las actividades cotidianas y propias de la edad de su hijo. La mayor parte

de los hijos de padres ansiosos, tienden a desarrollar un trastorno de este tipo en etapas subsecuentes. Sus relaciones están mediadas por bajos niveles de cohesión pero altos de sobreprotección.

Aunado a lo anterior están los resultados de la siguiente relación significativa la cual nos confirma que a mayor ansiedad de la madre, mayor va hacer el índice nutricional del hijo, y a menor ansiedad de la madre menor será el índice nutricional del hijo. Reiterando así que algunas mamás ansiosas van a tener en mente que un buen niño es aquel niño gordito, orgullo de mamá y de esta forma el niño aprende que recibe caricias y aceptación si come sin parar lo que su mamá le da. Esta actitud de la madre sienta las bases de la obesidad futura del niño. Aunado a esto, está la inactividad que también puede ser fomentada por la madre, quien no acepta que su niño crezca (Anna Freud, 1985).

Estas madres ansiosas bajo la influencia de sus propias fantasías inconscientes, a menudo continúan durante un tiempo mucho más largo que el necesario, actuando como vínculo entre el niño y el alimento, y tratando el alimento que ofrecen como si fuese una parte de ellas mismas; se sienten complacidas y son afectuosas cuando el niño acepta el alimento y se ofenden cuando lo rechaza, como si su amor por el hijo hubiese sufrido un desaire; al niño que come mal le piden que coma y que lo haga "por ellas"(Freud, 1985). Esto también podría explicar el hecho del por qué, se encontró una relación entre la ansiedad del niño con su mamá y la ansiedad de ella con el índice nutricional del niño.

Podemos así formar en consecuencia lo que Kaplan y Kaplan (1957, citado en McKenna, 1972), formularon en su Teoría Psicosomática de la Obesidad, que plantea que la ingesta de alimentos se puede utilizar para tratar de reducir la ansiedad; siendo esta conducta usualmente establecida en la infancia. Es más tarde en la vida cuando las dificultades personales y sociales asociadas con el exceso de peso, conducen a incrementar la ansiedad. Este resultado provoca que la persona recurra a la sobreingesta para reducir su ansiedad, aunque desafortunadamente este modo de reducción de la misma, conduce a crear un círculo de mayor obesidad, más ansiedad y continua sobreingesta.

A partir de lo anterior se planteo el objetivo de averiguar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de hijos de mamás con ansiedad alta y los hijos de mamás con ansiedad baja según su sexo (niño, niña) en variables relacionadas con factores de riesgo de los trastornos de alimentación (ansiedad en el hijo, percepción de la relación materna, índice nutricional, dieta, preocupación por el peso, conducta alimentaria compulsiva).

En el presente caso el estudio revelo que existen diferencias en la variable de ansiedad e índice nutricional entre el grupo de hijos de mamás con ansiedad alta y baja. Asimismo analizando las medias de cada grupo en el caso de la primera variable, se encontró que los niños de mamás con ansiedad alta presentan un nivel de ansiedad alto, mientras que los niños con mamás con ansiedad baja están en el nivel medio de ansiedad.

Dichos niveles altos de ansiedad en los niños según Hudson & Rapee (2001), se relacionan con negatividad e involucramiento excesivo en las interacciones de la díada madre-hijo. La sobreprotección de los padres puede desarrollar en el niño la idea de que el mundo es un lugar peligroso, limitando sus experiencias de aprendizaje y fomentar altos niveles de ansiedad en relación con las actividades cotidianas, moldeando así, un patrón de afrontamiento de evitación (Barrett et al., 1996).

En conclusión, se puede observar como la influencia de la ansiedad materna para con su hijo, se vio reflejada solo en dos de las variables, la ansiedad y el índice nutricional, existiendo sólo en estas variables una diferencia entre niños y niñas.

Ya que la madre cumple funciones de tipo expresivo (referidas a la crianza y afectivas), se percibe a ésta como la que proporciona la mayor parte del trabajo rutinario de la crianza, del apoyo emocional y de la disciplina, así como el componente familiar más afectuoso y menos amenazador; por estas razones, la madre con frecuencia es el progenitor preferido. El padre habitualmente somete a su hijo varón a un control disciplinario más riguroso que a su hija, y se muestra menos afectuoso con él; en concordancia con esto, los varones suelen congeniar más con sus madres. El sexo del niño interactúa con ciertas dimensiones de la crianza; las

madres de varones muestran mayor estabilidad y continuidad en el factor “afecto versus hostilidad” y menos estabilidad en el control de la autonomía que las madres de niñas (Ausubel, 1970). Debido a ese vínculo más fuerte de madre-hijo, la niña tiene en este estudio una diferencia marginal para la variable conducta alimentaria compulsiva únicamente. El cual no alcanza a ser significativo encontrándose en ambas un nivel de conducta alimentaria compulsiva bajo.

CAPÍTULO 10: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

. Recomiendo hacer una entrevista de forma individual con los niños, acerca de su conducta alimentaria con el cuestionario de alimentación y salud, ya que esto permitiría más fidelidad de las respuestas, y se anularía el sesgo que se pudiera encontrar en una aplicación colectiva.

. Tomándose en cuenta que, las escalas de ansiedad entregadas a las madres no todas serán regresadas, se sugiere aplicar las escalas de ansiedad en juntas de padres de igual forma a niños que a madres.

. Ahondar más en la investigación de la sobreprotección como uno de los factores causante de la conducta alimentaria de riesgo, ya que como se mencionó la ansiedad de la madre va muy ligada a la sobreprotección.

. Desarrollar programas de intervención psicológica dirigidos a la relación madre-hijo, y en específico a tratar situaciones de ansiedad, de forma integral con las intervenciones dirigidas a los demás factores de riesgo de la conducta alimentaria.

REFERENCIAS

Abramson, E. E., & Wunderlich, R. A. (1972). Anxiety, fear and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. *Journal of Abnormal Psychology*, 79 (3), 317-321.

Asociación Psiquiatría Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV TR*. España.: Masson.

Ausubel, D. (1970). *El desarrollo infantil*. Buenos Aires: Paidós.

Bakwin, H. (1974). *Desarrollo psicológico del niño*. México: Interamericana.

Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (2), 187-203.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective* U.S.A.: Basic Books

Beker., M. (1984). *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Bourges, R. (1990). Costumbre y hábitos alimentarios. *Cuadernos de nutrición*, 13 (2), 17-32.

Braguinsky, S. J. (1987). *Obesidad, patología y tratamiento*. Buenos Aires: Promedicina.

Cervera, E., Zapata, G., Gual, G., Quintanilla, M. & Arce, M. (1990). *No te rindas ante los trastornos del peso*. España: Rialp.

Chinchilla, M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.

Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona, España: Herder.

Cole, T.J. (1979). A method for assessing agestandardised weight for height in children seen cross sectionally. *Annals of Human Biology*, 6, 249-268.

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall.

Crispo, R. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.

Escobar, J., Fernández, S. & Barredo, F. (1994). Epidemiología de la obesidad. La obesidad. *Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz Santos.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. España: Masson.

Freud, A. (1985). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. España: Paidós.

Freud, S. (1929). *Inhibición, síntoma y angustia*. *Obras completas de Sigmund Freud* (pp. 2833-2883). España: Biblioteca Nueva.

Frías, O. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

De la Fuente, R. (1996) *Psicología médica*. México: Fondo de cultura económica.

Gama, A. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: Relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de licenciatura. No publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight- preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3), 255- 265.

Gómez Péresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.

Gómez Péresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 12(2), 185-198.

Gómez Péresmitré, G. & Ávila, E. (1998). Conducta Alimentaria y Obesidad. *Psicología iberoamericana*. 6 (2), 10-21.

Gómez Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Ponencia 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México, D.F.

Gómez Péresmitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres grupos de edad: prepúberes, púberes adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (3), 313-324.

Gómez Peresmitré, Pineda, G., Esperance, L., Hernandez, A., Platas, A. & León, H. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 19 (2), 125-132.

González, B. (1994). *XXXIV Reunion Anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología*. Ixtapa, Zihuatanejo, 28 Nov. -3 Dic.

González N & Romero A. (1986) *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

Guerrero, L. (1997). *Psicopatología asociada a la etapa escolar* (mimeo) Facultad de psicología. UNAM.

Guyton A. (1971). *Tratado de fisiología médica*. México: Interamericana.

Hefferman, K. (1994). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 335-348.

Heredia, A. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.

Hernández, A., R. (1995). *Conceptos actuales de la alimentación del adolescente*. Tesis no publicada de Licenciatura. Escuela de Dietética y Nutrición. ISSTE.

Heymsfiel, S., Lichtman, S., Baumgartner, R., Dilmanian, F. & Hamen (1992). *Obesity*. Philadelphia: Lippincott Co.

Horrocks, J. (1986). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

Howard, W. (1960). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.

Johnson, S., Wood, K., Patton, G., Mann, A. & Wakeling, A. (1998). Abnormal eating attitudes. En London school girls a prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.

Katz, J. (1985). Some reflections on the nature of the eating disorder: on the need for humility. *International journal of the eating disorders*, 4, 617-626.

Kimmel, D. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

Klorman, E. (1998). *Las difíciles relaciones entre padres e hijos*. México: Hermes.

Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development. Vol 2: The psychology of moral development*. San Francisco: Harper and Row.

- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- Lartigue, B., Maldonado, D., & Avila, R. (2002). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdez.
- LeBow, M. (1986). *Obesidad infantil: una frontera de la terapia conductual*. Argentina: Paidós.
- Leitenberg, H., Gross, J., & Rosen, J. C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 15, 3-20.
- Martinez, S. (1995). *Psicofisiología*. España: Síntesis.
- McKenna, R. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: A comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 311-319.
- McKeown, T. & Tecord, R. (1987). The influence of reproduction on body weight in women. *Journal of Endocrinology*, 15, 393-409.
- Medina-Mora, Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco J., Fleiz, C., Villatoro J., Rojas, E, Zambrano, J, Casanova, L. & Aguilar – Gaxiola (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26, 1-16.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Mora, G. M., & Raich, E. R. M. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nervosa. *Psiquis*, 15 (3), 39-48.

- Moradela, M. (1995). *Psicología del desarrollo*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Musitu, O. (1996). *Educación Familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Books.
- Navarro, C., M.J. (1992). *Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal. (Satisfacción/Insatisfacción, Sobrestimación/Subestimación)*. Tesis no publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Nickel, H. (1995). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Herder.
- Olea, D. & Orendain, C. (1997). *Nutrirse es algo más que comer*. Manual y recetario. México: Exasac.
- Organización Mundial de la Salud (1983). *Medición del cambio del estado nutricional, directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE – 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Oropeza, T. R. (1995). *Estilos de Crianza y Autoconcepto en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Ortiz., M., & López., C. (1986). Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. *PSIQUIS*. 7, 53-58.
- Papalia D. & Olds S. (1995). *Desarrollo psicológico*. México. Mc Graw-Hill.

Pérez, L., R.E & Platas, A., R.S. (1998). *Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Piaget, J. (1969). *Psicología del niño*. Buenos Aires: Editor 904.

Porot., M (1977). *La familia y el niño*. Barcelona: Planeta.

Prather, R. C., & Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 177-184.

Reynoso, Erazo (2002). *Psicología y salud*. México: UNAM.

Rodin, J., Schank & Striegel - Moore (1989). Factores psicológicos de la obesidad. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 1, 53-75.

Roth, M. (1988). Anxiety and anxiety disorders-general overview. En M. Roth, R. Jr. Noyes & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety. Vol. 1: Biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 1-45). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V.

San Martín, H. (1984). *Salud y enfermedad*. México: la prensa médica mexicana.

Saucedo, M.T., y Gómez – Peresmitré, G (1998). Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. *Salud Pública de México*, 40, 392-397.

Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10 (2), 91-97.

Schaffer, H.R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI.

Shamah, T., Villalpando, S. & Rivera, J. (2007). *Resultados de Nutrición de la encuesta nacional de salud y nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Schiattino, M. I., Santafuenytes, M.T., & Lolas, S.F. (1993). Sobrepeso y obesidad en mujeres chilenas caracterización multivariada basada sobre indicadores psicofisiológicos. *Acta Psiquiátrica Psicológica de America Latina*, 39 (9), 238-245.

Schlundt, D. & Johson, W. (1990). *Eating Disorders: Assessment and Treatment*. USA: Allyn and Bacon.

Soriguer, E., Esteva, A. & García, A. (1994). Significado clínico del tipo de distribución de la grasa corporal. En C. –soriguer E. (Eds.). La obesidad. *Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz Santos.

Spielberg, C. & Diaz G. (1975). IDARE. *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.

Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC)*. Madrid: TEA.

Tapia-Conyer, R. (1993). *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*. México: Secretaría de salud.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Turner, S. M., Beidel, D.C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), (541-554).

Unikel, S. C., Mora, J. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista interamericana de psicología*. 33 (1), 11-29.

Unikel, C. & Gómez Pérez Mitré, G. (1999b). Trastorno de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología conductual*. 7 (3), 417-429.

Unikel, C., Villatoro, J Medina-Mora, M., Fleiz. C., Alcantar, E. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La revista de investigación clínica*. 52 (2), 140-147.

Villa, G., Robert, J., Nollet-Clememcon, C., & Vera, L. (1995). Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin dependent diabetes mellitus. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4 (4), 270-279.

Vincent, M. & McCabe, M. (2000) Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss and binge eating behaviours. *Journal of Youth and Adolescence: a multidisciplinary research publication*, Vol 29, issue 2, pp. 205-217, Kluwer Academic/Plenum Publishers, United States

Vives, R., & Lagartigue, B. (1994). *Apego y Vínculo Materno – Infantil*. México: Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

Webber, E.M. (1993). Psychological characteristics of binging and nonbingin obese women. *The Journal of Psychology*, 128 (3), 339-351.

Weinstein, L., & Pickens, D. (1988). Emotions underlying obesity. *Bullettin of the Psychonomic Society*, 26 (1), 50.

ANEXO

Mamita tu colaboración en este cuestionario nos ayudara a conseguir datos valiosos acerca del bienestar emocional de tu hijo y del mundo que lo rodea, **cabe señalar que esto será confidencial.**

El éxito de esta tarea depende de ti y de tu apoyo, respondiendo lo más sinceramente posible. **Marca solo una de las respuestas en cada pregunta.**

1.- ¿Hay algún suceso que influyo de forma importante en la vida de su hijo(a) (enfermedades, muerte de algún familiar, divorcio, etc.)?

NO.... () Pase a la pregunta 4

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

2.- ¿Que suceso fue?

Enfermedad crónica grave ()

Muerte de algún familiar ()

Divorcio ()

Otro (indique cual) _____

3.- ¿Cuanto tiempo ha pasado desde ese suceso?

Menos de un mes ()

De uno a seis meses ()

De seis meses a un año ()

De un año a un año y medio ()

Más de un año y medio ()

4.- ¿El niño (a) actualmente se encuentra en tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico?

NO.... ()

SI..... ()

5.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

A) De un salario mínimo (\$ 1, 577.70) o menos ()

B) De uno a dos salarios mínimos ()

C) De dos a tres salarios mínimos. ()

D) De tres a cuatro salarios mínimos. ()

E) De cuatro a cinco salarios mínimos. ()

F) De cinco a seis salarios mínimos. ()

G) De seis a siete salarios mínimos. ()

H) De siete salarios mínimos (\$ 11, 043.90) o más ()

Nombre: _____ Nombre de su hijo _____
 Grupo: _____ Edad: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
Me siento bien.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me canso rápidamente.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Siento ganas de llorar.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Quisiera ser tan feliz como otras parecen serlo.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me siento descansada.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Soy feliz.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Tomo las cosas muy a pecho.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me falta confianza en mí misma.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me siento segura.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me siento melancólica.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Me siento satisfecha.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.	(1)	(2)	(3)	(4)
Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Soy una persona estable.....	(1)	(2)	(3)	(4)
Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tensa y alterada.....	(1)	(2)	(3)	(4)

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

9.- ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

- Eres hija única ()
- Eres la más chica ()
- Ocupas un lugar intermedio ()
- Eres la mayor ()

10.- ¿Ya estás menstruando?

- NO.... () Pasa a la pregunta 12
- SI..... () Pasa a la pregunta siguiente

11.- Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

12.- Tu menstruación se presenta....

- regularmente (todos los meses)..... ()
- irregularmente (unos meses si, otros no)..... ()

13.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- I) \$2000 o menos
- J) \$2001 a 4000
- K) \$4001 a 6000
- L) \$6001 a 8000
- M) \$8001 a 10000
- N) \$10001 a 12000
- O) \$12001 o más

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

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros. ¿Quién o quienes? _____

15.- Años de estudio de tu padre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin Estudios

16.- Años de estudio de tu madre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin Estudios

SECCION B

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

- Como tanto que me duele el estómago
 He perdido el apetito
 Pierdo el control y como demasiado
 Me he sentido preocupada porque como muy poco
 Me he sentido preocupada porque como mucho
Otro. Especifica _____
 Ninguno

2.-¿Cuándo sientes más hambre ?

- Desayuno
Comida
Cena
Entre una comida y otra.

3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?

- Poca Regular Demasiada

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

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

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

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1	
2	
3	
4	
5	

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal?

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

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

_____ años

8.- ¿Has hecho dieta?

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

9.- ¿A qué edad hiciste tu primera "dieta"(dejar de comer ciertos alimentos)?

_____ años

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

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

11.- Cuando estás a dieta:

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

SECCIÓN C

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

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

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

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

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

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

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

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

5.-Consumo alimentos “chatarra”

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

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

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

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

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

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

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

9.-Como a escondidas de mis padres

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

10.-Me levanto de la mesa hasta terminar todo lo que me sirvieron

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

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

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

12.-Trato de comer alimentos bajos en calorías por ejemplo: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

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

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

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

14.- Mis padres o tutores me dejan (permiten) comer hasta que tenga hambre

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

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

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

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

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

17.-Como rápido y mucho

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

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

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

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

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

20.-Para controlar mi peso es más fácil:

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

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

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

22.- Según yo, como:

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

23.-Según mis padres o tutores como:

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

24.-A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

25.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

26.-Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa de manera regular. ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

27.-En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
- Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
- para subir de peso..... ()
- por otra razón..... () explica para

qué _____

28.-En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Amiga(o)..... ()
- Doctor(a)..... ()
- Nadie, lo decidí yo mismo ()

29.-Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo misma		

30.-En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Papá..... ()
- Nadie..... ()
- Otra persona, quién _____ ()

31.-Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
- 2 veces por semana..... ()
- 3 veces por semana..... ()
- 1 vez a la semana..... ()
- ocasionalmente..... ()
- No practico deportes..... ()

SECCION K

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada**
- B= La describe un poco**
- C= La describe regular (mas o menos)**
- D= La describe bien**
- E.= La describe exactamente.**

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz cariñosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Casi no me ayuda en lo que necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir inútil para resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada**
- B= La describe un poco**
- C= La describe regular (mas o menos)**
- D= La describe bien**
- E.= La describe exactamente.**

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Es autoritaria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me parece emocionalmente fría.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me premia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Me deja en libertad de vestirme como quiera	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Es indiferente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Tiende a consentirme como si fuera bebé	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Me compara favorablemente con los demás	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

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

10. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?

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

11. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

12. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$2000 o menos
- B) \$2001 a 4000
- C) \$4001 a 6000
- D) \$6001 a 8000
- E) \$8001 a 10000
- F) \$10001 a 12000
- G) \$12001 o más

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

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros : ¿Quién o quienes ? _____

14.- Años de estudio de tu padre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

15.- Años de estudio de tu madre :

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

SECCION B

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

- Como tanto que me duele el estómago
- He perdido el apetito
- Pierdo el control y como demasiado
- Me he sentido preocupado porque como muy poco
- Me he sentido preocupado porque como mucho
- Otro. Especifica _____
- Ninguno

2.-¿Cuándo sientes más hambre ?

- Desayuno
- Comida
- Cena
- Entre una comida y otra

3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?

- Poca
- Regular
- Demasiada

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

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

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

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

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?

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

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

_____ Años

8.- ¿Has hecho dieta?

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

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

_____ Años

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

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

11.- Cuando estás a dieta:

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

SECCION C

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

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

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

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

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

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

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

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

5.- Consumo alimentos “chatarra”

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

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

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

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

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

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

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

9.- Como a escondidas de mis padres

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

10.- Me levanto de la mesa hasta que termine todo lo que me sirvieron

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

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

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

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

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

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

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

14.- Mis padres o tutores me dejan (permiten) comer hasta que tenga hambre

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

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

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

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

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

17.- Como rápido y mucho

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

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

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

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

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

20.- Para controlar mi peso es más fácil:

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

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

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

22.- Según yo, como:

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

23.- Según mis padres o tutores como:

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

24.-A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

25.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

26.- Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa de manera regular..... ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

27.- En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
- Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
- para subir de peso..... ()
- por otra razón..... () explica para qué _____

28.- En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Amiga(o)..... ()
- Doctor(a)..... ()
- Nadie, lo decidí yo mismo ()

29. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo mismo		

30.- En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Papá..... ()
- Nadie..... ()
- Otra persona, quién _____ ()

31. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
- 2 veces por semana..... ()
- 3 veces por semana..... ()
- 1 vez a la semana..... ()
- ocasionalmente..... ()
- No practico deportes..... ()

SECCION K

Enseguida aparece una lista de formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa cómo fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad. La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada**
B= La describe un poco
C= La describe regular (mas o menos)
D= La describe bien
E.= La describe exactamente.

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz cariñosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Casi no me ayuda en lo que necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir inútil para resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada**
- B= La describe un poco**
- C= La describe regular (mas o menos)**
- D= La describe bien**
- E.= La describe exactamente.**

Mi madre:

La describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Es autoritaria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me parece emocionalmente fría.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me premia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Me deja en libertad de vestirme como quiera	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Es indiferente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Tiende a consentirme como si fuera bebé.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Me compara favorablemente con los demás.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Nombre: _____ Edad: _____
 Nombre de tu mamá: _____ Grupo: _____
 Sexo (V-M): _____

Encontrarás unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores.....	1	2	3
2. Siento ganas de llorar.....	1	2	3
3. Me siento desgraciado.....	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión.....	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas.....	1	2	3
6. Me preocupo demasiado.....	1	2	3
7. Me encuentro molesto.....	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio.....	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.....	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido.....	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo.....	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.....	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches.....	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estomago.....	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí.....	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.....	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio.....	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida.....	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos.....	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA