

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

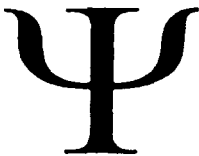
**LA FAMILIA COMO FACTOR DE
RIESGO EN TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACIÓN EN NIÑOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:
MARTÍNEZ ESPARZA GUADALUPE
RODRIGUEZ PALAFOX FRIDA**

**DIRECTORA DE TESIS...
DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MIRE**



**MÉXICO, D.F. EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA**

2002



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

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2

CAPITULO I. ANTECEDENTES TEORICO PRACTICOS.

1.1 Antecedentes históricos de los Trastornos de la Alimentación	3
1.2 Panorama epidemiológico nacional	5
1.3 Trastornos de la Alimentación	10
1.3.1 Anorexia Nervosa	12
1.3.2 Bulimia Nervosa	15
1.3.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	17
1.3.4 Síndrome Parcial de los desórdenes de la alimentación	18
1.3.5 Obesidad	18

CAPITULO II NIÑEZ

2.1 Antecedentes del estudio de la niñez	23
2.2 Desarrollo del niño en edad escolar temprana (de 7 a 9 años)	
2.2.1 Desarrollo motor	25
A) Características motrices	26
2.2.2 Desarrollo Perceptual	27
2.2.3 Desarrollo Intelectual	28
A) Formación de conceptos	28
B) Comprensión de las relaciones causales	29
C) Sentido del tiempo y el espacio	29
D) Memoria	30
2.2.4 Expresión emocional	31
A) Temores y Sueños	32
2.2.5 Desarrollo de la Personalidad	33
2.2.6 Relaciones Interpersonales	35
A) El niño y su relación con la familia	35
B) Relaciones sociales con los pares	37
2.3 El medio ambiente del niño	38
2.3.1 Cultura	39
2.3.2 Familia	39
2.3.3 Escuela	40
2.3.4 Pares	40

2.4 Autoimagen, autoconcepto y autoestima en el niño.	
2.4.1 Autoestima	42
2.4.2 Autoimagen	43
2.4.3 Autoconcepto	44
2.4.4 Confianza y seguridad	45
2.4.5 Autocontrol	46

CAPITULO III. LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN EL NIÑO

3.1 La familia y la socialización	
3.1.1 El papel de la familia	47
3.1.2 Tipos de familia	47
3.1.3 La familia como sistema	48
3.1.4 Socialización	49
3.1.5 Imitación social	50
3.1.6 La familia como socializadora	50
3.1.7 Los padres como agentes socializadores	51
3.1.8 Relación del niño con la madre	52
3.2 La familia como factor de riesgo en trastornos de la alimentación en niños	
3.2.1 Factor de riesgo	54
3.2.2 La familia como factor de riesgo	54
3.2.3 Familias anoréxicas	54
3.2.4 Familias bulímicas	57
3.3 Sociedad y socialización	
3.3.1 Influencias socioculturales	58
3.3.2 Sociedad como factor de riesgo en trastornos de la alimentación en niños	58
3.3.3 Los compañeros como socializadores	59
3.3.4 La presión de grupo como factor de riesgo en trastornos de la alimentación en niños	59
A) Belleza corporal y presión de grupo	59
B) Figura corporal y presión de grupo	60
3.3.5 La escuela como socializadora	61

CAPITULO IV. IMAGEN CORPORAL

4.1 El concepto de Imagen Corporal	63
4.2 Satisfacción con la Imagen Corporal	66
4.3 Insatisfacción con la Imagen Corporal	68

4.4 Distorsión de la Imagen Corporal	69
4.5 Conducta Dietaria	70

CAPITULO V. METODO Y PLAN DE INVESTIGACION

5.1 Propósito del estudio	73
5.2 Planteamiento del problema	73
5.3 Hipótesis	73
5.4 Definición de las variables	
5.4.1 Definición conceptual de las variables	73
5.4.2 Definición operacional de las variables	74
5.5 Diseño de investigación	74
5.6 Muestra	75
5.6.1 Criterios de inclusión	75
5.7 Instrumento	75
5.8 Aparatos	77
5.9 Procedimiento	77

CAPITULO VI RESULTADOS

6.1 Descripción de las diadas (madres e hijos)	
6.1.1 Descripción de las madres	78
6.2 Descripción de los niños de las diadas	79
6.3 Descripción de las variables relacionadas con conducta alimentaria	80
a) Control de Peso	80
6.4 Descripción de las variables relacionadas con la imagen corporal de los niños	82
a) Autopercepción de la Imagen Corporal	82
b) Figura actual	82
c) Figura ideal	84
d) Peso deseado	86
e) Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal	86
6.5 Correlación entre las diadas	87

CAPITULO VII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	90
---------------------------------------	----

REFERENCIAS	95
-------------	----

ANEXO I. Cuestionario para niños

ANEXO II. Cuestionario para madres.

LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

RESUMEN

El presente estudio de carácter exploratorio forma parte de una investigación mayor *, que tuvo como propósito conocer la imagen corporal en niños escolares pequeños y la relación de ésta con la conducta alimentaria restrictiva de sus madres. Por tal razón, el problema de investigación se planteó como sigue: ¿Se relaciona la conducta alimentaria restrictiva de las madres de niños de 7 a 9 años con la imagen corporal de sus hijos? Se trabajó con un diseño de investigación correlacional y de campo con diadas no probabilísticas, conformada por 150 niños de 7 a 9 años de edad que cursaban la educación primaria en escuelas públicas y por las 150 madres de estos niños. A fin de conocer la imagen corporal de los niños se utilizó el Cuestionario sobre alimentación y salud para niños y niñas (Gomez Perez-Mitre, Hernandez y Moreno, 1999) y para explorar la conducta alimentaria restrictiva de las madres se les aplicó el Cuestionario sobre alimentación y salud para madres (Gomez Perez-Mitre, Hernandez y Moreno, 1999). El instrumento se aplicó a los niños en sus respectivos salones de clase, en tanto que el de las madres se les hizo llegar a través de sus hijos. Los resultados obtenidos mostraron que no se relacionan ni la conducta alimentaria restrictiva ni la satisfacción corporal de las madres con la imagen corporal de sus hijos. Así mismo, se destaca que casi dos terceras partes de las madres aceptaron seguir prácticas para controlar su peso. También se observó que los niños se encuentran satisfechos con su figura y las niñas no. Es importante señalar que los niños deseaban una figura normal con músculo, mientras que las niñas deseaban una figura delgada, por lo que podrían ya estar influyendo los estereotipos sociales de la delgadez.

- 34507-II "Programa de prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo de trastornos de la alimentación y la nutrición"

INTRODUCCION

Comer es un acto central en nuestras vidas, ya que el ser humano necesita obtener una serie de sustancias vitales para su organismo llamadas nutrimentos. En los primeros meses de vida del ser humano, la alimentación depende de la madre, ya sea a través de la lactancia materna o artificial (Goldberg, 1996). Al crecer el niño se va responsabilizando cada vez más de su propia alimentación, sin embargo, la familia va a ir influyendo en horarios, gustos, costumbres y hasta reglas para comer.

En tiempos pasados, el niño gordito, con gruesos y rojizos cachetes, era la imagen del niño sano. En la actualidad, se comprueba que esto es un error ya que el hecho de estar gordito no significa que se tenga salud, ni que se tenga una adecuada nutrición.

Es evidente que en la actualidad las conductas alimentarias de riesgo van en aumento, afectando cada vez a más personas, debido a que la sociedad ha elegido como estereotipo de belleza una figura delgada. Esto ha hecho que las madres de familia sigan dietas restrictivas para alcanzar la figura ideal, lo cual influye en sus hijos haciéndolos sentir insatisfechos con su imagen corporal, por lo que desde que son pequeños (entre 7 y 9 años) realizan dietas restrictivas.

Estas conductas alimentarias de riesgo afectan a las personas no sólo en el aspecto orgánico, sino en su aspecto social, intelectual, emocional y en el sexual, por lo que la importancia de la presente investigación reside en la aportación de conocimientos sobre la familia como factor de riesgo en la conducta alimentaria, en la relación con la imagen corporal y en su contribución al desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

La presente investigación se inicia mencionando los trastornos de la alimentación y sus manifestaciones, continuando con una explicación sobre el desarrollo del niño de los 7 a los 9 años, sin dejar de mencionar el tema de la familia como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación, y siguiendo con los conceptos relacionados con la imagen corporal y la conducta dietaria. Por último, se presentan el método, los resultados y las conclusiones.

CAPITULO I

ANTECEDENTES TEORICO PRACTICOS

CAPITULO I. ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS

1. 1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El ayuno ha sido utilizado por la humanidad como una forma de manipulación y control sobre el sí mismo y los otros. En la Edad Media el ayuno formaba parte de las prácticas penitenciaras y ascéticas de los cristianos, particularmente de las mujeres muy religiosas. Para ellas, el ayuno era una forma de fundirse con Cristo, cuyo sufrimiento había salvado al mundo (Bynum, 1987).

A lo largo de la historia, conforme la unión entre el ayuno y la religión se fueran disolviendo, la profesión médica poco a poco resaltó la importancia patológica de los ayunos prolongados. Las explicaciones metafísicas fueron sustituidas por otras más realistas, de tal forma que a finales del siglo XIX la auto-inanición era considerada una aflicción debida a causas naturales.

Bordo (1990) menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que del alma.

La anorexia nervosa fue distinguida por primera vez como una entidad clínica independiente por Richard Morton en 1689, quien la nombró "phtisis nervosa". Morton describió el síntoma principal de la anorexia nervosa como "un deseo de apetito" y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza.

En los siguientes 200 años, la anorexia nervosa se vuelve el foco del interés médico, por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XIX, William Gull en Londres y Charles Laségue en París, simultáneamente publicaron alrededor de 1870, escritos acerca de numerosos casos de un estado de hambre autoinducido, ahora claramente reconocible como anorexia nervosa. William Gull acuña el término anorexia nervosa para distinguirla de la tuberculosis, mientras que Laségue la denomina "anorexia histerica" e ilustra especialmente las distorsiones

cognoscitivas, de la imagen corporal y la negación. Huchard en 1883, utiliza el término "anorexia mental" para diferenciarla de la anorexia gástrica (Bordo, 1990).

Gull (1974) destaca entre otras cosas sobre la anorexia, su típica aparición en la adolescencia, las consecuencias del efecto calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención especializada (Rausch y Bay, 1990)

La etiología de este padecimiento fue atribuido originalmente a problemas del nervio gástrico o a un estado mental resultado de disturbios emocionales. En 1903, Pierre Janet describió las formas histéricas y obsesivas de la anorexia nervosa y, posteriormente, Freud sostuvo que se relacionaba con la melancolía y que se presentaba principalmente entre mujeres jóvenes carentes de un adecuado desarrollo sexual (Stunkard, 1990).

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Estos aseguraban que la anorexia nervosa simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancias de fantasías de embarazo oral. En los últimos 40 años la anorexia nervosa adquirió entidad propia y diferenciada con ramificaciones biológicas y psicológicas (Avila, Lozano y Ortiz, 1997)

Hilde Bruch (1973) planteo que los trastornos de la conducta alimentaria deben ser entendidos en términos del desarrollo completo de la personalidad en el contexto familiar, más que una interpretación en términos del desarrollo psicosexual individual. También destacaba el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la definición de los estímulos corporales tales como los signos de necesidad nutricional.

En la actualidad la mayoría de los investigadores acuerdan que la anorexia nervosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del desarrollo en este periodo, con la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad (Unikel, 1998).

El término "boulimie" ha sido utilizado en la literatura francesa en el siglo XVIII para describir un patrón de sobrealimentación. El término bulimia se deriva del griego bulimy que se traduce como hambre excesiva. La bulimia como síntoma ha sido reconocida desde fines del siglo XIX, en descripciones en las que se asocia con algunas patologías del cerebro o con anorexia nervosa (Casper & Eckert, 1980).

En 1944, Binwanger describe el caso de Ellen West, que es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en bulímica (Holtz, 1995). Los trabajos realizados por Rusell, logran el reconocimiento de la bulimia como un síndrome diferenciado y presenta los criterios diagnósticos de la misma, a partir de la observación de que ésta se podía dar en personas de peso normal y, no sólo asociado con la anorexia nervosa o la obesidad (Unikel, 1998)

1. 2 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

Los estudios más recientes han intentado detectar la presencia de conductas anómalas de la alimentación en estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y licenciatura, así como de estudiantes de danza. Holtz (1992) realizó un estudio con estudiantes mujeres de preparatoria privada (N=90) entre las conductas anómalas del comer se encontraron porcentajes elevados de seguimientos de dietas (59%), atracones (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%), laxantes (6%) amenorrea (19.3%) y preocupación por el peso (81%)

Escobar (1992) comparo las respuestas que dieron estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas, y estudiantes de licenciatura (N=929) del sexo femenino de la Ciudad de México, a reactivos que exploraron desordenes del comer y prácticas relacionadas con estos. La practica mas frecuente reportada fue el seguimiento de dietas 66% en escuelas privadas contra 37% en escuelas públicas. En "preocupación por el comer", las estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas y públicas presentaron porcentajes del 45% y 47% respectivamente

En una investigación con una muestra de N=197 estudiantes con un rango de edad de 15 a 49 años, los resultados fueron que el 41% de los sujetos (42 sujetos) clasificó con sobrepeso y sólo el 2% (2 mujeres) con obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1993b). En otro estudio se encontró una prevalencia de obesidad del 4% entre las adolescentes y del 6.3% entre las jóvenes entre 21 y 29 años. En las mujeres adultas (31 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado hubo un 10% de obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1995)

Entre 1994 y 1995 se efectuó una encuesta en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENURBAL 94-95) en donde se decidió estudiar a todas las familias compuestas entre 3 y 10 miembros que radicaran en la zona. Se estudió un total de 1921 sujetos y se pudo ver que en general hay más sobrepeso y obesidad en las mujeres y que se incrementa conforme aumenta la edad. En menores de 5 años, al analizar el nivel socioeconómico, hubo predominio de peso en los de nivel alto de hombres y mujeres, de un 13.4% en hombres y 22.1% en mujeres de nivel socioeconómico alto, en comparación con un 8.5% en hombres y un 11.0% en mujeres de nivel socioeconómico bajo. En los adultos se encuentra una situación distinta influida por la edad, mientras que los sujetos menores de 40 años tienen tasas mayores en el nivel socioeconómico alto, la situación se invierte en los de 40 años o más, siendo en estas edades mayor la proporción de sobrepeso en los del nivel bajo (Ávila, 1997).

En México no se cuenta todavía con estadísticas y datos derivados de investigaciones sistemáticas, epidemiológicas y longitudinales que aporten información amplia y confiable sobre el problema de la obesidad en el país, pero la información que se tiene la muestra como un problema que ha ido creciendo, como una enfermedad crónica degenerativa así como un factor secundario para otras enfermedades con las que aparece frecuentemente asociada (Gómez Pérez-Mitré 1995)

En una muestra de adolescentes entre 14 y 20 años en lo que se refiere a la categoría de peso normal, se encontró un 43% en las escuelas privadas en comparación con escuelas de danza con un 11.6%, en las escuelas públicas desapareció la categoría peso muy bajo, observándose mayor peso en relación con otras escuelas,

sobrepeso en un 29.6% y obesidad en un 3.7% (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Gómez Pérez-Mitré y Unikel (1996), hicieron un estudio con dos grupos de adolescentes, el primero integrado por estudiantes de danza, y el segundo por estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas. Los resultados del estudio anterior mostraron en el primer grupo un mayor índice de conductas anómalas características de los trastornos alimentarios, como accesos bulímicos, dietas y sentimientos de culpa asociados con su forma de comer. También en el grupo señalado se observó un mayor deseo de ser delgadas y de tener una percepción subjetiva de gordura, aún cuando el peso de las estudiantes era menor al promedio según su edad y estatura; en donde no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, fue que en general las adolescentes se percibieron con más peso del que tenían, tenían el deseo de estar delgadas, realizaban ejercicio en exceso y se preocupaban por su peso. Una conclusión a la que llegaron estas investigadoras fue que es muy común en la población en general la presencia de síntomas de algunos trastornos, más que cuadros clínicos completos.

Un estudio realizado por Álvarez, Román, Manriquez y Mancilla (1996) en el que se evaluó la relación entre los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia social del modelo estético corporal y el trastorno de la imagen corporal, en una muestra de jóvenes mexicanas, se encontró una correlación positiva significativa entre la presencia de un trastorno alimentario y un trastorno de la imagen corporal. Con respecto al trastorno de la imagen corporal se observó que el grupo con trastorno alimentario mostró una puntuación significativamente mayor ($t=6.73(78)$, $p<0.01$) al grupo control. Lo mismo se observó respecto a la influencia social del modelo estético corporal, donde el grupo experimental obtuvo un puntaje significativamente mayor ($t=5.96(78)$, $p<0.01$), respecto al grupo control.

En otro estudio se realizó una réplica de la investigación anterior en la que se amplió el tamaño de la muestra ($n=960$) incluyendo en ella a jóvenes estudiantes del sexo masculino de dos diferentes niveles de enseñanza (bachillerato y licenciatura), así como dos tipos de instituciones (públicas y privadas), se incluyeron algunos otros

factores psicológicos no considerados en el estudio anterior, y se contempló un tercer subtipo de trastorno alimentario (anorexia y bulimia). Los resultados obtenidos fueron: 17.5% presentó trastorno alimentario, siendo significativamente mayor en las instituciones privadas que en las públicas, sin embargo fue la misma a nivel licenciatura que de bachillerato; con respecto a los subtipos de trastorno alimentario, se detectaron significativamente más bulímicas que anoréxicas.

Un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997), con el propósito de explorar y detectar factores de riesgo que pueden desencadenar alteraciones del comer en poblaciones preadolescentes, se encontró que con respecto a la figura ideal fue notorio el mayor porcentaje de niñas que de niños (89% vs. 39%) que eligió la silueta delgada, la selección con mayor porcentaje se dio para la silueta de peso normal entre los niños, opuesto a lo que sucedió entre las niñas (52% vs. 3%) Respecto a la figura actual el porcentaje mayor en las niñas fue para la silueta delgada (46%) mientras que en los niños nuevamente el porcentaje mayor correspondió a la silueta de peso normal (52%) En relación con la diferencia entre la figura actual-figura ideal, no se encontraron diferencias significativas en un 49% (niñas vs. 47% (niños); 17% (niñas) vs. 25% (niños) produjeron diferencias negativas y 34% (niñas) vs. 28% (niños) arrojaron diferencias positivas. Con respecto al Índice de Masa Corporal real 81% de las niñas clasificaron con peso muy por debajo del normal 44% y por debajo del normal 37%. Por otra parte un 62% de los niños, clasificó según su Índice de Masa Corporal real, como muy por debajo del peso normal 37% y por debajo del normal 25%, sólo un 12% tenía peso normal y un 25% sobrepeso y obesidad.

En relación con la percepción de los otros, las niñas respondieron que sus padres las perciben más delgadas que lo que ellas mismas se ven, y más delgadas de como los niños creen que las perciben también las niñas creen que sus amigas las perciben más delgadas de lo que ellas mismas lo hacen.

Otro estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997) tuvo como objetivo central determinar si en edades tan jóvenes (10 años en promedio) se practicaban dietas intencionales. Los resultados mostraron que un 25% de ellos aceptaron hacer ese tipo de dietas.

tanto para bajar como para subir de peso. Los niños de la muestra habían hecho, en el último año, un cambio en su alimentación: un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% para subir el peso. Prácticamente el mismo porcentaje de niñas y de niños tenían las mismas intenciones. Se concluyó entonces que en niños tan jóvenes como los de la muestra si se encontró la práctica riesgosa de seguimiento de dieta intencional en una proporción preocupante (121 de 487 niños)

En la investigación de Rivera (1997), con una muestra de 200 estudiantes de bachillerato de nivel socioeconómico medio y bajo, se obtuvieron los siguientes resultados: los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios, se encuentran con mayor tendencia entre las adolescentes de nivel socioeconómico medio. Las conductas con más alto porcentaje fueron: práctica de dietas, sobrealimentación, ejercicio excesivo, temor a subir de peso, insatisfacción con la figura corporal y preocupación por el peso. Los factores de riesgo que con más frecuencia se reportaron fueron: estar triste, estar aburrido y sentir que la comida da tranquilidad o es un remedio para la depresión (Sánchez y Mójica, 1998)

Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998) mostraron que en niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 6% para subir de peso, sin diferencias entre niños y niñas. El principal método por el cual estos niños pretendían bajar de peso, era reduciendo el consumo de alimentos 'engordadores'

Unikel (1998), destacó la presencia del Síndrome Parcial de los desórdenes del comer en el 52% de los casos de una población de adolescentes mujeres estudiantes de ballet, en comparación con las que estaban en escuelas públicas con un 26.8% y con el grupo de estudiantes de escuelas privadas que obtuvo un 42.5%. Los Síndromes Parciales que más se reportaron en estos grupos fueron: sentimientos de culpa al consumir alimentos engordadores, seguimiento de dietas, preocupación por comer, por la figura y por el peso corporal

Otro hallazgo importante fue que estos síndromes parciales aparecían en su mayoría en los estudiantes con peso corporal normal (57,4%), peso bajo (21,3%) y sobrepeso (19,7%); además actividades como el ballet contribuían en 2.4 veces más de riesgo para desarrollar algún Síndrome Parcial

A partir de las investigaciones realizadas hasta la fecha en México, los factores de riesgo para el desarrollo de los desórdenes alimentarios, no representan todavía un problema con la magnitud como se muestran en algunos países occidentales desarrollados, en donde existe un ideal de belleza muy exigente y gran abundancia de alimento (Unikel, 1998).

Sin embargo, en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamientos en centros especializados como el Instituto Nacional de la Nutrición, en la Ciudad de México, en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente cuatro se corroboran con diagnóstico de anorexia nervosa o bulimia nervosa (Unikel, 1998).

1.3 TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La conducta alimentaria como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Esa conducta cobra más valor si 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 psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de los desórdenes de la alimentación (Gomez Perez-Mitré, 1993)

Los trastornos de la alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, y una característica esencial de estos trastornos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. Dentro del campo de estudio de los

desórdenes alimentarios se encuentran tres principales entidades: anorexia nervosa, bulimia nervosa y obesidad.

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo. Una característica esencial de estos trastornos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

La incidencia de los desórdenes en la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak, 1987).

Con respecto a trastornos de la alimentación, se encuentran las investigaciones que indican, que la incidencia de la anorexia nervosa en niños no ha sido aún detectada, sin embargo, lo que sí se ha identificado es que este síndrome por regla general comienza poco después de la pubertad. Esto se apoya en el hecho de que en esta edad comienza a haber una mayor preocupación por la figura, principalmente debido a los cambios corporales y distribución de la grasa, característicos de esta etapa. Estas modificaciones provocan en las niñas y adolescentes una mayor atención con respecto a la comida y todo lo relacionado con ella (Koff y Rierdan, 1993).

Las niñas y adolescentes que manifiestan una mayor prevalencia en los trastornos de la alimentación son aquellas cuyas carreras o actividades extra escolares requieren esbeltez o delgadez, por ejemplo las bailarinas de ballet o bien en el caso de los varones los que participan en competencias atléticas que exigen un control constante del peso corporal (Ekwall, 1993).

1. 3. 1 ANOREXIA NERVOSA

Al parecer fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión *anorexia nervosa* en una conferencia-discurso pronunciada en Oxford en 1868, considerándola como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Los síntomas principales del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea, y el estreñimiento, habiendo reparado Gull también el paradójico incremento de actividad física, la hipotermia y la bradicardia. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Lassègue (1873), calificándola de inanición histérica y considerándola, como Gull, una enfermedad psicógena (Toro y Vilardell, 1987)

De acuerdo con el DSM-IV (1995), los criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nervosa son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

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.

Tipos de anorexia nervosa

Tipo restrictivo durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas

Tipo compulsivo/purgativo durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Conforme con el CIE-10 (1992) la anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Los criterios que propone para diagnosticarla son:

A. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por debajo del esperado (perdido o nunca adquirido) o el Índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

B. La pérdida de peso es auto-inducida por medio de evitación de "comidas engordadoras" y uno o más de los siguientes: vómito inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Existe distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de temor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el paciente se autoimpone el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Existe un desorden endócrino generalizado que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Cuando el inicio es prepuberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se determina normalmente, pero la menarca es tardía.

La anorexia nervosa puede ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Raras veces se inicia antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la

enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable.

Más del 90% de los casos de anorexia nervosa se observa en mujeres. Los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje de 0.5-1 % para los cuadros que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nervosa. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. La edad promedio de inicio de la anorexia nervosa es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara su aparición en mujeres mayores de 40 años. El curso y desenlace de este trastorno 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 deterioro crónico a lo largo de los años (DSM-IV, 1995).

Bruch destaca tres trastornos centrales en la anorexia nervosa: la alteración de la imagen corporal, las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas y el sentimiento de ineficacia personal. Este último, estrechamente relacionado con la falta subjetiva de autocontrol, y puede preceder a las otras (Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia nervosa constituye un cuadro complejísimo en el que se entrelazan inseparable y confusamente hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognoscitivos, emocionales, somáticos y aun iatrogenicos. La anorexia nervosa es un trastorno socio-psio-biológico de creciente trascendencia sanitaria, la cual no puede entenderse sin la existencia de unos hábitos y valores socioculturales determinantes y definidores de los estereotipos estéticos concernientes al cuerpo que constituirán la causa primera de este trastorno. De ahí lo socio-psico-biológico, de ahí el peculiar interés de un encadenado de fenómenos susceptible de poner en relación causal algo tan aparentemente abstracto y etéreo como unos criterios estéticos con el desmoronamiento biológico y psicológico de un individuo, y en última instancia con su muerte (Toro y Vilardell, 1987).

1. 3. 2 BULIMIA NERVOSA

El término *bulimia* significa etimológicamente "hambre de buey" (Zukerfeld, 1996). La bulimia nervosa como tal, fue identificada como trastorno del comportamiento alimentario entre las décadas de los sesenta y setenta; con anterioridad el trastorno había sido considerado como una variedad de la anorexia nervosa. Sin embargo, el término bulimia y los criterios para su diagnóstico no fueron adaptados e introducidos en un sistema clasificatorio psiquiátrico hasta la elaboración del DSM-III en 1980, denominación y criterios que tuvieron que ser modificados en la siguiente edición del DSM-III R, ya que en la primera no se requería la conducta purgativa para que un sujeto fuera diagnosticado como bulímico (Saldaña, 1994).

Conforme con el DSM-IV (1995), los criterios para el diagnóstico de bulimia nervosa son

A. Presencia de atracones recurrentes. Un *atacón* se caracteriza por:

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

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo 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 nervosa

Tipos de bulimia:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, 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.

De acuerdo con el CIE-10 (1992) la bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nervosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria) Los criterios para diagnosticarla son

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el paciente termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo

B. El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de farmacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el paciente se fija de forma estricta un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano

La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. Su curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. Por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nervosa son mujeres

Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nervosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres. La prevalencia entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor (DSM-IV, 1995)

Diversos modelos explicativos han sido desarrollados para explicar la etiología, desarrollo y mantenimiento de la bulimia nervosa. Al igual que otros trastornos del comportamiento alimentario, la bulimia nervosa es un trastorno multidimensional, en el cual juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aún cuando el peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado. Entre los factores causales más importantes recogidos por la literatura sobre el tema están la presión cultural sobre la mujer para ser delgada, el deseo para alcanzar una imagen idealizada del cuerpo perfecto para compensar la baja de estrés y el miedo a ser rechazada, estados anímicos negativos con presencia generalmente de depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos alimentarios y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman & Vara 1988)

1.3.3. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Según el DSM-IV (1995), la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado 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 nervosa, pero las menstruaciones son regulares
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso

significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa

1. 3. 4 SINDROME PARCIAL DE LOS DESORDENES DE LA ALIMENTACION

De acuerdo con el DSM-IV (1995), el *Síndrome Parcial* de los desórdenes de la alimentación se define como la presencia de alguna (s) de las siguientes prácticas

1. Preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida.
2. Cambios significativos de peso
3. Insatisfacción significativa con una o más partes del cuerpo.
4. Restricción calórica o seguimiento de dietas
5. Sentimiento de culpa al comer comidas engordadoras.

1. 3. 5 OBESIDAD

La palabra *obesidad* se deriva del griego "ob", que significa exceso y "endere" que significa comer, por lo que "obesidad" significa exceso de comida

La condición de obesidad se define por un exceso de grasa corporal. Esta definición ubica el problema en el aumento del tejido adiposo y no de otros comportamientos corporales. Se habla de exceso como el aumento de grasa corporal (o de tejido adiposo), que implica casi siempre un aumento de peso. Se considera obeso al individuo cuyo tejido graso excede un determinado límite. Para diagnosticar la obesidad es posible utilizar tablas de peso para la edad, talla, sexo y tipo corporal o la medición del espesor del pliegue subcutáneo (Braguinsky, 1989)

El grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal o peso deseable, es decir, el que indican las tablas en que aparecen los pesos de la población general según los promedios propios de cada sexo, edad, talla y, a veces, de cada biotipo (Saldaña y Rosell, 1988)

Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales (DSM-IV, 1995)

Algunos de los factores que intervienen en la obesidad son: los biológicos, las experiencias en la alimentación durante los primeros años de vida, los malos hábitos en la ingestión de alimentos adquiridos en la niñez. Otro de los factores que interviene en el peso corporal es el sociocultural, en la gente pobre existe una tendencia más alta a ser gordos que en las personas de clase alta, ello puede ser originado, en parte, a que las personas de clase alta sienten una presión mayor a conservar una figura esbelta y parte a que los patrones alimentarios de las personas pobres son los que contribuyen a la obesidad (Morris, 1987)

La obesidad es desde hace más de 25 años uno de los temas de mayor interés y preocupación para los investigadores dentro de los países occidentales. Estados Unidos de Norteamérica es el que mayor número de estudios epidemiológicos ha llevado a cabo. Dichos estudios señalan que la obesidad es el problema número uno de los

problemas nutricionales, llegando a afectar a 70 millones de norteamericanos (Jeffrey, 1976).

Ser obeso constituye en nuestros días un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los seis años de edad los niños ya la han interiorizado perfectamente. A esta corta edad se ha observado que los niños atribuyen características positivas como bueno, feliz, muchos amigos, educado, etc. a una figura humana delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como malo, peleas, trampas, perezoso, sucio, etc. a una figura robusta o gruesa (Kirkpatrick y Sanders, 1978, citado por Toro, 1996)

Es evidente que la presión social contra el sobrepeso se ejerce de forma mucho más acentuada sobre las mujeres que sobre los varones. El agravante básico reside en que aquéllas, además, experimentan de modo muy especial la presión en favor de la delgadez. Esta situación de permanente crítica referido al volumen del cuerpo afecta las propias relaciones personales y afectivas (Toro, 1996)

Se ha investigado que la obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, a pesar de las creencias populares de que los niños con sobrepeso "superan" su estado. Cuanto mayor tiempo han tenido el sobrepeso, más probable es que continúe su estado hasta la adolescencia y la vida adulta, hacia los 6 años de edad y después, no suele desaparecer espontáneamente el sobrepeso o la obesidad (Krause, 1995)

La experiencia clínica sugiere que muchos de los niños que son objeto de reproches provenientes de progenitores y pares por tener figura de "gordos", están encerrados ya o pronto lo estarán en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio adicional; es como correr el riesgo de quedar atrapado en un sistema que los castiga por ser obesos y que al hacerlo aumenta la probabilidad de que continúen siéndolo (Schumaker, 1985)

El arraigo o interiorización de las actitudes de rechazo hacia el obeso supone que desde la infancia la autoestima puede estar lastimada por el volumen corporal. La familia y los padres, desconocen

la importancia de sus comentarios y observaciones acerca del cuerpo de sus hijos.

Un estudio con niños de 9 a 11 años de edad ha puesto de manifiesto la existencia de una autoestima significativamente baja en los niños que percibían las opiniones negativas que sus padres tenían acerca de sus cuerpos. Es de destacar que los niños varones empeoraban su autoestima especialmente cuando se sentían considerados excesivamente delgados. En las niñas, la autoestima se resentía notablemente cuando percibían que eran consideradas "gorditas" (Pierce y Wardle, 1993). Habiendo vivido tales circunstancias en la mayor parte de los casos desde la infancia, es normal que las personas con sobrepeso cuenten con un autoconcepto negativo y una autoestima baja. Son muy frecuentes tanto la ansiedad social como el miedo al rechazo social, así como la experimentación de un "locus de control externo". Corren más riesgo que las personas delgadas ("atractivas") para sufrir trastornos psicológicos, trastornos en los que siempre aparece ansiedad, y suelen implicarse en conflictos interpersonales (Toro, 1996).

En el marco de la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día a potenciar el modelo de delgadez como uno de los signos externos de aceptación. La inteligencia, destreza, éxito tanto a nivel escolar o de interacción social son cualidades atribuidas a las personas con menor peso que las personas con sobrepeso. Estudios recientes se han centrado en investigar la pérdida de autoestima, principalmente en los adolescentes, debido a la discriminación recibida por parte de profesores, compañeros y familia (Saldaña, 1994).

La medicina y los médicos han contribuido significativamente a extender el descrédito social de la obesidad y el sobrepeso. Las razones médicas han venido a "confirmar" de algún modo las motivaciones estéticas del culto a la delgadez y, por ende, del rechazo a la obesidad (Toro, 1996).

Los trastornos de la alimentación han existido a lo largo de la historia de la humanidad, pero en la actualidad son más frecuentes, ya que las personas buscan la aceptación de la sociedad, siguiendo conductas alimentarias de riesgo para alcanzar una figura delgada marcada como la ideal por la sociedad. Así también, los trastornos de

CAPITULO II

NIÑEZ

CAPITULO II. NIÑEZ

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LA NIÑEZ

Aunque procrear es un arte muy antiguo, el estudio científico de los niños es relativamente reciente. Durante muchos años, los animales fueron mucho más atentamente observados que los niños, ya que se consideraba que los animales eran mucho más fáciles de entender que los niños. Un segundo motivo de esta falta de interés por el estudio de los niños, tiene sus orígenes en la ingenua noción de que niños y adultos eran idénticos, que los niños eran, en realidad, adultos en miniatura sólo cuantitativamente diferentes de los adultos normales. Resulta difícil imaginar que haya existido una época y un lugar en que los niños no eran amados y deseados por sus padres, o que se les deseaba pero no porque se les amara. En los atestados y malsanos barrios bajos de las ciudades europeas del siglo XVIII, miles de padres, ignorantes de todos los métodos de control natal, daban a luz niños que muy pronto abandonaban en las calles o en los umbrales de iglesias y orfanatos. Por toda Europa surgieron los hogares de expósitos, en un intento casi inútil de cuidar a esos niños, la mayoría de los cuales moría en la infancia. Hasta principios de nuestro siglo, aunque un niño no fuera abandonado sus posibilidades de vida hasta la edad de cinco años eran menos de una de cada dos. Frente a ese trágico promedio de mortalidad no es de asombrar que los padres se mostraran reticentes en cuanto a ligarse emocionalmente a sus hijos, tan reticentes que con total insensibilidad, podían dejarlos a la intemperie, en un umbral, donde probablemente morirían de todos modos (Lefrançois, 1973).

El siglo XIX pareció anunciar alguna mejora en el status de los niños de Europa, pues la frecuencia de los abandonos disminuyó de forma radical. Desgraciadamente, ello no resultó índice de aumento del amor y preocupación por los niños, sino sólo de su valor económico. En la Europa del siglo XIX, los niños se volvieron altamente apreciados, no como objetos de amor, sino como enseres útiles. En miles de fábricas y minas de toda Europa, floreció la mano de obra infantil.

Actualmente, entre los conocimientos y la bondad de una época más rica, los niños pueden ser amados y estudiados porque menos frecuentemente son una carga económica o una necesidad económica. La psicología infantil es una ciencia que se inició con las primeras observaciones sistemáticas de niños, presentadas por Preyer, Darwin y Stanley Hall, (citados en Lefrançois, 1973). Darwin y Preyer escribieron relatos subjetivos de las primeras etapas de desarrollo de sus propios hijos, Hall fue el precursor del empleo del cuestionario objetivo como medio para estudiar al niño, lo curioso de este cuestionario fue que lo aplicaban a los adultos y les pedían que trataran de recordar qué sentían y pensaban cuando eran niños. Alfred Binet inventó la primera escala de inteligencia práctica para niños. Freud fue quien llamó la atención de los padres y los profesionales sobre la importancia de los primeros años de la vida del niño (Lefrançois, 1973).

Existen tres filosofías principales sobre la naturaleza moral y el desarrollo de los niños. La primera, la doctrina cristiana del pecado original, sostiene que los niños nacen pecadores y rebeldes, y que el papel de los padres es quebrantar su espíritu rebelde y orar por su salvación. En representación de la segunda filosofía, John Locke decía que los niños eran una "tabula rasa", un papel en blanco, que son moralmente neutros, y que aquello en lo que se conviertan depende de la forma en que se les críe. En la tercera de las grandes filosofías concernientes a los niños, Jean- Jacques Rousseau decía que son buenos salvajes, dotados con un sentido del bien y del mal, y que si los padres no interfirieran con su desarrollo y no los corrompieran, podrían desarrollarse positivamente de acuerdo con el plan de la naturaleza (Rice, 1995).

Hoy sabemos que los bebés nacen con la facultad de sentir muchas emociones, aunque aun no hayan desarrollado su capacidad para el pensamiento racional. En Occidente, los padres saben que sus hijos no manifiestan capacidades para el pensamiento abstracto antes de los tres años, y que la mente del niño debe "madurar". Sin embargo, durante gran parte de la historia de Occidente (mas o menos hasta el siglo XVII), no se pensaba que la niñez fuese un estado de inmadurez, diferente o extraño al estado adulto.

El psicólogo holandés J. H. Van Den Berg refiere que lo usual era considerar al niño como un adulto en miniatura, un ser que se hallaba en plena posesión de las facultades de un adulto, y simplemente carecía de la experiencia para aprovecharlas. De ahí que Montaigne, en su ensayo sobre la educación de los niños, propusiera introducir el razonamiento filosófico a muy temprana edad, ya que, decía, "desde el momento en que es destetado el niño ya es capaz de entenderlo". Más adelante, John Locke sostuvo que los niños anhelan "ser cordialmente inducidos a razonar", pues, "comprenden el razonamiento tan pronto como el lenguaje mismo; y, si no he observado mal, les gusta ser tratados como criaturas racionales". Esta comprensión del niño guardaba correspondencia con determinadas pautas de conducta (Gergen, 1992).

2. 2 DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR TEMPRANA (De 7 a 9 años)

2. 2. 1 DESARROLLO MOTOR

En relación con el cambio de forma corporal se inicia también un impulso de maduración del sistema nervioso central, lo que capacita al niño para coordinar y dominar mejor sus movimientos, especialmente los finos y precisos (Clauss y Hiebsch, 1966), lo que permite al niño aprender el uso de las herramientas (Rice, 1997).

Las capacidades de movimiento se desarrollan a través de tres etapas: en la primera el niño intenta ejecutar el modelo de movimiento, pero le faltan los componentes preparatorios y de continuación; en la segunda el niño dispone de mayor control sobre los movimientos requeridos, pero aún no es un modelo integrado; en la tercera, todos los componentes están bien integrados en un acto coordinado y determinado (Vasta, Haith y Miller, 1996).

Los niños escolares se caracterizan por su gran movilidad, su gran variedad de movimientos y su fuerte impulsión a moverse. Muchos estímulos que vienen del exterior y algunas imágenes excitan la tendencia del niño a transformarlas en movimiento. Esto

es un requisito previo e importante para el trabajo escolar en general y, de manera muy especial, para la adquisición de habilidades motrices importantes, como lo es el escribir (Clauss y Hiebsch, 1966).

A) CARACTERISTICAS MOTRICES

Los niños de *siete años*, tienen repentinos estallidos de comportamiento muy activo. Tienen a repetir incansablemente una actividad hasta dominarla, así que puede tener periodos, donde sólo se dedican a un tipo de actividad y luego abandonarla repentinamente por otra. La postura es más tensa y unilateral, el niño mantiene la misma posición durante un período más prolongado. Se sienta con la cabeza hacia adelante e inclinada ligeramente hacia el lado no dominante, que es el más tenso y próximo al cuerpo. Mientras escribe o escucha, apoya a menudo la cabeza sobre el brazo libre. Una postura favorita es acostarse boca abajo en el suelo, apoyándose en los codos (Gesell, 1971).

Los movimientos corporales de los niños de *ocho años*, tienen fluidez, gracia y equilibrio. Caminan con libertad, tienen conciencia de su propia postura. Les gustan las actitudes teatrales y la expresión por medio de posturas y gestos. Son más atrevidos para realizar diferentes actividades que necesitan mayor equilibrio y fuerza, tienen mayor disposición a aprender técnicas para algún deporte, hay un incremento de la velocidad y la fluidez en las operaciones de motricidad fina, el acercamiento y la prensión son rápidos y suaves y la liberación es segura y precisa. La postura puede ser cambiada con mayor sentido de la adaptación, existe mayor simetría y con frecuencia apoya ambos codos sobre la mesa o extiende los brazos. Al escribir espacian las palabras y las oraciones, la alineación y la inclinación son más uniformes. Comienzan a dibujar respetando la perspectiva y dibujan frecuentemente figuras en acción, empiezan igual a ser buenos observadores, los cuales ya no necesitan tocar todo lo que ven (Gesell, 1971).

Los niños de *nueve años* son más hábiles en su comportamiento motor y les agrada probar su habilidad. Demuestran gran interés por deportes de competencia. Después del recreo o

después de un juego activo, les resulta difícil tranquilizarse, por lo regular necesitan realizar otras actividades hasta caer rendidos de cansancio. Pueden usar las manos independientemente una de la otra y los dedos muestran una nueva diferenciación. Experimentan una especial concentración en las cualidades de los objetos, por lo que agregan más detalles a sus trabajos: pueden escribir durante periodos prolongados (Gesell, 1971)

2. 2. 2 DESARROLLO PERCEPTUAL

El desarrollo de la percepción se lleva a cabo por tres procesos: sensación, percepción y atención. La *sensación* se refiere a la detección y diferenciación de la información sensorial. La *percepción* se refiere a la interpretación de sensaciones e implica reconocimiento e identificación. La *atención* se refiere a la percepción selectiva (Vasta, Haith y Miller, 1996).

De los *siete* a los *nueve años*, se completa el paso de la percepción principalmente global al enfoque más analítico, se vuelve más detallada y analítica. Se hace cada vez más efectiva la observación de las formas que caracterizan cada uno de los aspectos particulares orientados hacia el detalle. El poder disponer de la mejor manera posible de los contenidos de la percepción, es importante para las funciones superiores del trabajo y permite la transformación de los recuerdos y conocimientos con vista a la acción.

Al mismo tiempo, la percepción del espacio depende de las acciones del niño como de su dirección y su posición corporal. La percepción del espacio se va transformando por dos procesos: primero, la visualización progresiva del espacio, al ser sustituido el espacio de la acción por el niño por el espacio visual o al alternar ambos modos de aprehender el espacio; y, segundo, por la paulatina objetivación, en la que la aprehensión del espacio se desliga del propio cuerpo. Los niños pueden entonces precisar las direcciones espaciales (derecha e izquierda, arriba y abajo) independiente de sí mismos, sólo en relación a las cosas y los

objetos. A los nueve años, ya los niños tienen una constancia del mundo visual (Clauss y Hiebsch, 1966).

2. 2. 3 DESARROLLO INTELECTUAL

La actividad más importante para los niños en la edad escolar temprana es el aprendizaje. El niño aprende, siempre que tiene experiencias y las toma en cuenta para sus actos y su conducta (Clauss y Hiebsch, 1966)

A la edad de *siete a nueve años*, los niños tienen una mayor capacidad para pensar, memorizar, hablar y establecer conceptos. En esta edad se establecen ciertos conceptos de acontecimientos inevitables como la muerte, nacimiento y diferencias sexuales (Lewis, 1973)

A) FORMACIÓN DE CONCEPTOS

Los conceptos del niño se forman de la siguiente manera:

1 Definen todos los conceptos aún los abstractos valiéndose de contenidos intuitivos ("la enfermedad es cuando a uno le duele la garganta")

2 Definen sus conceptos dando ejemplos o describiendo a los objetos ("comer es cuando se come la comida")

3 Definen diciendo lo que el objeto hace o para que se le usa, es decir que sus conceptos se interpretan de manera dinámica, funcional ("la lavadora lava")

4 En sus definiciones utilizan conceptos demasiado generales ("las nubes forman el cielo")

5 En las definiciones de conceptos predominan las afirmaciones centradas en el sujeto. Solamente al final de esta fase en la determinación de los conceptos concretos pesan más los rasgos característicos objetivos (Clauss y Hiebsch, 1966)

Para los niños de *siete años*, el concepto de cantidad está ligado a objetos concretos ordenados de una manera determinada. El niño aprende a extraer la relación cuantitativa pura de las

situaciones "vivas" por él, de su vinculación con las cosas y de la ordenación intuitiva de éstas. Sólo después de esta triple abstracción puede hablarse de un verdadero concepto de número y cantidad (Clauss y Hiebsch, 1966)

B) COMPRENSIÓN DE LAS RELACIONES CAUSALES

Sabemos que un niño comprende cuando tiene la capacidad para captar la naturaleza, el significado o la explicación de algo, para tener una idea clara o completa sobre ello. La comprensión es alcanzada por el niño mediante la aplicación de conocimientos previamente adquiridos a nuevas experiencias y situaciones. El tipo de adaptaciones que hacen los niños, se ve afectado considerablemente por la comprensión de su ambiente, las personas o ellos mismos (Hurlock, 1982)

La interpretación de las relaciones causales permanecen a nivel de las primitivas relaciones si- entonces o cuando- entonces. Bajo la influencia de la enseñanza se llega a una comprensión más profunda de los vínculos verdaderamente causales, a esta edad los niños están capacitados para sacar consecuencias lógicas correctas sólo cuando pueden representar intuitivamente las premisas. A los siete años se da el pensamiento mágico, el cual se ve favorecido por una propiedad del niño y que se ha caracterizado como un rasgo fundamental de su actitud en esta fase de su crecimiento: su capacidad crítica no está aún suficientemente desarrollada (Clauss y Hiebsch, 1966)

C) SENTIDO DEL TIEMPO Y EL ESPACIO

El sentido de tiempo a los siete años se vuelve más práctico, más detallado más seriado. La mayor parte de los niños de esta edad, saben leer la hora en un reloj contando horas y minutos, y por lo general piden un reloj de pulsera propio

En cuanto al espacio, se encuentran especialmente interesados como elemento que les brinda su lugar en el mundo. Muestran una mayor comprensión de los puntos cardinales. No pueden todavía distinguir derecha e izquierda, excepto en relación con su propio cuerpo.

A los ocho años, los niños comienzan a adquirir mayor responsabilidad con respecto al tiempo. El aumento de su velocidad para la acción les hace menos vulnerables a las exigencias del tiempo; se interesan por los tiempos lejanos del pasado. En cuanto al espacio, tienen una noción suficientemente clara de los puntos cardinales; pueden ahora distinguir derecha e izquierda en los demás, al igual que en sí mismo

Los niños de *nueve años* controlan el tiempo, en la medida en que planifican su día y conocen el orden en que suceden sus actividades. Su manejo del espacio implica el mismo tipo de conocimiento y control que su manejo del tiempo (Gesell, 1971).

D) MEMORIA

La mayoría de los recuerdos de su edad preescolar, no guardan el orden cronológico que permitiría reconstruir el orden en que se han sucedido las vivencias recordadas. A partir de los *siete años*, la memoria va presentando cada vez menos "espacios vacíos"; esto se debe a que en la edad escolar la serie de los recuerdos está dividida por espacios precisos de tiempo, ya que en la escuela, la vida del niño está ordenada de una manera más exacta que antes, por las medidas objetivas del tiempo propias de nuestra civilización, y así aprende él a hacer uso de ellas. Por lo que los niños de esta edad manifiestan de un modo espontáneo su interés por las medidas de tiempo como hora, día, mes, estación del año, etc (Claus y Hiebsch, 1966)

En esta edad predomina la afectividad en la formación de los recuerdos, los niños de *siete a nueve años* carecen todavía de la riqueza de expresión que les permitiría describir sus recuerdos con toda claridad. Además, ellos todavía no reflexionan lo suficiente sobre sus propias vivencias como para ser capaces de expresarlas de manera amplia y detallada (Claus y Hiebsch, 1966)

En la fijación de los recuerdos predominan los procedimientos mecánicos, es decir, cuando los niños cuentan algo, realizan movimientos que remedan el movimiento definido por el verbo que ellos emplean (Claus y Hiebsch, 1966)

2. 2. 4 EXPRESION EMOCIONAL

A los *siete años*, los niños comienzan a adquirir la capacidad de colocarse en el lugar de la otra persona, o sea, incorporar a sí mismos la experiencia de otra persona (por eso les emocionan tanto los cuentos tristes). Tienen la tendencia inicial a retraerse ante las situaciones en lugar de permanecer en ellas, mediante esta retracción se protegen a sí mismos (se tapan los oídos ante ruidos intensos); al igual cuando su madre reprende al niño o tiene problemas con sus compañeros de juego, él se retirará de la escena. Llegan incluso a querer escaparse preparando su valija y saliendo de la casa, aunque nunca se alejan más que unos cuantos pasos. Carecen de confianza en sí mismos hasta el punto de no querer siquiera intentar hacer algo complicado. Algunos niños parecen temer a la vida en general y se resisten realmente a crecer; huyen ante las nuevas exigencias que el crecimiento les plantea. Tienen aún momentos de resistencia, desafiando a sus madres. Si han provocado una escena respecto de alguna insistencia de sus madres, lo meditan luego y se preguntan por qué se comportaron así, su enojo, por lo regular, no se dirige contra sí mismos por sus acciones, sino contra los objetos que no pudieron dominar. Si lloran, sus motivos son más subjetivos que antes (pueden llorar porque la gente no les quiere, cuando son lastimados físicamente), aunque por lo general tratan de controlar el llanto, en especial si temen que alguien los vea y pueden llegar a dominarlo tan completamente que se limitan a decir "tengo ganas de llorar" (Gesell, 1971)

Se establecen ideales demasiado elevados, quieren ser perfectos, les preocupan de sobremanera los errores e incluso les avergüenzan, no aceptan de buen modo las correcciones y tratan de disimular sus errores

A los *ocho años* los niños son menos sensibles, menos concentrados en sí mismos y menos propensos a retraerse de las situaciones. Creen saber más de lo que saben y adoptan a menudo un tono de "sabelotodo". Todo lo dramatizan, incluso ellos mismos. Dan excusas a sus madres para hacer algo que se les pidió. Pueden llorar cuando están cansados, desilusionados, ofendidos, criticados o por haber hecho algo sabiendo que no debían hacerlo. Lloran

menos que antes por confusión interna. Expresan tonterías sin sentido y cuando se sienten cansados, pueden echarse a reír sin motivo y sin que sea fácil hacer que se detengan

A los *nueve años*, los niños son más autoorganizados, son más independientes, responsables y dignos de confianza, se adentran a las emociones más positivas. Pueden encolerizarse, impacientarse, pero esas reacciones son de corta duración. Quizás lloren, pero sólo lo harán si se sienten suficientemente furiosos o si se les ha lastimado realmente. Es más probable que se sientan perturbados y aprensivos respecto de sus propios actos. Un pedido de sus madres puede, sin embargo, interrumpirlos, y obedecen con ánimo y retornan a su actividad. Se sienten avergonzados de algunos de sus actos pasados relativos a campos que ahora dominan mejor. Son amigos fieles y devotos, sus amigos pueden acudir a ellos en busca de protección. A esta edad se impresionan ante todo lo que se les cuenta. Predomina un intenso tono afectivo, se encuentran signos definidos de empatía y el deseo mayor es de agradar a los demás (Gesell, 1971)

A) TEMORES Y SUEÑOS

Los temores a esta edad se concentran en peligros remotos, sobrenaturales o fantásticos, en la obscuridad y criaturas imaginarias que se asocian con ella, en la muerte o las heridas, en los elementos, sobre todo truenos y relámpagos, y en personajes que recuerdan de relatos, películas, dibujos animados y la televisión. Tienen muchos temores relacionados con ellos mismos o su posición, temen caerse, verse ridiculizados o ser diferentes (Hurlock, 1982)

A los *siete años*, sus temores se focalizan en sí mismos, en su interior y en sus actos. Sus temores y preocupaciones sirven a un fin de autoprotección. Temerán a los lugares altos y a las impresiones visuales poco familiares, sobretodo en la obscuridad. Los sueños y las pesadillas disminuyen. Sus sueños se refieren al niño mismo.

A menudo, los niños de *ocho años* ni siquiera admiten sus temores. Pero aún tienen miedo de pelear, de fracasar, de que otros les encuentren fallas o no gusten de ellos y quizás se nieguen a

escuchar historias de terror. Pueden tener aún un temor por la obscuridad y se dice que desconfían o son tímidos respecto de ella. Aunque tal vez no teman al fuego, puede haber un interés compulsivo por este. Algunos niños, en lugar de sufrir temores evidentes, demuestran preocupaciones por una serie de cosas. La mayor parte de los niños de esta edad, enfrentan directamente toda experiencia temida y la repiten compulsivamente hasta resolver su temor, o bien provocan temores análogos, asustando a niños más pequeños. Sus sueños se relacionan con acontecimientos diarios (Gesell, 1971)

Los niños de *nueve años*, se dicen a sí mismos: "No me asusto fácilmente". Sufren en verdad de pocos temores, pero les aquejan numerosas preocupaciones; les perturban los pequeños errores que cometen, necesitan confianza o elogios, para sentirse seguros de sí mismos. Algunas veces, la competencia con otros niños aumenta sus preocupaciones. El dormir continuo y tranquilo, se ve a menudo agitado en las profundidades por numerosos sueños horripilantes y terribles, pero saben que han estado soñando y se tranquilizan rápidamente. Los sueños desagradables son los que más comúnmente relatan.

Saben que existe una relación entre sus actividades diurnas y su vida onírica, tratan entonces de protegerse de los estímulos que podrían provocar ciertas pesadillas. Gozan a menudo soñando por la mañana y quizás vuelven a dormirse para seguir soñando (Gesell, 1971).

2. 2. 5 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Los aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales del niño no se manifiestan de manera aislada, sino son los que le dan su carácter distintivo, es decir, son la base de lo que se denomina *personalidad*.

Los tres aspectos que contribuyen a la formación de la personalidad son los *factores constitucionales*, los forman la herencia, tanto de aspectos orgánicos como psicológicos, los *factores del desarrollo* son aquellas conductas contenidas en la

herencia, pero que requieren de determinado tiempo para su maduración y los *factores situacionales o ambientales* son todas las circunstancias que ocurren alrededor del niño y que influyen sobre su herencia o sobre su maduración de una manera determinante (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

A los *siete años* los niños están en camino de adquirir una mayor conciencia de sí mismos. Absorbiendo impresiones de lo que ven, leen y oyen, y elaborándolas en sus propios pensamientos y sentimientos, parecen reforzar y construir un sentido de sí mismos. La conciencia de sí mismos se relaciona con su ser físico, tienen la conciencia de su cuerpo y les afecta sensiblemente mostrarlo.

Se preocupan de sobremanera por sus actos. Son susceptibles a lo que puedan pensar los demás y se cuidan mucho de no exponerse a las críticas. Se retraen dentro de sí mismos cuando alguien se burla de ellos. Quieren crearse lugares propios, donde sólo ellos coman, duerman, etc. (Gesell, 1971).

A los *ocho años*, los niños tienen una conciencia creciente de sí mismos como persona. Tienen más conciencia de las formas en que difieren de los demás; están en proceso de convertirse en individuos, en miembros del mundo social. El adulto ya no les habla en tono condescendiente, sino que conversa con ellos. Con toda facilidad, se identifican con los personajes de libros, películas o la televisión. Su llanto fingido puede ser tan realista que engaña a quienes les rodean. Quizás se sientan desgarrados por sus deseos de crecer y de seguir siendo tal como son. No les agradan las advertencias continuas, ahora quieren indirectas sugestivas, mediante palabras o miradas, que les den idea de lo que se espera de ellos. Quieren privilegios especiales, quieren ver películas de adultos o acostarse más tarde. Están interesados en valorar su propio desempeño, su propia relación con los demás, desean vivir de acuerdo con su idea de la norma que los demás tienen para ellos. Puesto que su comportamiento es a menudo mediocre y demasiado elevada su noción de esas normas, existe a menudo una discrepancia que conduce a las lágrimas y a la infelicidad temporaria o bien alardearán y se excusarán para compensar la diferencia entre lo que pueden y lo que quisieran hacer (Gesell, 1971).

Los niños de *nueve años* son seguros de sí mismos y manejan ahora su independencia. Pueden pensar por sí solos. Se puede confiar en ellos; poseen un mayor dominio de sí mismos. Se apartan de lo que les rodea en grado suficiente para hacer acopio de su sentido de la personalidad y hacer buen uso de ellos. Ahora piensan en términos de lucha, tanto con el cerebro como con el cuerpo. Organizan su tiempo, planean sus actividades diarias. Poseen la capacidad de aplicar su inteligencia a una tarea y llevarla a buen término. Son ambiciosos en sus exigencias consigo mismos, no sólo quieren destacarse en una tarea individual, sino en general; están ansiosos por agradar, desean que los quieran y anhelan las distinciones. Se empeñan en hacer favores y el elogio es su mejor estímulo, es el primer año en donde los niños se controlan lo suficientemente bien para trabajar con intención de servir a los demás. Se lamentan de muchas cosas, más un minuto después olvidan de qué se lamentaban (Gesell, 1971)

2. 2. 6 RELACIONES INTERPERSONALES

Los niños en esta edad van adquiriendo mayor capacidad para comprender las relaciones sociales y la habilidad para entender a los otros, sus pensamientos, sus emociones, su conducta social y, en general, su punto de vista (Rice, 1997)

Según Rice (1997) el desarrollo psicosocial de los niños de *siete años* se encuentra en la etapa de *heterosocialidad infantil*, donde los niños buscan la compañía de otros, independientemente del sexo. Mientras que los niños de *ocho y nueve años* se encuentran en la etapa de *homosocialidad infantil* donde prefieren jugar con niños del mismo sexo, pero no por propósitos sexuales, sino por amistad y compañía y donde existe cierto antagonismo entre los sexos

En sus relaciones con otros, quizá en esta etapa (de siete a nueve años), el pequeño vuelva sus intereses hacia otros adultos que no sean los padres, como son los maestros (Campbell (1964), citado en Lewis, 1973)

El mundo de los niños tiene sus costumbres, lenguaje, reglas, juegos, rituales, creencias y valores propios que ayudan al niño a entender la gran complejidad del mundo social y a adaptarse a él (Craig, 1994).

A) EL NIÑO Y SU RELACION CON LA FAMILIA

A los *siete años*, los niños comienzan a ser verdaderos miembros del grupo familiar. Ellos aceptan algunas responsabilidades domésticas, algunas veces esta ayuda no es uniforme, se cansan pronto de una tarea y desean cambiarla por otra. Su interés por recibir dinero iguala a su interés por cumplir con el trabajo

No sólo son buenas las relaciones con la madre, en general, sino que establecen muy buenas relaciones con el padre. Se muestran orgullosos de su hogar y de su familia. Con los hermanos menores son más cariñosos, los cuidan y los protegen asumiendo el papel de hermanos mayores. Si el hermano es mayor, lo admiran y se hallan a menudo sometidos a su influencia. Pero tienden a sentir celos de que el hermano pueda imponérselos o gozar de mayores privilegios que ellos

Con los niños de *ocho años*, puede ser fácil llevarse bien en casa, pero su comportamiento óptimo se produce generalmente lejos de ella. En casa, sus propias actividades les absorben menos y dependen más de las sugerencias de sus madres en cuanto a qué hacer luego. Su colaboración depende de su estado de ánimo. Les agrada algún sistema de recompensa

La relación con la madre es complicada y sutil. Lo que las madres hacen por ellos es tan importante como antes, pero más importante es lo que sus madres piensan o sienten respecto a ellos. Son sumamente exigentes con sus madres, ya que no sólo exigen su tiempo, sino su completa atención. Raro es el niño de ocho años que pueda perdonar rápidamente a su madre cuando ésta comete un error que le afecta directamente. La relación con sus hermanos menores son relativamente buenas, mas han perdido algo de su actitud de hermanos mayores. Descienden con demasiada facilidad al nivel de respuesta de los hermanos, se tornan incontenibles, los molestan y terminan peleándose. Cuando son responsables del cuidado de

hermanos menores, tienen propensión a mostrarse demasiado estrictos (Gesell, 1971).

La mayor parte de las discusiones entre madre e hijo han desaparecido a los *nueve años*. Quieren satisfacer a su madre, les agrada llevar recados o comisiones. Algunos niños adoptan incluso actitudes protectoras respecto a la madre y no le permiten realizar ciertas labores difíciles, especialmente estando ella embarazada o enferma. Ya no necesitan la seguridad de una recompensa para prestar su ayuda. Ahora están tan atareados con sus propias actividades y sus amigos, que comparten menos cosas con el padre, aunque sienten mucho cariño hacia él, gozan discutiendo asuntos diversos con él y son especialmente sensibles a toda crítica paterna. Por lo general no presentan problemas en cuanto a la relación con sus hermanos, demuestran lealtad hacia ellos y los apoyan cuando es necesario. Se comportan excepcionalmente bien cuando se les hace responsables de sus hermanos menores, se muestran comprensivos y desprovistos de rigidez con ellos (Gesell, 1971).

B) RELACIONES SOCIALES CON LOS PARES

A los *siete años*, ya no exigen tanta compañía como antes, se dedican a otras actividades solitarias pero juegan con otros niños con relativa facilidad. Puede que en el juego, si las cosas no resultan del todo bien, probablemente abandonarán a sus compañeros o bien provocarán una riña. Es posible que varios niños se agrupen y formen una pandilla contra otro. El juego colectivo no está aún bien organizado y se desarrolla, en su mayor parte, persiguiendo objetivos individuales. Su lugar en el grupo puede preocuparles, quizás teman no poder desempeñarse bien, o no agradar a los otros niños. Hay en general, menos ataques directos verbales y físicos a los compañeros de juego.

Los *ocho años* es la edad en que los amigos "verdaderos", "especiales" o "el mejor amigo" comienzan a desempeñar una parte importante en la vida de los niños. La relación entre amigos puede ser muy íntima y exigente. Las amistades firmes tienen mayores probabilidades de producirse con niños de la misma edad, pero por lo regular juegan mejor con niños mayores, ya que sienten admiración por los niños mayores y éstos a menudo protegen a sus admiradores.

de intimidaciones y malos tratos. La tendencia apunta hacia períodos más largos de juego relativamente pacífico con otros niños, con desacuerdos sólo verbales; participan decididamente en los juegos colectivos; varones y niñas comienzan a separarse en los juegos.

A los *nueve años* se acentúa la tendencia a tener "amigos especiales, pero también su círculo de amigos se va ampliando (Rice, 1997). Eligen como amigo íntimo sólo a un niño de su propio sexo, ya que existe una crítica abierta al sexo opuesto. La atracción entre varones y niñas subsiste, más no abunda el juego conjunto. La meta del varón, en cuanto a la conquista de la niña, se limita a poder besarla. Los niños a esta edad sienten gran atracción por la conversación entre ellos. Este deseo de conversar irrumpe en sus juegos de tipo más activo. Ahora gustan del juego colectivo más organizado, como en clubes donde utilizan lenguajes secretos (Gesell, 1971).

2.3 EL MEDIO AMBIENTE DEL NIÑO

El niño se desarrolla como una función de dos fuerzas: *la herencia y el medio ambiente*. Dicho medio ambiente incluye la *cultura* en la que el niño se encuentra, influencias tan poderosas como lo son su *familia* cercana y sus *grupos de iguales*, y aquellos objetos y actividades que le ocupan la mayor parte de su tiempo (ver televisión, leer libros y asistir a la escuela). Este mundo tal como él lo percibe desde su perspectiva singular, constituye su medio ambiente (Lefrançois 1973).

El niño en edad escolar empieza a experimentar de manera más directa el impacto del ambiente que está fuera de la familia, en especial de la escuela y la comunidad. Sigue cultivándose más a través de la familia pero la propia familia está también sujeta a la influencia de la sociedad. De aquí que debemos tomar en cuenta el papel de la sociedad en sus términos más amplios (Lewis, 1973).

2. 3. 1 CULTURA

Cultura es la suma de todas las costumbres, tradiciones, creencias, valores y formas habituales de comportamiento, y las normas implícitas y explícitas que caracterizan a un grupo de gente. Los signos exteriores de una cultura son sus escuelas, religión y sus leyes. En la cultura también se incluyen las prácticas de crianza del niño, las principales ocupaciones, las actividades de ocio más importantes, los tabúes y las modalidades de comportamiento consideradas especialmente valiosas (Lefrançois, 1973).

Los progenitores son agentes importantes de cultura; los antropólogos consideran que los diversos acontecimientos que tienen lugar en la familia, tales como alimentación, el destete y el adiestramiento para el control de esfínteres, constituyen elementos primarios de la cultura (Rappaport, 1972).

2. 3. 2 FAMILIA

En los primeros años, la familia del niño es esencial para su supervivencia física y constituye su primera fuente de amor y afecto; satisface toda o la mayoría de sus necesidades fisiológicas y psicológicas. El niño adquirirá, de su familia, la mayor parte de su primer aprendizaje importante (Lefrançois, 1973).

También la familia da sentimientos de seguridad por el hecho de formar parte de un grupo estable, es una fuente segura de afecto y aceptación, es un modelo de patrones conductuales, da orientación en el desarrollo de patrones conductuales socialmente aprobados, en ella encontrará personas hacia las que pueden volverse para obtener ayuda, con el fin de resolver los problemas a los que se enfrenta al adaptarse a la vida. Da orientación y ayuda para aprender capacidades motoras, verbales, intelectuales y sociales, necesarias para una buena adaptación, estimula las capacidades del niño para alcanzar el éxito en la escuela y vida social, ayuda a establecer aspiraciones adecuadas a sus intereses y capacidades, es una fuente

de compañerismo hasta que encuentra compañeros fuera del hogar o cuando estos últimos no se encuentran disponibles (Hurlock, 1982).

2. 3. 3 ESCUELA

Con el ingreso a la escuela, el niño comienza a independizarse de la familia. El niño en la escuela tiene contacto con las disposiciones, reglas y normas de conducta que la sociedad ha creado. El maestro es quien transmite los conocimientos e impone las normas, por lo que la relación con él, está determinada por una fe casi incondicional en su autoridad (Clauss y Hiebsch, 1966).

La *escolarización* contribuye a la adquisición de capacidades específicas y tipos específicos de conocimiento, además fortalece el desarrollo cognitivo, influye en la formación de conceptos, en la memoria, en el análisis perceptivo, facilita la clasificación, influye en cómo piensan los niños respecto a las palabras y el uso del lenguaje, mejora la capacidad de los niños de reflexionar sobre sus propios procesos cognoscitivos (Vasta, Haith y Miller, 1996).

2. 3. 4 PARES

El niño obtiene de sus relaciones con otros niños por lo menos cuatro cosas que, desde el punto de vista psicológico, son importantes para él *apoyo social, modelos de imitación, oportunidades de aprender ciertos roles sociales y criterios para su autoevaluación*

Apoyo social, es decir que los niños pueden descargarse con compañeros de su edad que los tratan con simpatía, de sus sentimientos secretos y hostiles

Son muchas y muy útiles las destrezas físicas y sociales que pueden aprenderse de la *imitación* de los pares

Los *roles sociales* que aparecen a partir de las relaciones entre pares que tienen lugar durante la mediana niñez, tienen dos implicaciones importantes. En primer lugar, al interactuar con otros niños, visitarlos en sus casas, jugar juegos que implican reglas y reacciones ante figuras de autoridad, los niños aprenden a elaborar sus roles de niños. Las actividades entre los pares animan al niño a ampliar y extender el modo en que participa en la vida familiar. En segundo lugar, las actividades que desempeñan con los pares le permiten al niño ver y ensayar un cierto número de roles diferentes precisamente en esa interacción. Los niños que ingresan en grupos organizados realizan en éstos su primera experiencia seria con la variedad de roles que es posible desempeñar y ensayaran más de uno antes de acomodarse en alguna posición particular (Rappaport, 1972)

Finalmente de las actividades entre pares surgen *criterios de autoevaluación*. Todo niño llega a juzgarse a sí mismo de acuerdo con los criterios de sus pares. De modo tal que si bien la autoimagen inicial de un niño puede basarse en la conducta que la familia tenga para con él, esa autoimagen se ampliará, se profundizará y quizás se cambiará, según cuáles sean las respuestas de sus pares (Rappaport, 1972)

Los integrantes de los grupos de pares están vinculados por causas comunes, metas similares e idénticas diversiones. El grupo influye en la determinación de los valores, creencias, propósitos e ideales de una persona.

El niño menor de seis años no tiene por lo común un grupo de pares, ya que su grupo de mayor importancia es la familia, después de esta edad, el grupo va siendo cada vez más importante, incluso de mayor influencia que el familiar. Los grupos de pares desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de la capacidad de un individuo para interactuar socialmente con otros (Lefrançois, 1973)

2. 4 AUTOIMAGEN, AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA EN EL NIÑO

2. 4. 1 AUTOESTIMA

Conforme el niño crece, el desarrollo de su conocimiento social le permite formarse una imagen más exacta y compleja de las características físicas, intelectuales, y personalidad de la demás gente. Al mismo tiempo, es capaz de formarse una imagen más exacta y compleja de sus propias características. Las opiniones que los niños tienen sobre sí mismos se llama *autoestima* (Vasta, Haith y Miller, 1996); es decir, la *autoestima* es la percepción global de nuestro valor, habilidades y logros, la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos (Rice, 1997). Se considera que la autoestima incluye no sólo los juicios cognoscitivos de los niños sobre sus capacidades sino también sus reacciones afectivas ante estas evaluaciones (Vasta, Haith y Miller, 1996).

Los niños evalúan sus capacidades, al menos en parte, por la comparación con la de los demás, este proceso es llamado *comparación social*, el cual tendrá mucha influencia en la propia imagen del niño (Vasta, Haith y Miller, 1996)

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

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

Los niños menores de ocho años, no tienen un sentido bien desarrollado de una autoestima global (Vasta, Haith y Miller, 1996). Durante los años escolares, el niño aprende a evaluar cada vez con más precisión sus capacidades (Craig, 1994).

El desarrollo de la autoestima es un proceso circular. El niño tiende a estar bien, si confía en sus propias capacidades; sus éxitos le llevan a incrementar más su autoestima (Berryman, Hargreaves, Herbert y Taylor, 1994).

Un factor que podría tener un papel en el deterioro temporal de la autoestima es el nivel de autoconciencia del niño, o la inquietud respecto a la opinión de los demás (Vasta, Haith y Miller, 1996).

2. 4. 2 AUTOIMAGEN

Autoimagen significa verse a uno mismo como un individuo con ciertas características. No puede haber una autoimagen hasta que se tenga conciencia de los demás, es decir, una conciencia social. Quién se es y qué se es, se define socialmente, es decir, que la manera en que el individuo se vea a sí mismo tiene influencia en gran parte, de los términos en los que otros lo ven, o de las formas en que él piensa que otros lo juzgan (Berryman, Hargreaves, Herbert y Taylor, 1994).

La calidad del primer apego del niño (es decir, el vínculo con su madre) hace que la autoimagen sea adorable, interesante, eficaz, especial y bella o sin valor, mala y fea, y afecta el que vea al mundo como empático, responsivo, disfrutable y excitante o como hostil, distante rechazante, punitivo y frío (Schafaeer y O'connor, 1988).

Los problemas psicológicos del niño se relacionan con las autopercepciones favorables o desfavorables y sus percepciones y relaciones con otras personas (Ávila, Lozano y García, 1997).

Las maestras ejercen gran influencia sobre la manera en que los niños piensan sobre sí mismos. Y las autoimágenes de los niños, a su vez, se vinculan con un desempeño escolar, cosa que influye nuevamente sobre el modo en que las maestras actúan hacia los niños y así sucesivamente (Rappaport, 1972).

De modo tal que si bien la autoimagen inicial de un niño puede basarse en la conducta que la familia tenga para con él, esa autoimagen se ampliará, se profundizará y quizás se cambiará, según cuales sean las respuestas de sus pares (Rappaport, 1972).

2. 4. 3 AUTOCONCEPTO

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

Las autoimágenes psicológicas se basan en pensamientos, sentimientos y emociones, consisten en las cualidades y las capacidades que afectan las adaptaciones a la vida: cualidades tales como el valor, la sinceridad, la independencia y la confianza en uno mismo, las aspiraciones y las capacidades de diversos tipos.

Los autoconceptos se basan en lo que los niños creen que piensan sobre ellos, las personas significativas en sus vidas (padres, maestros y coetáneos), por lo que son imágenes de espejo.

El *autoconcepto primario* se basa en las experiencias que tienen los niños en el hogar y se componen de muchos conceptos individuales, cada uno de los cuales se deriva de experiencias con diferentes miembros del grupo familiar.

El *autoconcepto secundario*, se forma de las comparaciones que hace el niño de lo que piensan de ellos en su hogar con lo que piensan sobre ellos los maestros, los coetáneos y otras personas (Hurlock, 1978).

Los niños de edad escolar absorben fácilmente los estereotipos de quienes los rodean. Y a lo largo de la mediana niñez se desarrolla con mucha fuerza como resultado de las comparaciones evaluativas que proporciona el medio social, una imagen de sí mismo como objeto. Y según sean las diversas condiciones, las comparaciones disponibles para definirse a sí mismo serán probablemente parciales. Los niños parecen ser especialmente susceptibles a estas parcialidades porque carecen de perspectiva; para ellos la matriz social local familia-escuela-pares lo es todo (Rappaport, 1972).

A los siete, ocho y nueve años, comienza a advertirse la existencia de criterios de autoevaluación en relación con actividades compensatorias. Los niños comienzan a poner énfasis en las cosas que hacen bien y a evitar las cosas que hacen mal (Rappaport, 1972).

2. 4. 4 CONFIANZA Y SEGURIDAD

Para que la confianza y la seguridad puedan desarrollarse en el niño, es necesario satisfacer las necesidades emocionales del mismo. Es importante que el niño reciba caricias, contacto físico y que los padres, por medio de sus actitudes, palabras y hechos, les demuestren que los aman y que son importantes para ellos.

Los niños necesitan depender de ellos mismos para llegar a conocerse, a entender sus propias limitaciones y sacar el mayor provecho de sus capacidades (Rice 1997). De la forma en que el niño reciba el cariño de sus padres dependerá la confianza y seguridad en sí mismo, condición fundamental para su desenvolvimiento o por lo contrario la inseguridad o temor ante muchos de los episodios de su vida (Klein, 1971).

2. 4. 5 AUTOCONTROL

El *autocontrol* aparece por primera vez durante el tercer año, cuando los niños comienzan a oponerse a que les hagan las cosas y a expresar su deseo de hacerlas ellos mismos. Pasados los tres años, el autocontrol se convierte rápidamente en mucho más elaborado y sofisticado. Los niños desarrollan estrategias para resistirse a las muchas tentaciones con las que tropiezan, también aprenden a retrasar las gratificaciones renunciando a pequeñas recompensas inmediatas a cambio de otras mayores que requieren de espera, así, adquieren estrategias adicionales para guiar otros aspectos de su conducta (Vasta, Haith y Miller, 1996)

Los padres actúan como adjudicadores de reglas y normas adecuadas de comportamiento. Si los esfuerzos socializadores de los padres tienen éxito, sus hijos desarrollan la autorregulación, que es la habilidad de controlar su propia conducta, de modo que sea apropiada para la situación (Hoffman, Paris y Hall, 1995)

El conocimiento sobre la etapa del desarrollo del niño de siete a nueve años, nos permite saber cómo percibe, vive y aprende del medio que le rodea, y así entender cómo se da la influencia en su conducta y la aceptación hacia sí mismo

CAPITULO III

*LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD
EN EL NIÑO*

CAPITULO III. LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN EL NIÑO

3. 1 LA FAMILIA Y LA SOCIALIZACION

3. 1. 1 EL PAPEL DE LA FAMILIA

Familia se describe como cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en la que las personas compartan un compromiso en una relación íntima e interpersonal, los miembros consideren su identidad como apegada de modo importante al grupo, y el grupo tenga una identidad propia (Rice, 1997).

Los individuos son decisivamente marcados y socializados por su familia. Cuanto la sociedad pueda ofrecerles a modo de valores, expectativas, modelos y contradicciones será transmitido por medio de la familia, en forma filtrada y modificada. Cada familia se presenta unilateralmente como panorama en el que los mapas internos, la autoestima, los máximos de conducta y las expectativas, derechos y deberes de sus miembros individuales son interiorizados, perpetuados o modificados en una variedad de sentidos (Stierlin y Weber, 1990).

3. 1. 2 TIPOS DE FAMILIA

Familia con un solo padre: formada por el padre o la madre y uno o más hijos

Familia nuclear consiste en el padre, la madre y sus hijos.

Familia extendida consta de una persona, un posible compañero, los hijos que puedan tener y otros familiares que viven con ellos en la misma casa

Familia mixta o reconstituida está formada por una persona viuda o divorciada, con o sin hijos, que contrae nuevas nupcias con otra persona con o sin hijos

Familia compuesta. Se forma si ambos cónyuges tienen hijos de su respectivo primer matrimonio.

Familia binuclear. es una dividida en dos por el divorcio, una encabezada por la madre y otra encabezada por el padre.

Familia comunal consiste en un grupo de personas que viven juntas y comparten diversos aspectos de sus vidas.

Familia homosexual formada por adultos del mismo sexo que viven juntos con sus hijos.

Familia cohabitante consta de dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, y que comparten la expresión y compromiso sexual sin que se haya formalizado el matrimonio legal.

La influencia total sobre el niño varía según las formas de la familia, sin embargo, la familia es el principal transmisor del conocimiento, los valores, actitudes, roles y hábitos que una generación transmite a la siguiente. Mediante la palabra y el ejemplo, la familia moldea la personalidad de los niños y les instila modos de pensamiento y formas de actuar que se vuelven habituales (Rice, 1997).

3. 1. 3 LA FAMILIA COMO SISTEMA

Las influencias dentro de la familia no van sólo en una dirección; mientras los niños son socializados por otros, ellos son a su vez agentes socializadores. El niño también puede actuar de forma que afecte a la estructura familiar y a los acontecimientos importantes (Hoffman, Paris y Hall, 1995)

La familia es un sistema social cambiante con partes interrelacionadas. El sistema de la estructura cambia con el paso de los años y la integración de nuevos miembros alcanza nuevas etapas de desarrollo o se deshace. Cada miembro del sistema familiar posee una serie de roles cambiantes que desempeña en la sociedad, que dependerán de la edad, el sexo y la relación con otros miembros de la familia

El sistema familiar existe dentro de un sistema social mayor que influye en el niño, los otros miembros de la familia y la familia en sí misma. Otras influencias para el niño, los otros miembros de la familia y el sistema familiar incluyen los medios sociales dentro de los cuales opera la familia, las escuelas, los compañeros y la televisión (Hoffman, Paris y Hall, 1995)

3. 1. 4 SOCIALIZACION

La *socialización* es el proceso por medio del cual las personas aprenden los estilos de comportamiento de la sociedad o los grupos sociales de modo que puedan funcionar dentro de ellos (Rice, 1997).

El proceso tiene lugar en parte por la instrucción formal que los padres proporcionan a sus hijos y en parte por los esfuerzos de los padres por controlar a los niños mediante recompensas y castigos. el aprendizaje también tiene lugar gracias a la interacción recíproca padre-hijo. en que cada uno influye y modifica la conducta del otro en un proceso social intenso, donde los niños observan e imitan la conducta de los modelos que encuentran a su alrededor (Bandura, 1977)

Los niños aprenden las costumbres y valores de su sociedad por medio del contacto con los individuos ya socializados, inicialmente la familia. Lo importante no es sólo lo que los padres dicen, lo que más influencia tiene en los niños es lo que perciben que sus padres creen y hacen en realidad. El grado de influencia de los padres depende en parte de la frecuencia, duración, intensidad y prioridad de los contactos sociales que tienen con sus hijos.

Los niños también adquieren la *conducta prosocial* que son aquellos actos que la sociedad considera deseables e intenta fomentar en los niños. Las tres formas de conducta prosocial son *compartir, cooperar y ayudar*, las cuales están influidas por factores sociales y situacionales. Esta conducta es mayormente promovida por la familia y por lo general por los padres (Vasta, Haith y Miller, 1996)

La disciplina es el proceso de aprendizaje por medio del cual tiene lugar la socialización (Rice, 1997). La meta de toda disciplina es moldear la conducta de los niños para que se conformen a las normas del grupo social con el que se identifica el individuo (Hurlock, 1978).

3. 1. 5 IMITACIÓN SOCIAL

Muchas de las explicaciones teóricas del aprendizaje social se basan en que la cultura se transmite por medio de un proceso de *imitación*. Los padres son los principales agentes de transmisión de la información cultural, realizan actividades de los adultos en presencia de los niños. Desde sus primeros años de vida, el niño tiene frente a él un modelo de comportamiento que asumirá cuando haya madurado. En este proceso existe poca instrucción directa, ya que lo que debe aprender el niño es tan elemental, que le bastará la observación.

No es necesario que un modelo sea una persona en particular cuyo comportamiento es copiado por otra, sino que cualquier cosa que sirva como pauta de conducta puede ser considerado como un modelo: literatura, películas, programas televisivos, instrucciones orales y escritas, dogmas religiosos o héroes populares. Con frecuencia, los modelos son símbolos más que personas vivas, y éstos son los que predominan en una sociedad tecnológica. Sus efectos se manifiestan de muchas maneras en la conducta de los adultos, así como también en la de los niños (Lefrançois, 1973).

3. 1. 6 LA FAMILIA COMO SOCIALIZADORA

A partir de los contactos con miembros de la familia, los niños establecen las bases para las actitudes hacia las personas, las cosas y la vida en general. También echan los cimientos para los patrones de ajuste y aprenden a considerarse a sí mismos según lo estiman los miembros de su familia. Como resultado de ello, aprenden a ajustar sus vidas sobre la base de los fundamentos establecidos cuando el ambiente se limitaba, en gran parte, al hogar. Al ampliarse los

horizontes sociales y cuando los niños entran en contacto con coetáneos y adultos de fuera del hogar, esos primeros fundamentos, establecidos en el hogar, influyen en las actitudes y los patrones conductuales, estos pueden modificarse, aunque nunca se erradican por completo (Hurlock, 1978)

La familia es uno de los agentes socializantes más poderoso en el desarrollo del niño pequeño, pero los grupos de iguales, la escuela, etc., reemplazan, gradualmente a la familia a medida que el niño madura (Lefrançois, 1973).

3. 1. 7 LOS PADRES COMO AGENTES SOCIALIZADORES

Los padres contribuyen en el proceso de socialización al menos de cinco modos: asumiendo el papel de ofrecer amor y cuidados; sirviendo como figura de identificación; actuando a veces deliberadamente como agentes de socialización activos, y participando en el desarrollo del concepto del yo en el niño (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

La relación entre padre e hijo tiene tres influencias importantes en el niño. Primero la dependencia de un cuidador entrañable ayuda al niño a realizar las principales tareas de la infancia, o sea, a desarrollar la confianza básica. Segundo, esta relación entrañable puede proporcionar al pequeño la capacidad de entablar relaciones emocionales. Por último, al desempeñar el papel de cuidador amoroso, los padres educan al niño para futuras socializaciones. Los niños son fácilmente influenciados por las personas a las que aman, especialmente si dependen de ellas para satisfacer sus necesidades. Así que la relación potencia la efectividad de los padres como agentes de socialización.

Durante el proceso de identificación, los niños interiorizan los valores y normas de sus padres. Según Bandura (1977), los niños imitan los modelos que son acogedores, poderosos y competentes. En vez de verse a sí mismos parecidos a los padres y tratando de pensar y reaccionar como lo harían los padres, simplemente imitan las acciones y afirmaciones de éstos.

A veces las acciones de los padres están encaminados a tener un efecto socializador, como cuando corrigen o enseñan al niño la forma correcta de hacer las cosas. Otras veces las acciones socializan al niño incluso cuando los padres no se dan cuenta de ello (Hoffman, Paris y Hall, 1995)

De acuerdo con Hoffman, Paris y Hall (1995), los padres a menudo transmiten instrucciones concretas que esperan que guíen la futura conducta del niño. Estas instrucciones pueden tener la forma de destrezas específicas, o pueden ser directrices morales en las que creen los propios padres o desean que crean sus hijos. Estas instrucciones generalmente surgen en el contexto de alguna actividad. Los niños tienden a aceptar estas reglas, y a menos que las subsiguientes experiencias los convenzan de lo contrario, continúan viéndolas como auténticas. Muchas de estas directrices nunca se ponen en duda y permanecen como una parte de las creencias básicas de la persona.

Los padres ayudan a que el niño se socialice influyendo en el desarrollo del concepto del yo. La forma en que tratan y perciben al niño contribuye en el modo en que éste piensa acerca de sí mismo. Los padres atribuyen cualidades a sus hijos y les tratan como si tuvieran esas cualidades (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

3. 1. 8 RELACION DEL NIÑO CON LA MADRE

La madre es quien se encarga de aportar amor al niño, que es uno de los pilares de la seguridad necesaria al buen desarrollo afectivo del niño. Entorno a ese amor maternal se ordenarán las relaciones del niño, primero con su madre, más tarde con los demás elementos de la familia. Este amor se refiere a intuición, manifestación y aceptación.

La dependencia orgánica absoluta en el útero, luego relativa al nacimiento, disminuirá poco a poco hasta desaparecer. La dependencia afectiva sigue una evolución parcial paralela, pero desplazada porque parece surgir sólo después del nacimiento. Esta

dependencia hace que la madre resuma por sí sola, para el lactante, todo el problema de las relaciones familiares. Su personalidad y comportamiento con él, poseerá una influencia determinante sobre su porvenir psíquico (Porot, 1980).

La retroalimentación recíproca, dentro de la diada, entre la madre y el infante y viceversa, es un flujo continuo. Sin embargo, la diada es básicamente asimétrica. Con lo que la madre contribuye a la relación es completamente diferente de aquello con que contribuye el infante. Cada uno de ellos es el complemento del otro, y mientras la madre proporciona lo que el niño necesita, a su vez, aun cuando esto sea menos reconocido generalmente, el niño proporciona lo que necesita la madre (Spitz, 1969)

La madre crea el clima emocional en la relación madre e hijo, favorable en todos los aspectos al desarrollo del niño. Lo que crea ese clima son los sentimientos de la madre hacia el hijo. Su amor y afecto por el pequeño hacen de éste un objeto de interés incalculable para ella y aparte de su interés, le brinda una gama siempre renovada, enriquecida y variada de experiencias vitales, que son todo un mundo. Lo que hace que esas experiencias sean tan importantes para el niño, es el hecho de estar entrelazadas, embellecidas y coloreadas con el afecto maternal, y el niño responde a ese afecto afectivamente. Por eso la actitud emocional de la madre, su afecto servirá de orientación a los afectos del infante y conferirá a la experiencia de esta, la calidad de vida (Spitz, 1969)

Existen variaciones sin fin de una madre a otra. Cada una de ellas, cada madre en particular, varía de un día a otro, de una hora a otra, de una situación a otra distinta. La personalidad del infante absorbe estos patrones cambiantes en un proceso en circuito, influyendo la gama de los afectos maternos con su conducta y sus actitudes. La madre representa lo dado del medio social, lo cultural, o bien puede decirse que ella es la que representa ese medio. Es igualmente evidente, que los problemas de la madre repercutirán en la conducta del niño, llevando, en determinadas condiciones, a un conflicto creciente (Spitz, 1969)

3. 2 LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO EN TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS

3. 2. 1 FACTOR DE RIESGO

Factor de riesgo se define como un agente o situación conocida que hace al individuo o a la población más susceptible al desarrollo de una condición negativa específica (Gómez Pérez- Mitré, 1997).

3. 2. 2 LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se dé origen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primero y más activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990).

En las investigaciones que se han hecho sobre la familia, se han encontrado que esta se relaciona con identidad, autonomía, independencia intelectual y emocional, socialización, solución de conflictos, hábitos, costumbres, comportamientos, actitudes, ideologías y conductas anormales en el niño (Ortiz, Abad y López, 1986).

3. 2. 3 FAMILIAS ANOREXICAS

En estas familias existe una insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal, que pronto se manifiestan en una dinámica de unión que seguramente habrá de interferir seriamente en los progresos efectuados en pos de la individuación, y en la coindividuación y coevolución, a través de toda la familia

El autosacrificio que subraya la importancia del bienestar de la familia como un todo y niega la gratificación de necesidades y deseos personales, es un marcado control de los impulsos, representado por la figura de la madre. El autocontrol significa mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada, por lo general significa ajustarse a las normas impuestas por el medio, actuando de manera convencional y estando siempre pronto a reaccionar con sentimientos de profunda culpa y vergüenza si uno se desvía de dichas normas (Stierlin y Weber, 1990).

Con frecuencia, la preocupación por la adaptación social también entraña la interiorización de ideales de logros, tanto los que son legados y delegados (los ideales de la familia y los de la sociedad suelen reforzarse mutuamente hasta el punto de confundirse ambos). Los miembros de estas familias suelen ser muy trabajadores, ambiciosos, y ciudadanos sumamente respetados a lo largo de generaciones.

Una característica de estas familias, es su sentido de justicia. En los padres, esto suele adoptar la forma de un mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual. Esta preocupación por la justicia, junto con la preocupación por la cohesión familiar, milita en contra de todas las alianzas o coaliciones dentro de la familia, lo cual como todos tienen iguales derechos de amor y la aceptación, nadie necesita apartar a nadie de la familia como un todo. Pero no importa hasta qué extremo puedan haber interiorizado esos requerimientos, siempre han de darse ciertas preferencias o injusticias en el curso de la existencia familiar. Ellas deben ser negadas, entonces, o apartadas del diálogo y la conciencia general de la familia, en particular los hijos se ven expuestos a mensajes contradictorios. Así la ideología oficial de los padres y su conducta real no coinciden. El concepto extremo de justicia emerge como ulterior elemento en una dinámica que refuerza las ataduras y obstaculiza la individuación (la individuación debe ser acompañada por un sentido de libertad personal y autonomía, la cual incluye la conciencia de la propia dependencia) (Stierlin y Weber, 1990).

Un credo familiar que de manera tan insistente exige e idealiza la cohesión familiar, la armonía familiar y el trato igualitario para todos por parte de todos, mantendrá un férreo control sobre sus miembros y bloqueará cualquier tipo de movimiento hacia la separación o la individuación. En muchas de estas familias se ha dado una proporción insólitamente elevada de tempranas separaciones y pérdidas tan repentinas como desastrosas, que parecieron extenderse a lo largo de generaciones siguientes, sin desvanecerse jamás por completo.

Los progenitores de los miembros anoréxicos con frecuencia habían sido, en sus propias familias, los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de los padres y, por lo tanto, los más influidos por las actitudes y juicios de valores de éstos. Así que los padres buscaron matrimonios que les pudieran garantizar orden, confiabilidad, estabilidad y seguridad social, es decir un "matrimonio por conveniencia". Los padres ven a este matrimonio como donde debe conservarse la armonía, respetar las convenciones y mantenerse juntos a cualquier precio (Stierlin y Weber, 1990).

En las familias anoréxicas se evitan los conflictos, pero a medida en que se suprimen los conflictos y diferencias y se dejan sin explicitar, la agresividad contenida comienza a hacerse sentir tras el armonioso exterior.

Otra característica de estas familias, es la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo. En situaciones de crisis (o sea, situaciones en que parecen estar por producirse cambios), hay un vacío de liderazgo.

Con frecuencia, en las familias anoréxicas, el nacimiento de los hijos estaba rodeado de ansiedad y la madre se mostraba particularmente nerviosa en el curso del embarazo, ya que los hijos(as), activan la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de los hijos(as) (Stierlin y Weber, 1990).

En una serie de casos, los progenitores querían tener un hijo varón y, aunque ello nunca se mencionó o discutió dentro de la familia, se sintieron amargamente defraudados con el nacimiento de una niña, sin embargo, no pueden admitir su desilusión, pero a través de

sus actos la madre expresa sus deseos ambivalentes de liberarse de la niña o rechazarla. El tipo de vínculos en las familias anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa.

En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar su propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas de la madre (Stierlin y Weber, 1990).

Los valores familiares que afirman que el brindar comodidad física y abundante comida, es la auténtica expresión de genuino amor. Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la hija rechaza esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individuación contra los padres (Stierlin y Weber, 1990).

3. 2. 4 FAMILIAS BULÍMICAS

En estas familias también hallamos sistemas cerrados que bloquean la coindividuación y coevolución de todos los miembros de la familia, se observan factores similares, sustentados mutuamente y que refuerzan los vínculos. Uno de esos factores es un credo familiar que subraya y consolida el autocontrol, la abnegación, la justicia, la evitación de conflictos y la sobreprotección, este último elemento se centra en torno de la comida, las funciones corporales y la apariencia externa, así como un marcado hincapié en la importancia de logros o realizaciones personales, finalmente hallamos pautas disyuntivas análogamente extremas y polarizadas en el pensamiento, los sentimientos y la evaluación, esto significa que bien uno controla el propio cuerpo o es controlado por él, que alcanza logros excepcionales o es un don nadie, por lo que mantienen una relación particularmente cargada de tensiones (Stierlin y Weber, 1990)

3. 3 SOCIEDAD Y SOCIALIZACION

3. 3. 1 INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES

Los niños no se desarrollan en el vacío, sino en el contexto de su familia, su vecindario, comunidad, país y el mundo. Los niños reciben la influencia de sus padres, hermanos y de otros familiares; de amigos y compañeros; de otros adultos con los que entran en contacto, y de la escuela, la iglesia y los grupos de los que forman parte. Son influidos por los medios de comunicación: los periódicos, las revistas, la radio y la televisión; por los líderes comunitarios y nacionales, por la cultura en la que están creciendo e incluso por las cosas que están sucediendo en el mundo. Los niños son en parte un producto de las influencias sociales (Rice, 1997).

3. 3. 2 SOCIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS

Las sociedades occidentales no sólo son sociedades de consumo, sino también meritocracias, de conformación pluralista, y sujetas a cambios cada vez más veloces. Ello agrava los problemas de autocontrol, autonomía y la identidad para quienes viven en dichas sociedades, expuestas como están, a una vasta gama de exigencias y expectativas contradictorias.

Lo anterior puede verse con particular claridad, por la manera en que se presentan cuerpo y alimentos, y se les concibe como valores. Por un lado, los medios abundan en avisos de alimentos de altas calorías, por el otro, esos mismos medios predicán el carácter deseable de la esbeltez, el atractivo y la aptitud física, y la concomitante necesidad de autocontrol, dietas y restricciones (Stierlin y Weber, 1990)

3. 3. 3 LOS COMPAÑEROS COMO SOCIALIZADORES

La influencia de los compañeros es distinta a la de la familia a cualquier edad. En primer lugar, los niños han de ganarse el pertenecer a un grupo. En segundo lugar, el grupo ofrece a los niños su primera oportunidad de interrelacionarse con iguales. Cuando el niño entra en el grupo de compañeros, se encuentra con una competición abierta y con la posibilidad de crear reglas sociales. Por último, el grupo de compañeros otorga a los niños la primera oportunidad de compararse a sí mismos, con otros de su misma edad. En la comparación social, los niños pueden valorar sus propias actuaciones y compararlas con las de otros niños (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

3. 3. 4 LA PRESIÓN DE GRUPO COMO FACTOR DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS

El efecto de las opiniones, los sentimientos, o el comportamiento de los grupos, pueden ejercer presión sobre un individuo, lo que lo obliga a adaptarse inmediata y fuertemente a códigos aceptados y deseados de conducta (Lefrançois, 1973). La aceptación de los compañeros durante los años de la escuela elemental es muy importante para los niños (Rice, 1997).

La aparición de estructuras de prestigio y poder dentro de la clase y de los grupos informales le proporciona a la relación de pares un especial significado en relación con la socialización (Rappaport, 1972).

A) BELLEZA CORPORAL Y PRESION DE GRUPO

Las presiones culturales determinan en gran parte los conceptos relativos a la belleza corporal. Desde la edad preescolar, a los niños les desagradan los cuerpos rechonchos y consideran que los esbeltos son hermosos. Conforme crecen, los conceptos que tienen de la belleza corporal se conforman más a los estereotipos culturales. Los niños cuyos cuerpos se desvían a estos

estereotipos, en peso o altura, tienen probabilidades de verse sometidos al ridículo y adquirir sobrenombres que indican el modo en que los miembros del grupo de coetáneos piensan respecto a sus cuerpos (Hurlock, 1982).

B) FIGURA CORPORAL Y PRESION DE GRUPO

Las cantidades relativas de tejidos adiposos y musculares afectan a los niños tanto directa como indirectamente. En forma directa, los niños con predominancia a tener tejidos musculares poseen la capacidad física para destacar en los deportes y los juegos. Esto hace que aumente su prestigio entre sus coetáneos. Por el contrario, los niños excesivamente gordos tienden a que su desempeño en los deportes sea bajo y a verse excluidos de las actividades de sus compañeros

El efecto procede de las reacciones de los niños a sus constituciones corporales. Esto es por el conocimiento del modo en que reaccionan otros ante las diferentes constituciones corporales. Cuando los niños tienen siete u ocho años de edad, la mayoría de los niños se pueden clasificar ellos mismos por tipos. También están concientes de los estereotipos populares que se asocian a las diferentes constituciones corporales, por ejemplo, saben que una persona gorda se considera que es perezosa y tonta, que las personas esbeltas y delgadas se consideran como brillantes y guapas y que las musculosas son atléticas (Hurlock, 1982)

Su interés se realiza cuando descubren que algunas constituciones corporales reciben mayor aprobación social que otras y que las distintas constituciones afectan su nivel de energía y su capacidad para hacer unas cosas en lugar de otras. Descubren que la constitución mesomórfica (pesada y musculosa) tiene mayor aprobación social que la ectomórfica (alta y delgada) o la endomórfica (redonda y blanda, con grasa) y que los niños con constituciones mesomórficas tienden a hacer más cosas y cansarse menos que los que tienen constituciones ectomórficas o endomórficas.

Los niños se apegan a estereotipos aprobados socialmente sobre la constitución corporal, por lo que si sus constituciones corporales se conforman a los estereotipos, su interés aumentará. La falta de conformidad conducirá a un interés negativo en la forma de preocupación y un interés positivo respecto a cómo mejorar u ocultar una constitución corporal que no se conforma al estereotipo aprobado (Hurlock, 1982).

3. 3. 5 LA ESCUELA COMO SOCIALIZADORA

Los niños pasan la mayor parte de su niñez en el contexto de la escuela y ésta les socializa en muchas de las formas que lo hacen las familias y los grupos de compañeros. Se supone que como miembros de esa pequeña sociedad han de adquirir destrezas académicas básicas, pero la influencia de la escuela está por encima de los conocimientos teóricos. En la escuela, los niños desempeñan labores, se relacionan con otras personas y viven en los límites de normas que difieren en muchos sentidos con las del sistema familiar. En la escuela, las normas son impersonales, las relaciones entre el niño y las otras personas son relativamente breves; los adultos que rigen esa sociedad pueden tener puntos de vista distintos respecto a los de sus familias (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

Las funciones sociales más generales de la escuela son las de transmitir conocimientos, normas y valores. El primer contacto serio del niño con una autoridad adulta no integrada a la atmósfera del hogar es con el maestro, en la escuela. Al igual que los niños ven en un comienzo a sus maestros como substitutos de la madre, ya que son los que lo van a guiar en este mundo nuevo para ellos (Rappaport 1972).

En la escuela el niño aprende rodeado de un grupo de escolares de su misma edad y guiado por un maestro, por lo que el niño se va incorporando cada vez más a otros grupos sociales cuyos representantes son sus compañeros de aula y el grupo de amigos. El contacto escolar, tiene gran importancia para el desarrollo social y para la formación individual de la personalidad del niño (Clauss y Hiebsch, 1966).

Con lo anterior se evidencia que la sociedad y la familia no son entes separados, sino que interactúan entre sí, dándose una influencia de manera cotidiana en el niño a través de la madre como modelo a seguir.

CAPITULO IV

IMAGEN CORPORAL

CAPITULO IV. IMAGEN CORPORAL

4. 1 EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de su cara, de sus ojos, de su cabello, de su estructura somática global. Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por los cambios biológicos; b) las relacionadas con cambios psicológicos; y c) las debidas al contexto social y al entorno cultural, como la etapa de la vida y la clase social (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Frazier y Carr (1976), señalan que la imagen corporal, se refiere al modo en que se siente y se evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo contribuyen al esquema corporal. Esto implica el grado de claridad que se experimenta por el mismo y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

Hamachek (1981), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen, es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser, o negativa si discrepa con lo que se desea.

La adquisición progresiva de la imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales.

La síntesis final del desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto".

Es posible entender las diferencias entre los sexos en el aspecto de la representación del cuerpo por el hecho de que la presión social incita desde la niñez a las mujeres a prestar más atención a sus atractivos físicos y por tanto atribuyen más importancia que los varones a los estándares culturales en cuanto a atractivo y también por el hecho de que dichos estándares son más rígidos para las mujeres (Rodríguez-Tomé, Bariaud, Zardi, Delmas, Jeanvoine y Szylagyi, 1993).

La imagen corporal, en general es más importante para las mujeres que para los hombres. La sociedad concede más relevancia a la forma femenina que a la masculina por lo que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Bruchon-Schweitzer 1992)

El campo de investigación dedicado al estudio de la imagen corporal y la alteración o distorsión de la misma, aparece en la literatura de los desórdenes alimentarios hace más de tres décadas con las importantes primeras aportaciones de Bruch (1962)

A partir de entonces se han utilizado múltiples métodos y técnicas que para efectos de simplificación podrían dividirse en dos grandes grupos. Los utilizados para: 1) estimaciones que el sujeto hace del peso y/o tamaño de su cuerpo (dibujos de figuras, fotografías, videos y espejos entre otros); así como mediciones hechas por el investigador. Por ejemplo: peso a través de básculas, estimación de la grasa utilizando calibradores, altura a través de escalímetros o cintas y cálculos de índices como el Peso Relativo, o el Índice de Masa Corporal, entre otros similares; y 2) juicios evaluativos que los sujetos hacen con respecto al grado de satisfacción/insatisfacción con su cuerpo o figura corporal, a través de escalas, cuestionarios, entrevistas y reactivos específicos, dirigidos a conocer la autopercepción y el grado de rechazo o aceptación hacia su propio cuerpo (Allebeck, Halberg & Espmark, 1976, citados por Estrada y Zúñiga, 1997)

Piaget e Inhelder (1966b) estudiaron detenidamente el desarrollo de las imágenes en relación con las operaciones de inteligencia. Se oponen vivamente a la idea de que las imágenes derivan de la percepción y sostienen que la imagen es el resultado de la actividad del sujeto. Para ellos, las imágenes mentales provienen de la imitación y constituyen una imitación interiorizada. Señalan que hay varias razones para dudar de la procedencia directa de las imágenes a partir de la percepción. Las imágenes derivarían, entonces de la imitación y del conjunto de la actividad del sujeto, y del conocimiento que tiene sobre el objeto o situación. Por ello, contienen más material que el que dejaría la simple percepción

Los estudios sobre el desarrollo de las imágenes en los niños han mostrado que éstas se encuentran muy ligadas al nivel de desarrollo intelectual del niño, de tal forma que podría decirse que el niño forma imágenes de las cosas o de las situaciones según las entiende, más que según como se desarrollan delante de él. Las investigaciones de Piaget e Inhelder ponen de manifiesto las dificultades que tienen los sujetos para producir imágenes adecuadas hasta un periodo bastante tardío (Delval, 1994)

El dibujo es una actividad psíquica bastante complicada y podría resultar difícil determinar si esta incapacidad sintética se basa realmente en dificultades sensoriales, o si se debe, simplemente a ineptitudes motrices. Pero el niño se siente completamente satisfecho con sus dibujos, de modo que lo que realmente refleja a la forma en que los niños dibujan las figuras humanas es su conocimiento y experiencia sensorial de la imagen corporal. Expresan así, el cuadro mental que tienen del cuerpo humano, y la imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción (Schilder, 1989)

Horowitz (1966) afirma que la imagen del cuerpo actúa como ordenador que nos suministra información acerca del cuerpo y de su entorno y que está en constante relación con las percepciones internas y externas, memorias, afectos, conocimientos y acciones.

Un concepto importante dentro del tema es el de "esquema corporal", el cual en cada individuo está determinado por el conocimiento que se tiene del propio cuerpo. Nuestro cuerpo es un

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

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

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

4. 2 SATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal está sujeta a evaluaciones favorables o desfavorables que un sujeto realiza sobre su propio cuerpo, dicho resultado corresponderá a los conceptos de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La satisfacción corporal es el grado de aceptación que el sujeto tiene de su propio cuerpo y con el cual se encuentra satisfecho. Las

investigaciones de Franzai y Herzog (citados por Bruchon-Schweitzer, 1992), muestran tres dimensiones de la satisfacción corporal, dos son específicas de cada sexo: el atractivo físico global y la fuerza del cuerpo, son factores masculinos; el atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso, son factores femeninos y la condición física es común en los dos sexos.

Bruchon-Schweitzer (1992) encontró que los individuos perciben muy inexactamente la forma real de su cuerpo. Para saberlo, les pidió a los sujetos que eligieran entre una serie de siluetas aquella que se pareciera más a su figura corporal actual comparando después las proporciones entre estas y su figura ideal.

Davis (citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) realizó un estudio con 91 estudiantes del sexo femenino; las mujeres que se consideraron ectomorfas (delgadas) obtuvieron los puntajes de satisfacción más altos, las que se creen endomorfas (gordas), tienen las puntuaciones más bajas. Cuando más aumenta la distancia entre la forma percibida y la forma ideal, más crece la insatisfacción. Se confirma que las características del cuerpo tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal.

En lo que se refiere a la satisfacción corporal según la edad, el estudio de Bersheid, Walster y Bohrnstedt (citados en Rivera, 1997) señala, que en el caso de las mujeres la satisfacción corporal disminuye mientras aumenta la edad, y que la caída neta de esta puntuación se observa después de los 45 años de edad.

Las personas equilibradas y sanas adquieren e integran el aprecio de sí mismas sobre varias bases, entre las cuales figuran los siguientes logros: creatividad, condición social, conducta moral y ética, relaciones interpersonales y otras semejantes. Cierta preocupación por la totalidad de la imagen corporal es compatible con la adquisición de una personalidad sana, pero una preocupación exagerada puede ser señal de que la autoestima de un sujeto descansa sobre un fundamento demasiado limitado (Hamachek, 1981).

4.3 INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

La insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. La autopercepción sobrevalorada del peso corporal es más clara en el caso de la anorexia. Las personas que sufren este trastorno afirman que se "encuentran obesos" o que algunas partes de su cuerpo son "desproporcionadas", cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal, o incluso están emaciados. El problema es tal, que el temor que el anoréxico tiene a subir de peso no disminuye aún frente a la notoria y progresiva pérdida del mismo (Agras, 1988; citado por Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado en el cual la percepción del tamaño y la forma corporal actual difiere del tamaño y la forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

El origen de la insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado, de carácter psicológico y social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento. Por el otro lado, es una gran disposición de rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable "insatisfacción de la imagen corporal" implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta o constituye como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

Mientras que en la anorexia nervosa la insatisfacción con la imagen corporal puede basarse en una autopercepción muy alejada de la realidad, en la bulimia nervosa no necesariamente sucede así. Sin embargo, la persona bulímica comparte con la anoréxica el mismo temor hacia la gordura, que la lleva a prácticas de evitación -por ejemplo, el uso de supresores del hambre, ayuno y dietas altamente restringidas-, y a prácticas de expulsión -como son el vómito autoinducido y el uso de diuréticos y de purgantes (Fairburn & Garner, 1986; citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck (1993), encontraron que las variables de mayor predicción de riesgo para desarrollar desórdenes de la alimentación en chicas adolescentes fueron: la insatisfacción hacia el propio cuerpo, la emocionalidad negativa con una alta respuesta al estrés y una baja conciencia interoceptiva, esto último se refiere a la inhabilidad para identificar la activación emocional en la propia experiencia.

Brodie, Bagley & Slade (1994), encontraron que las mujeres dietantes crónicas presentan una mayor insatisfacción con la imagen corporal que las mujeres no dietantes, así mismo entre las mujeres dietantes restrictivas y las bulímicas, se encontraron problemas similares relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal.

En relación con la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción con la imagen corporal tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal o no tan importante (por ejemplo, en el caso del sobrepeso), y darse de cualquier manera esa sobrevaloración. Dicha insatisfacción se caracteriza, además, por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1993b)

4. 4 DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL

Distorsión de la imagen corporal es el nombre que se le ha dado a lo que puede considerarse como el factor central y común de los desórdenes de la alimentación, y agrupa, entre otras, a las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o del tamaño del cuerpo; deseo de tener un "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal, y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o de la imagen corporal variables todas estas, a las que subyace un temor con diferentes grados de profundidad por el cuerpo (su forma y tamaño) y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1993b)

Gómez Pérez-Mitré (1995) define como distorsión de la imagen corporal, al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, esto es, a la diferencia entre peso real y peso imaginario. Por *peso real*, se entiende que es el resultado de la medición realizada con

báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal. El *peso imaginario* puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo.

Gómez Pérez-Mitré (1997), menciona que entre las variables catalogadas como factores de riesgo de los desórdenes de la alimentación que se encuentran asociadas con la imagen corporal, se deben señalar la distorsión de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación), y satisfacción/insatisfacción que se refiere al nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal) Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente autoactitudinales.

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

Brodie, Bagley y Slade (1994), investigaron acerca de la distorsión de la imagen corporal estudiando la diferencia entre la imagen o figura real y la ideal, encontrando que a mayor diferencia mayor distorsión y mejor disposición a utilizar prácticas más extremas para perder peso

4.5 CONDUCTA DIETARIA

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso.

Andrew Hill (1993), comenta que existen varias razones por las que las dietas son tan populares. Una de ellas es que si el objetivo es perder peso a través de la cantidad de comida que se consume,

entonces pueden realizarse variaciones en la selección de los alimentos y en la forma en que se distribuyen. La simple elección de alimentos bajos en calorías, o la omisión o suspensión de alguna comida que usualmente figuraría en el repertorio se consideran como técnicas de dieta. Por otra parte, la selección de fórmulas, productos, artículos y libros especializados para reducir el peso puede resultar confusa debido a la gran variedad que existe.

Otra razón es que las dietas constituyen una forma de automedicación. El sobrepeso no resulta saludable y no se requiere una receta médica para iniciar una dieta, sólo se requiere comprar comida baja en grasas y hacer ejercicio.

Una tercera razón se refiere al poder que presentan los estereotipos sobre delgadez y obesidad que sostiene una cultura y que en el caso de la cultura occidental exaltan la belleza de un cuerpo delgado (Mendoza, 1996).

La insatisfacción con la imagen corporal es el denominador común en los desórdenes alimentarios, se encuentra presente en la anorexia, bulimia, obesidad y sobrepeso. De hecho, el seguimiento de dietas reductoras de peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, sino necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

En general las personas con problemas de obesidad o sobrepeso se convierten en dietantes crónicos y suelen exhibir conductas reactivas y recurrentes periodos de dietas altamente restrictivas que llevan a excesos bulímicos con o sin prácticas de expulsión (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La práctica o el seguimiento de dietas altamente restrictivas y de conductas características de la anorexia y la bulimia, pueden llevar consigo sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y temores asociados con la pérdida de control, independientemente de la desgastante lucha que la persona sostiene consigo misma y que pone a prueba su control (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Es claro que la insatisfacción de la imagen corporal nos lleva a realizar conductas alimentarias de riesgo, como el seguimiento de dietas restrictivas, lo cual puede originar que la persona desarrolle trastornos de la alimentación.

CAPITULO V

METODO Y PLAN DE INVESTIGACION

CAPITULO V. MÉTODO Y PLAN DE INVESTIGACIÓN.

5. 1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo como propósito observar la relación de la conducta alimentaria restrictiva de las madres con la imagen corporal de sus hijos.

5. 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Se relaciona la conducta alimentaria restrictiva de las madres de niños de siete a nueve años de edad con la imagen corporal de sus hijos?

5. 3 HIPÓTESIS

El estudio no contiene hipótesis ya que fue un estudio exploratorio, debido a que es uno de los primeros de este tipo realizados en México.

5. 4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5. 4. 1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Conducta alimentaria Representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Esa conducta cobra más valor si 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 psicológicos, sociales y culturales. Así también intervienen aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto, generadora de los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré, 1993)

Imagen corporal: Se refiere a una configuración global o a un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas formas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon- Schweitzer, 1992). De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), es necesario considerar los cambios biológicos, psicológicos, socioculturales y tener en cuenta que la imagen corporal también es percibida según la edad o etapa de la vida, género, clase social entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

5. 4. 2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Conducta alimentaria: Se midió con los datos dados por las *madres* al reactivo 72 (Ver anexo II), que explora conducta alimentaria de riesgo; conducta dietaria "Durante los últimos seis meses ¿ha realizado algunas de las siguientes opciones para controlar su peso?"; y en los niños se midió con el reactivo 40 (Ver anexo I): "Has hecho algo para bajar de peso?"

Imagen Corporal: Se midió con las respuestas que los *niños* dieron a los reactivos 32, 35, 44 y 45 (Ver anexo I)

Figura Ideal "Me gustaría estar ..." (reactivo 32) y "Me gustaría que mi cuerpo fuera como ..." (reactivo 45)

Figura Actual "Mi cuerpo se parece más a ..." (reactivo 44).

Autopercepción del peso corporal "Creo que estoy..." (reactivo 35).

En las *madres* los reactivos que midieron la satisfacción de la figura corporal fueron el 52 "¿Qué tan satisfecha se siente con su figura?"; y el 58 "¿Desea tener más peso?"

5. 5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación correspondió a un estudio transversal y correlacional de diadas con observaciones independientes.

5. 6 MUESTRA

Se trabajó con diadas no probabilísticas conformadas por 150 niños (varones y niñas) de siete a nueve años de edad, que cursaban la educación primaria en escuelas públicas y por las 150 madres de estos niños.

5. 6. 1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El estudio se aplicó a personas que no presentaron problemas severos de carácter físico o mental y que no presentaron problemas de salud en ese momento.

5. 7 INSTRUMENTO

Se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de alimentación y salud para niños, para niñas y para madres (Gómez Pérez- Mitré, Alvarado y Moreno, 1999) (Ver anexos I y II), los cuales exploraban las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica: nombre, edad, tipo de escuela, lugar de residencia, con quién vive, etc
- 2) Antropométrica: Peso, talla y fecha del último registro.
- 3) Ingesta alimentaria: Con el método de recordatorio de 24 horas, se preguntó por los alimentos consumidos el día anterior, por ejemplo, "¿Qué comiste ayer en la tarde? ..." (reactivos 6, 7, 8, 9, 10 y 42 en el cuestionario de niños; en el de madres los reactivos son: 43, 44, 45, 46 y 47)
- 4) Socialización familiar alimentaria: Socialización alimentaria autoritaria, por ejemplo "Cuando como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron", y socialización alimentaria permisiva, por ejemplo "Escojo los alimentos que yo quiero...". (Reactivos 11, 12, 19, 21, 22, 27 y 29, en el cuestionario de los niños y para el cuestionario de las madres: 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39 y 59).

- 5) Actitud hacia la obesidad y la delgadez, por ejemplo: "Un niño(a) gordo(a) es" (reactivos 13 y 41 para el cuestionario de niños y para las madres el reactivo el 70).
- 6) Conducta alimentaria: Conducta alimentaria de riesgo, por ejemplo: "Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta..."; Hábitos alimentarios inadecuados: "Como mis alimentos frente a la televisión..."; Conducta alimentaria relacionada con estados de ánimo: "Cuando me enojo dejo de comer..."; y, Concepto de sobrealimentación: "Comer mucho es ..." (reactivos 14,15,16,17,18, 23,24,25,30,31,33 y 34, para el cuestionario de los niños).
- 7) Preocupación por el peso corporal y por la comida, por ejemplo: "Llegar a estar gordo(a) me preocupa..." (para el cuestionario de niños reactivos: 20,28,38,39,40 y 43; para el cuestionario de madres: 71 y 72)(Ver anexos I y II)
- 8) Imagen corporal. Alteración de la imagen corporal. Figura ideal: Me gustaría que mi cuerpo fuera como ... (reactivo 45) y "Me gustaría estar..." (reactivo 32). Figura Actual: Mi cuerpo se parece más a..." (reactivo 44). Autopercepción del peso corporal: "Creo que estoy..." (reactivo 35). Satisfacción con la figura corporal (reactivo 52 y 58 para el cuestionario de las madres).

Además de estas áreas, el cuestionario para madres (Ver anexo II) exploraba también lo siguiente

- a) Datos antropométricos del hijo(a) Peso y talla.
- b) Conducta alimentaria del hijo(a), por ejemplo: "¿Su hijo come frente a la televisión?" (reactivos 53, 56 y 65)
- c) Antecedentes familiares como factor de riesgo, por ejemplo: "¿Algún miembro de la familia ha tenido problemas de obesidad?" (reactivos 24 y 61)
- d) Hábitos alimentarios, por ejemplo "¿Se considera exigente con el uso de servilletas, cubiertos o mantenerse limpio durante la comida?" (reactivos 39,53,56,59 y 62)

- e) Relación materna, por ejemplo: "¿Usted se considera cariñosa con su hijo(a)?" (reactivos: 33,38 y 57).
- f) Relación paterna, por ejemplo: "¿El padre del niño(a) es cariñoso?" (reactivos: 67,68 y 69).

Los puntajes son abiertos, algunos son dicotómicos y la gran mayoría tienen tres opciones de respuesta (nunca, a veces y siempre). Se asignó el puntaje más alto a la respuesta que implicaba mayor problema. El coeficiente de consistencia interna obtenido en las escalas de ingesta alimentaria, socialización familiar alimentaria, actitud hacia la obesidad, preocupación por el peso corporal y conducta alimentaria fue de $\alpha = .62$ y para la escala de imagen corporal fue de $\alpha = .77$.

5. 8 APARATOS

De las medidas antropométricas realizadas en el presente estudio que se tomaron a una submuestra de selección sistemática al azar del 20% de la muestra original, se utilizaron peso y talla. Para el registro del peso se empleó una báscula electrónica marca Excell, y para la medición de talla se utilizó un estadiómetro de madera fijo.

5. 9 PROCEDIMIENTO

Se acudió con los directivos de las escuelas primarias para solicitar su cooperación, posteriormente se aplicó a los niños el instrumento en los salones de clase respectivos; una vez que los niños respondieron el cuestionario se les envió a las madres (a través de sus hijos) un cuestionario (formato para madres), para que lo respondieran y una carta explicándoles sobre la importancia de la investigación y motivándolas a participar en ella. Y por último, se tomó una submuestra por selección sistemática al azar del 20% de los niños de la muestra original, para tomar las medidas antropométricas

CAPITULO VI

RESULTADOS

CAPITULO VI. RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue investigar la relación que existe entre las variables, conducta alimentaria restrictiva de las madres y la imagen corporal de los hijos. Una vez obtenidos los datos, se capturaron y analizaron a través del programa SPSS versión 8.0. Los resultados que se obtuvieron se presentan a continuación.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS DIADAS (madres e hijos).

6.1.1 DESCRIPCIÓN DE LAS MADRES

Se trabajó con una N=150, formada por madres de niños de 7 a 9 años que acuden a escuelas primarias públicas. La media de edad de las madres correspondió a 35 años y la desviación estándar a 6 (Ver tabla 1) Sus edades fluctuaban entre 25 y 51 años. El mayor porcentaje (29%) tenían entre 31 y 35 años y el menor porcentaje (5%) tenían entre 46 y 51 años de edad (Ver tabla 1). Respecto al estado civil, el mayor porcentaje (89%) refería que la mayoría eran casadas (Ver tabla 2).

Edad	Porcentaje
25 - 30	24.1%
31 - 35	29.2%
36 - 40	24.7%
41 - 45	16%
46 - 51	4.7%
Total	100%
Media	35.36
Desviacion Estandar	5.81

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL DE LAS MADRES	
Estado Civil	Porcentaje
Soltera	2%
Casada	89 3%
Separada	6%
Viuda	2%
Divorciada	0 7%
Total	100%

6. 2 DESCRIPCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS DIADAS

Se trabajó con una N=150, de niños de edades entre los 7 y 9 años, que cursaban educación primaria en escuelas públicas. El 57% de los niños tenían 8 años, el 29%, 9 años y el 13%, 7 años de edad. La media de edad correspondió a 8 años y su desviación estándar fue de 0.63 (Ver tabla 3). El 51% eran niñas y el 49% eran niños (Ver tabla 4); de los cuales 23% cursaban el segundo grado y el 77% el tercer grado escolar

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL FRECUENCIA MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE EDAD DE LOS NIÑOS		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
7	20	13 3%
8	86	57 4%
9	44	29 3%
Total	150	100%
Media	8 16	
Desviación Estandar	0 6354	

TABLA 4 DISTRIBUCION PORCENTUAL Y FRECUENCIA DE LA VARIABLE SEXO DE LOS NIÑOS		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Niñas	77	51.3%
Niños	73	48.7%
Total	150	100%

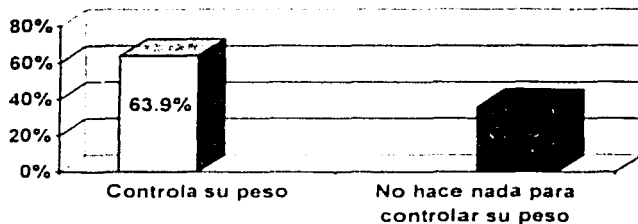
TABLA 5 DISTRIBUCION PORCENTUAL Y FRECUENCIA DE LA VARIABLE GRADO ESCOLAR DE LOS NIÑOS		
Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Segundo	34	22.7%
Tercero	116	77.3%
Total	150	100%

6.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON CONDUCTA ALIMENTARIA

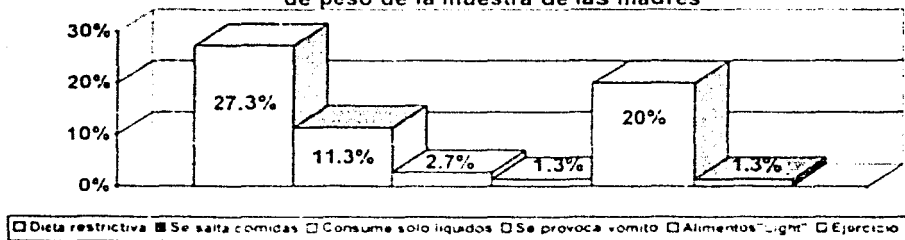
a) Control de peso

En la gráfica 1 se observa que un alto porcentaje de madres (64%) controlan su peso corporal. Es importante mencionar que de las que reportaron controlar su peso, lo hacían a través del seguimiento de una dieta restrictiva (27%), así como a través de la ingesta de alimentos "light", bajos en calorías (20%), mientras que, una minoría controlaba su peso haciendo ejercicio (1%) y provocándose el vómito (1%) (Ver gráfica 2).

Gráfica 1. Distribución porcentual de la variable control de peso de la muestra de las madres



Gráfica 2. Distribución porcentual de la variable formas de control de peso de la muestra de las madres

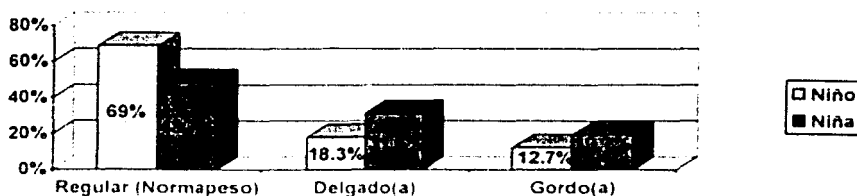


6. 4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL DE LOS NIÑOS

a) Autopercepción de la imagen corporal ("Creo que estoy...")

Como se observa en la gráfica 3, la mayoría de los niños (69%), y en mayor porcentaje que las niñas (49%) se autoperciben con peso normal o regular; sólo una minoría de los niños (13%) y de las niñas (20%), se autoperciben como gordos(as).

Gráfica 3. Distribución porcentual de la variable percepción de la imagen corporal ("Creo que estoy...") de la muestra de los niños

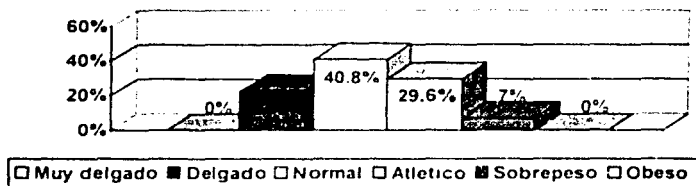


b) Figura actual ("Mi cuerpo se parece más a...")

Niños

Cuando se preguntó a los niños a cuál de las figuras se parecía más su cuerpo, el mayor porcentaje contestó que a la figura con peso normal (41%), seguida por la figura normal atlética (30%). Cabe mencionar que ningún niño (0%) mencionó parecerse a la figura muy delgada, ni a la figura obesa. (Ver gráfica 4)

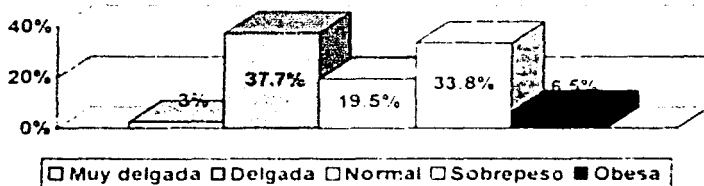
Gráfica 4. Distribución porcentual de la variable figura actual ("Mi cuerpo se parece más a...") de los niños



Niñas

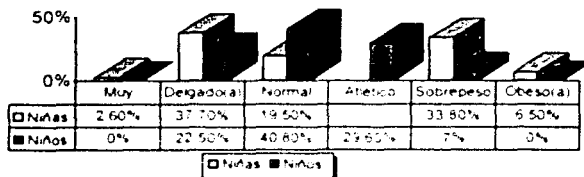
Como se observa en la gráfica 5, la mayoría de las niñas (38%), respondieron que su cuerpo se parecía a la figura delgada; cabe mencionar que otro alto porcentaje de niñas (34%), escogieron la figura con sobrepeso; la minoría de las niñas (3%), contestaron que su figura se parecía a la figura muy delgada

Gráfica 5. Distribución porcentual de la variable figura actual ("Mi cuerpo se parece más a...") de las niñas



En la gráfica 6, podemos observar la comparación por sexo de la figura actual. Las niñas se autoperciben como delgadas o con sobrepeso, mientras que los niños, se autoperciben como normales o atléticos.

Gráfica 6. Distribución porcentual de la variable figura actual de los niños y de las niñas de la muestra

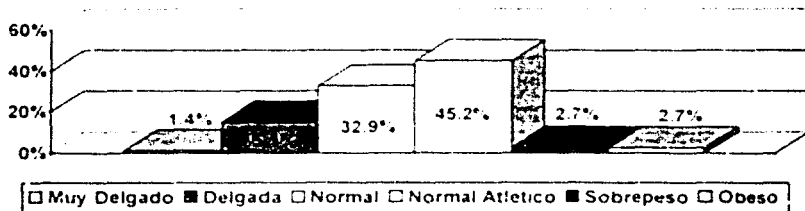


c) Figura Ideal ("Me gustaría que mi cuerpo fuera como...")

Niños

La gráfica 7 muestra que a la mayoría de los niños (45%) les gustaría que su cuerpo fuera como la figura normal atlética; en cambio la minoría (1%), quisieran que fuera como la figura "muy delgado".

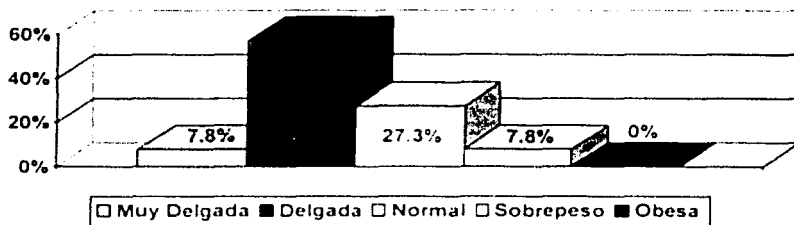
Gráfica 7. Distribución porcentual de la variable figura ideal ("Me gustaría que mi cuerpo fuera como") de los niños



Niñas

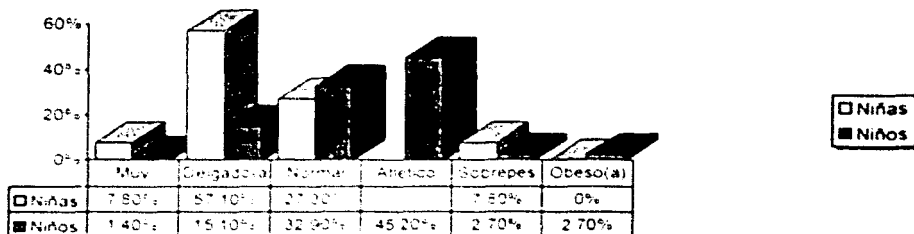
En la gráfica 8, se muestra que al mayor porcentaje de las niñas (57%) les gustaría que su cuerpo fuera como la figura delgada, en cambio, es importante mencionar que a ninguna niña (0%) le gustaría la figura obesa.

Gráfica 8. Distribución porcentual de la variable figura ideal ("Me gustaría que mi cuerpo fuera como") de las niñas



La comparación por sexo (masculino y femenino) de la figura ideal de la muestra de los niños se muestra en la gráfica 9, donde vemos que las niñas prefieren una figura delgada y los niños una figura atlética.

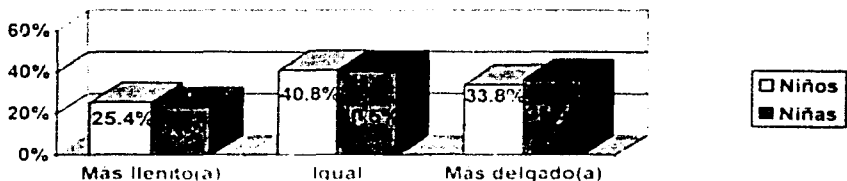
Gráfica 9. Distribución porcentual de la variable figura ideal de los niños y las niñas de la muestra



d) *Peso deseado* ("Me gustaria estar...")

Como se observa en la gráfica 10, el 60% de las niñas y el 59% de los niños están insatisfechos con su figura, de los cuales el 25% de los niños y el 23% de las niñas les gustaria estar más llenitos(as). Al 34% de los niños y al 36% de las niñas les gustaria estar más delgados(as). Sólo el 41% de los niños y el 40% de las niñas están satisfechos con su figura, ya que responden que les gustaria estar igual.

Gráfica 10. Distribución porcentual de la variable peso deseado ("Me gustaria estar...") de la muestra de los niños



e) *Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal*

La fórmula figura actual - figura ideal, nos arrojó los siguientes datos. El mayor porcentaje de las niñas (52%) presenta una insatisfacción positiva de la imagen corporal, es decir, que quisieran estar más delgadas, en cambio, la mayoría de los niños (46%) están satisfechos con su imagen corporal. También se observó que la minoría de las niñas (16%) presenta insatisfacción negativa de la imagen corporal, es decir, que quisieran estar más llenitas; el menor porcentaje de los niños (24%) presenta insatisfacción positiva, es decir, que quisieran estar más delgados (Ver tabla 6)

TABLA 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR SEXO			
		Porcentaje	
Satisfacción / Insatisfacción		Niñas	Niños
Insatisfacción Positiva +		52%	23 9%
Satisfacción	0	32 5%	46 5%
Insatisfacción Negativa -		15 6%	29 6%
Total		100%	100%

Media Total	0 2635
Desviación Estandar	1 3318

6. 5 CORRELACION ENTRE LAS DIADAS

Utilizando variables dicotómicas en ambas muestras (madres/niños) se realizó una correlación no paramétrica con el coeficiente Spearman, se utilizaron para las madres la variable "control de peso" y "no control de peso" y para los niños "satisfacción" e "insatisfacción".

Para la variable "control de peso", se agruparon los resultados de las madres que habían referido no controlar su peso, asignándoles el valor de 1, mientras que a las que reportaron controlar su peso, se les asignó el valor de 2. Para la variable de los niños "satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal" (figura actual - figura ideal), se agruparon los resultados de "0" (satisfacción), asignándoles el valor de 1. Para "insatisfacción", se tomaron en cuenta las diferencias negativas y positivas, asignándoles el valor de 2. En la tabla 7, se observa que la correlación entre control de peso de las madres y la satisfacción de la imagen corporal de los hijos no es significativa.

TABLA 7 CORRELACION ENTRE CONTROL DE PESO DE LA MUESTRA DE LAS MADRES Y LA SATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA MUESTRA DE LOS NIÑOS

Spearman's rho	Control de peso madres y Satisfacción hijos
Coefficiente de correlación	de 122
Significancia	139

También se realizó una correlación no paramétrica con el coeficiente Spearman entre la *satisfacción de la imagen corporal de las madres* y la *satisfacción de la imagen corporal de los hijos*; para la satisfacción de las madres se tomaron en cuenta 3 niveles (que corresponden a la pregunta: ¿Qué tan satisfecha se siente con su figura?): "nada", "poco" y "mucho".

Para la satisfacción de los niños se tomó en cuenta el resultado de la fórmula "figura actual- figura ideal" y estos fueron agrupados de la siguiente manera, para "nada" : +2, +3, +4, -2, -3 y -4; para "poco": +1 y -1 y para "mucho": 0. Donde se encontró, que la significancia de la correlación es de 0.416, la cual no es significativa (Ver tabla 8)

TABLA 8 CORRELACION ENTRE SATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA MUESTRA DE LAS MADRES Y LA MUESTRA DE LOS HIJOS

Spearman's rho	Satisfacción madres y Satisfacción hijos
Coeficiente de correlación	- .069
Significancia	.416

La última correlación no paramétrica con el coeficiente Spearman se realizó entre la variable, "dieta" o "no dieta" para las madres y "satisfacción" e "insatisfacción" para los hijos.

Para la variable "dieta", se agruparon los resultados de las madres que habían referido no controlar su peso, asignándoles el valor 1, mientras que a los que reportaron controlar su peso con una dieta restrictiva se les asignó el valor de 2. Para la variable de los niños "satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal" (figura actual - figura ideal), se agruparon los resultados de "0" (satisfacción), asignándoles el valor de 1

Para "insatisfacción", se tomaron en cuenta las diferencias negativas y positivas, asignándoles el valor de 2. En la tabla 9, se observa que la correlación entre dieta restrictiva de las madres y la satisfacción de la imagen corporal de los hijos, no es significativa, ya que la significancia de la correlación, es de 0.471.

TABLA 9 CORRELACION ENTRE DIETA RESTRINGIDA DE LA MUESTRA DE LAS MADRES Y LA SATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA MUESTRA DE LOS HIJOS

Spearman's rho	Dieta Restrictiva madres y Satisfacción hijos
Coefficiente de correlación	.060
Significancia	.471

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPITULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una de las contribuciones más importantes de este estudio fue aportar información para la detección de factores de riesgo en trastornos alimentarios de niños y niñas en edad escolar (8 años en promedio). Además de que el presente estudio constituye uno de los primeros* que se han hecho en México sobre factores de riesgo en niños pequeños en el que se analizan al mismo tiempo las dos generaciones, madres e hijos, con el propósito de determinar si existe relación entre la conducta alimentaria restrictiva de las madres y la imagen corporal de sus hijos y si ésta se comporta como posible facilitadora del desarrollo posterior de un trastorno de la alimentación.

Contrario a lo que se esperaba, los resultados obtenidos mostraron que no se relaciona la conducta alimentaria restrictiva de las madres con la satisfacción de la imagen corporal de sus hijos, al igual que no se relaciona la satisfacción corporal de las madres y la satisfacción de la imagen corporal de los hijos y el control de peso de las madres con la satisfacción de la imagen corporal de los hijos.

Dichos resultados indican que las variables investigadas no son significativas en niños de 7 a 9 años de edad, pero se podría investigar en niños de mayor edad o adolescentes para saber si en ellos se presenta dicha relación, ya que como expresa Rosenbaum (1979), citado en Gómez Pérez- Mitre (1995), la imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Otras experiencias que de acuerdo con la misma autora, producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son a) las originadas por los cambios biológicos b) las relacionadas con cambios psicológicos y c) las debidas al contexto social y al entorno cultural, como la etapa de la vida y la clase social

En oposición a nuestros resultados, Stein y Fairburn (1995) encontraron que existe una relación entre la percepción de la imagen corporal, la preocupación por la comida en las madres y problemas de

* Alvarado y Moreno (2000), Gómez Pérez- Mitre (2001)

alimentación en sus hijos (citados por Maldonado y Saucedo, 1998), lo cual es congruente con la teoría del aprendizaje por modelamiento de Bandura (1977), quien señala que el aprendizaje por observación abarca cualquier tipo de conducta por igualamiento, como la imitación, y durante toda la vida tenemos modelos a copiar, ya que la mayor parte de nuestro aprendizaje ocurre en contextos sociales y a través del modelamiento. Los resultados de Alvarado y Moreno (2000) muestran que existe insatisfacción con la imagen corporal en las madres y también se presenta alteración de la imagen corporal en sus hijos, aunque no indican si se presenta también insatisfacción con la imagen corporal.

Se observó también que casi las dos terceras partes de las madres de la muestra aceptaron seguir ciertas prácticas para controlar su peso tales como seguimiento de dietas restrictivas y consumir alimentos bajos en calorías o "light". Además, la mayoría de ellas, se encuentran poco satisfechas con su imagen corporal.

Estos resultados coinciden con los reportados por Alvarado y Moreno (2000) quienes encontraron que las madres incluidas en su muestra, realizaban conductas dietarias con el propósito de reducir su peso, siendo las madres de escuelas privadas quienes las realizan en mayor número. Como lo señalan Bersheid, Walster y Bohrnstedt (citados en Rivera, 1997) y como lo reporta Gómez Pérez- Mitré (2001), que en caso de las mujeres la satisfacción corporal disminuye mientras aumenta la edad, y que la caída neta de esta puntuación se observa después de los 45 años.

En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal actual, nuestros resultados arrojaron que más de las dos terceras partes de los niños se identificaron con las figuras que representaban peso normal y normal con músculo, en cambio, las niñas se identificaron con la delgada y la de sobrepeso. Lo que reportaron Alvarado y Moreno (2000) con respecto a los varones fue el mismo resultado, se identificaron con la figura que representaba peso normal, aunque también se identificaron con la que representaba delgadez y reportando un resultado distinto con respecto a las niñas, quienes se identificaron con la figura que representaba peso normal.

En cuanto a la figura ideal, los varones prefirieron la normal con músculo; siendo para las niñas más importante la figura ideal delgada; Gómez Pérez- Mitré (2001) y Alvarado y Moreno (2000) encontraron similares resultados en las niñas de sus muestras, sin embargo, éstas últimas autoras, encontraron resultados contrarios a los reportados en la presente investigación en el caso de los varones, ya que siguieron como ideales las figuras normal y delgada.

Es importante señalar que en este estudio se observó que en los niños de 7 a 9 años, ya están presentes los estereotipos sociales con respecto al deseo de una imagen corporal delgada. Es decir, se comprobó que los estereotipos de la cultura de la delgadez se encuentran presentes desde temprana edad, debido a los factores socioculturales de nuestros tiempos, como señala Gómez Pérez-Mitré (1997), los niños desde una edad muy temprana y de manera cotidiana se exponen al modelo corporal que representa la famosa Barbie, la cual es un prototipo de delgadez extrema y es una silueta de una de las imágenes femeninas más admiradas por las niñas del mundo occidental; ese es el modelo de cuerpo que las niñas contemplan, manipulan, visten y desnudan, y van conformando de manera natural a través del juego las figuras ideales, que más tarde en la preadolescencia intentarán hacer valer. Bandura (1977) señala que la pertenencia a grupos asume una significación clara en la vida de muchos niños durante los años escolares, por ello la percepción de los pares asume un gran valor.

Los niños de ambos sexos respondieron estar satisfechos con su imagen corporal, al comparar las figuras actual e ideal, se comprobó que la mayoría de los varones están satisfechos con su imagen corporal actual, observándose lo contrario en las niñas quienes están insatisfechas, la mayoría expresó querer estar más delgadas.

Otro punto para resaltar es que los resultados de la muestra de niños prepúberes ya indican factores de riesgo presentados en niños mayores, como señalan los resultados de Gómez Pérez- Mitré (2001), a mayor edad, mayor porcentaje de niñas que desean una figura ideal delgada, no por eso es menos cierto que, una importante proporción de prepúberes ya han internalizado el estereotipo de la cultura de la delgadez y se muestran insatisfechas con su imagen corporal, lo que puede incrementar el riesgo de un trastorno de la alimentación.

Con lo que se destaca que los estereotipos de la delgadez influyen a las mujeres en edades más tempranas que a los hombres. Como señala Bruchon- Schweitzer (1992) que la imagen corporal es casi siempre una representación social y evaluativa, y en general es más importante para las mujeres que para los hombres. Kurtz (1970), citado por Grinder (1987), afirma que la sociedad concede más relevancia a la forma femenina que a la masculina porque los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo.

Más de la mitad de las niñas de nuestro estudio están insatisfechas con su figura, quienes reportaron desear estar más delgadas. Estos resultados coinciden con lo reportado por Malaney, McGuire, Daniel y Specker (1989), quienes encontraron que el 55% de los niños entre 7 y 12 años de su muestra respondieron desear estar más delgados (citados por González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Un dato curioso en relación a la satisfacción con la imagen corporal, fue que Alvarado y Moreno (2000) encontraron que casi el total de la muestra de escolares de escuelas públicas mostraron satisfacción con su figura corporal, mientras que los niños(as) de escuelas privadas presentaron en más de la mitad de la muestra estar insatisfechos con su imagen corporal, observándose mayor insatisfacción en las niñas, quienes reportaron desear estar más delgadas, el mismo resultado fue encontrado en nuestro estudio, en cuanto a la insatisfacción de las niñas y su preferencia por la delgadez, solo que nuestra muestra de escolares fue tomada en escuelas públicas, donde Alvarado y Moreno (2000) encontraron una menor insatisfacción

La insatisfacción con la imagen corporal es un denominador común en los desordenes alimentarios. De hecho, el seguimiento de dietas reductoras de peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, sino necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma (Gómez Perez- Mitré, 1995)

Con todo esto es importante señalar que en estas edades tan cortas, ya se detecta preocupación por el peso corporal, lo cual podría conducir al infante al seguimiento de dietas restrictivas lo que a su vez podría llevar a problemas de desnutrición.

Por último es importante subrayar la necesidad de replicar ésta investigación con niños y niñas de escuelas públicas y privadas.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Agras, W.S. (1988) Eating disorders Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa Nueva York: Pergamon Press.

Ajuriaguerra, J. (1976) Manual de psicopatología infantil. Barcelona: Toray Masson

Alvarado, G y Moreno, L. (2000) Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Álvarez, R. G., Roman, F. M., Manriquez, R. E. y Mancilla, D. J. M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universitarias mexicanas. La psicología social en México 536-541

Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M. y López, A. X. (1998) Aspectos psicosociales de la alimentación. Revista psicología y ciencia social, 2, (1), 50-57

Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, T. M. y López, A. V. (1998) Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en población mexicana. Psicología contemporánea, 5, (1), 10-15

Ávila, H. (1997) El otro lado de la obesidad. Cuadernos de nutrición, 20, 6, 8-12

Ávila, L., Lozano, V. y Ortiz, L. (1997) Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Bandura, A. (1977) Teoría del aprendizaje social. México: Prentice-Hall

Ballesteros, J.S. (1982) El esquema corporal. Madrid: TEA Ediciones

Berryman, Hargreaves, Herbert y Taylor (1994) Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno

Bolaños, M.C.R. (1998) Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Bordo, S. (1990) Reading the slender body. New York-London: Routledge.

Braguinsky, J. (1989) Obesidad, patología clínica y tratamiento. México: Promedicina

Brodie, D.A., Bagley, K. & Slade, P D. (1994). Body image perception en pre and post adolescent females. Perceptual and motor skills, 78, 147-154.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic medicine, 24,(2),187-194

Bruch, H (1973) Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York Basic Books

Bruchon-Schweitzer, M (1992) Psicología del cuerpo Barcelona: Herder.

Bynum, C. W (1987) Holy feast and holy fast Berkeley-London-Los Angeles: University of California Press

Casper, R & Eckert, E (1980) Bulimia incidence and importance in patients with anorexia nervosa Archives of General Psychiatry, 34 87

CIE-10. (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico Madrid. Organización Mundial de la Salud

Clauss, G y Hiebsch, H (1966) Psicología del niño escolar. México: Grijalbo.

Cormillot, A (1988) El arte de adelgazar Buenos Aires: Javier Vergara Editor.

Craig, G (1994) Desarrollo psicológico. Mexico Prentice-Hall

Delval (1994) El desarrollo humano. Mexico Siglo XXI

Dietz, W. H (1983) Childhood obesity. Suceptibility, cause and managment. Journal Pediatric, 5, 676-678

Dolto, F (1985) Psicoanálisis y pediatría. Mexico Siglo XXI

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona Masson

Ekwall, W S (1993) Pediatric nutrition in chronic diseases and develop- mental disorder. New York Oxford University Press

Escobar, G M : (1992) Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria preparatoria y universidad de la Ciudad de Mexico Tesis de Licenciatura en Psicología Universidad Iberoamericana

Esquivel, F., Heredia, C y Lucio, E (1994) Psicodiagnóstico clínico del niño. Mexico Manual Moderno

Estrada, R.D. y Zúñiga, F.T. (1997). Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autopercepción de ésta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM

Frazier, S.H. y Carr, A. (1976) Introducción a la psicología. Buenos Aires. Ateneo

Gergen, K.J. (1992) El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona Paidós

Gesell, A. (1971) El niño de siete y ocho años. Buenos Aires: Paidós

Gesell, A. (1971) El niño de nueve y diez años. Buenos Aires: Paidós

Goldberg, A. (1996). Comer es un placer cuando se sabe hacer. México: Pax.

Gómez Pérez-Mitré, 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 Pérez-Mitré, G. (1993b) Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer. Problemas de peso. Investigación psicológica, 3, 95-112

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista mexicana de psicología, 12, (2), 185-197

Gómez Pérez-Mitré, G. y Unikel, S.C. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16, (4), 121-126

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista mexicana de psicología, 14, (1), 31-40

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista mexicana de psicología, 14, (3), 1-33

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998) Imagen corporal ¿que es más importante "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? Revista psicología y ciencia social, 2, (1) 18-22

Gómez Pérez-Mitré, G. y Avila, A. E. (1998) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Psicología iberoamericana, 6, (2), 37-45.

González, S. L. M. y Lizano, M. M., Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos Revista mexicana de psicología, 16, (1), 117-125.

Gómez Perez-Mitre, G., Alvarado, H.G., Moreno, E.L., Saloma, G.S. y Pineda, G.G. (2001) Trastornos de la alimentación Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepuberles, puberles y adolescentes Revista mexicana de psicología 18, (3)

Grinder, R. (1987) Adolescencia Mexico Limusa

Hamacheck, D.E. (1981) Encuentros con el yo Mexico Interamericana

Hecquen, H., & Ajuriaguerra, J. (1952) Mécanismes et hallucinations corporelles Paris Masson et Cie

Hekier, M. y Miller, C. (1994) Anorexia-bulimia. Deseo de nada Argentina: Paidós

Hill, A.J. (1993) Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. International review of psychiatry, 5, 87-100

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995) Psicología del desarrollo hoy, España: Mc Graw-Hill

Holtz, V. (1992) Factores psico-bio-sociales de los desordenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Iberoamericana

Holtz, V. (1995) Antecedentes Historicos de la Anorexia Nervosa. Psicología Iberoamericana, 3, (2), 5-13

Horowitz, M. (1966) Body image. Archives of general psychiatry, 14, 5-18

Hurlock, E.B. (1982) Desarrollo del Niño Mexico Mc Graw Hill.

Jeffrey, P.B. (1976) Behavioral management of obesity. En W.E. Craighead, A.E. Kazdin y M.J. Mahoney (eds) Behavior modification: Principles, issues and applications Nueva York Moughton Mifflin

Klein, M. (1971) Psicología infantil y psicoanálisis de hoy, Buenos Aires Paidós

Koff, E. & Rierdan, J. (1993) Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. Journal adolescence health 146, 433-439

Krause, M. (1995) Nutrición y dietoterapia Mexico Interamericana-Mc Graw Hill

- Lefrançois, G. (1973) Acerca de los niños. México: Fondo de cultura económica.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S., & Vara, L.S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 535-541
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associate with risk state for eating disorders in adolescent girls. Journal of abnormal psychology, 1023, 138-144
- Lewis, M. 1973 Desarrollo psicológico del niño. Mexico Interamericana
- Maldonado, D. y Saucedo, M. (1998) La madre con dificultades de alimentación y sus efectos en el bebe y en el niño en edad pre-escolar. En Lartigue, T., Maldonado, D. y Avila, H. (comp) La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Asociación psicoanalítica mexicana 235-255.
- Mendoza, M.S. (1996) Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria. Tesis de Maestría en Psicología Clínica Inedita. Facultad de Psicología, UNAM
- Morris, G.C. (1987) Psicología. Mexico Prentice Hall Hispanoamericana.
- Ortiz, M., Abad, M. y López, C. (1986) Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. PSIQUIS, (7), 53- 58
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969) Psicología del niño. Madrid Morata
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1966b) La Psychologie de l'enfant. Paris PUF.
- Pierce, J.W. y Wardle, J. (1993) Self-esteem, parental appraisal and body size in children. Journal of child psychology and psychiatry, 34, (7), 1125-1136
- Porot, M. (1980) La familia y el niño. Barcelona Planeta
- Quiroga, H., Echeverría, L., Mata, A. y Ayala, H. (1990) Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología social en México, 61, 225- 230
- Rappaport, L. (1972) La personalidad desde los 6 a los 12 años. El niño escolar. España Paidós. Psicología evolutiva
- Rausch, H.R.C. y Bat, L. (1990) Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Argentina Paidós.
- Rice, P. (1995) Desarrollo humano. Mexico Prentice-Hall.

Rice, P. (1997) Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Prentice- Hall Hispanoamericana

Rivera, M. L. (1997) Relacion entre el nivel socioeconomico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM

Rodin, J. (1989) Psychological features of obesity. Medicine clinical of north America 73(1): 47-66

Rodriguez-Tome, H., Banaud, F., Zardi, M.F., Delmas, C., Jeanvoine, B. & Szylagy, P. (1993) The effects of puberal changes on body image and relations with peers of the opposit sex in adolescence. Journal of adolescence 16, 421-438

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988) Obesidad. Barcelona: Martinez Roca

Saldaña, G. C. (1994) Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundacion Universidad Empresa

Sánchez, S.G. y Mojica, M.V. (1998) Relacion entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconomico en estudiantes de preparatorias publicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM

Sandoval, D. (1984) El mexicano. Psicodinamica de sus relaciones familiares. Mexico: Vicaña

Schaefer, CH. E. y O'Connor, K. J. (1988) Manual de terapia de juego. México: Manual Moderno

Schilder, P. (1989) Imagen y apariencia del cuerpo humano. Argentina: Paidós

Schumaker, J. F. (1985) Experience of loneliness by obese individuals. Psychological reports 57, 1147-1154

Shisslak, C. M. (1987) Primary prevention of eating disorders. Journal of consulting and clinical psychology 55(5), 660-667

Spitz, R. A. (1969) El primer año de vida del niño. Mexico: Fondo de Cultura Económica

Sterlin, H. y Weber, G. (1990) Que hay detras de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprension y tratamiento de la anorexia nerviosa. España: Gedisa

Stunkard, A. J. (1990) Eatings disorders. Nueva York: Raven Press

Toro, J. y Vilardell, E. (1987) Anorexia nerviosa. España: Martinez Roca

ANEXO I

CUESTINARIO PARA NIÑAS

ANEXO I: CUESTIONARIO PARA NIÑAS

Nombre: _____

P.R. _____

Edad: _____

Escuela: _____

T.R. _____

1. ¿Cuánto pesas? _____ kgs. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____

2. ¿Cuánto mides? _____ Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?

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

4. ¿Con quién vives?

- () Papa y mama
- () Papa
- () Mama
- () Papa, mama y hermanos
- () Papa, mama, hermanos y abuelo (a)
- () Abuelos
- () Otros ¿quienes? _____

5. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

La más grande () La de en medio () La más chica () Soy hija única ()

6. ¿Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la tarde?

9. ¿En esta semana cuantas veces comiste carne? _____

10. ¿De qué carne comiste (ejemplo pollo, pescado, cerdo, res)?

11. ¿Quién decide cuánto comes?

Mama () Papa () Yo () Abuela(o) ()

Otro () ¿quien? _____

12. Cuando como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron.

Nunca () A veces () Siempre ()

13. Una niña guapa es:

Gorda () Regular () Delgada ()

14. Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta":

Nunca () A veces () Siempre ()

15. Como mis alimentos frente a la televisión.

Nunca () A veces () Siempre ()

16. Consumo alimentos "chatarra" (papas, gansitos, dulces, refrescos, etc.):

Nunca () A veces () Siempre ()

17. Entre el desayuno y la comida y entre la comida y la cena comes alimentos:

Nunca () A veces () Siempre ()

18. ¿Comes a escondidas de tu mamá?

Nunca () A veces () Siempre ()

19. Me premian cuando me como todo lo que me sirvieron:

Nunca () A veces () Siempre ()

20. Llegar a estar gorda me preocupa

Mucho () Regular () Poco ()

21. escojo los alimentos que yo quiero

Nunca () A veces () Siempre ()

22. Me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron:

Nunca () A veces () Siempre ()

23. Como muy rapido

Nunca () A veces () Siempre ()

24. Como mucho

NO () *Pasa a la pregunta 26*

SI () *Pasa a la siguiente pregunta*

25. Comer mucho es

() Comer hasta sentirse lleno

() Sentirse y seguir comiendo

() Seguir comiendo hasta que duela el estómago

() Seguir comiendo hasta sentir asco

() Seguir comiendo hasta vomitar

() Sentir que no se puede parar de comer

26. A mi familia le interesa que practique algún deporte:

Sí () No () No sé ()

27. Según mi familia yo como :

Mucho () Regular () Poco ()

28. Me siento culpable cuando como mucho:

Nunca () A veces () Siempre ()

29. Como todo lo que me sirven para que mi familia me quiera:

Nunca () A veces () Siempre ()

30. Cuando me enojo dejo de comer

Nunca () A veces () Siempre ()

31. Me la paso pensando en la comida

Nunca () A veces () Siempre ()

32. Me gustaría

Estar más llenita () Estar igual () Estar más delgada ()

33. Me disgusta sentir mi estómago lleno

Nunca () A veces () Siempre ()

34. Me gusta sentir hambre

Nunca () A veces () Siempre ()

35. Creo que estoy:

Gorda () Regular () Delgada ()

36. Mi familia me ve

Gorda () Regular () Delgada ()

37. Mis amigos me ven

Gorda () Regular () Delgada ()

38. ¿Te preocupa tu peso?

NO () *Pase a la pregunta 41*

Sí ()

39. Te gustaría

Bajar de peso () *Pasa a la siguiente pregunta*

Subir de peso ()

40. ¿Has hecho algo para bajar de peso?

() Nada

	SI	NO
Comes menos de lo que acostumbras		
Dejas de desayunar		
No comes tortillas		
Dejas de cenar		
Dejas de comer pan		
Dejas de comer dulces (gansitos, papitas, chocolates etc)		
Tomas alimentos dieteticos (refrescos, dulces, leche, pan, etc)		

() Otros ¿Cuales? _____

41. Una niña gorda es _____

42. ¿Traes lunch a la escuela?

NO ()

SI () ¿que traes de lunch? _____

43. ¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gorda?

Nunca ()

A veces ()

Siempre ()

44. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niña. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (solo una) que mas te gustaria tener y marca con una X la letra correspondiente

Me gustaria que mi cuerpo fuera como:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

ANEXO I

CUESTINARIO PARA NIÑOS

ANEXO I: CUESTIONARIO PARA NIÑOS

Nombre: _____

P.R. _____

Edad: _____

Escuela: _____

T.R. _____

1. ¿Cuánto pesas? _____ kgs Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____

2. ¿Cuánto mides? _____ Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?

Un mes o menos ()

Más o menos 6 meses ()

Un año o más ()

Nunca () No me acuerdo ()

4. ¿Con quién vives?

() Papa y mamá

() Papa

() Mamá

() Papa, mamá y hermanos

() Papá, mamá, hermanos y abuelo (a)

() Abuelos

() Otros ¿quienes? _____

5. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

El más grande ()

El de en medio ()

El más chico ()

Soy hijo único ()

6. ¿Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la tarde?

9. ¿En esta semana cuántas veces comiste carne? _____

10. ¿De qué carne comiste (ejemplo pollo, pescado, cerdo, res)?

11. ¿Quién decide cuánto comes?

Mamá ()

Papá ()

Yo ()

Abuela(o) ()

Otro () ¿quién? _____

12. Cuando como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron.
 Nunca () A veces () Siempre ()
13. Un niño guapo es:
 Gordo () Regular () Delgado ()
14. Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta":
 Nunca () A veces () Siempre ()
15. Como mis alimentos frente a la televisión:
 Nunca () A veces () Siempre ()
16. Consumo alimentos "chatarra" (papitas, gansitos, dulces, refrescos, etc.):
 Nunca () A veces () Siempre ()
17. Entre el desayuno y la comida y entre la comida y la cena comes alimentos:
 Nunca () A veces () Siempre ()
18. ¿Comes a escondidas de tu mamá?
 Nunca () A veces () Siempre ()
19. Me premian cuando me como todo lo que me sirvieron.
 Nunca () A veces () Siempre ()
20. Llegar a estar gordo me preocupa
 Mucho () Regular () Poco ()
21. Escojo los alimentos que yo quiero
 Nunca () A veces () Siempre ()
22. Me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron:
 Nunca () A veces () Siempre ()
23. Como muy rápido.
 Nunca () A veces () Siempre ()
24. Como mucho
 NO () *Pasa a la pregunta 26*
 Sí () *Pasa a la siguiente pregunta*
25. Comer mucho es
 () Comer hasta sentirse lleno
 () Sentirse y seguir comiendo
 () Seguir comiendo hasta que duela el estómago
 () Seguir comiendo hasta sentir asco
 () Seguir comiendo hasta vomitar
 () Sentir que no se puede parar de comer

26. A mi familia le interesa que practique algún deporte:
 Sí () No () No sé ()
27. Según mi familia yo como :
 Mucho () Regular () Poco ()
28. Me siento culpable cuando como mucho.
 Nunca () A veces () Siempre ()
29. Como todo lo que me sirven para que mi familia me quiera:
 Nunca () A veces () Siempre ()
30. Cuando me enojo dejo de comer:
 Nunca () A veces () Siempre ()
31. Me la paso pensando en la comida:
 Nunca () A veces () Siempre ()
32. Me gustaria:
 Estar mas llenito () Estar igual () Estar más delgado ()
33. Me disgusta sentir mi estomago lleno.
 Nunca () A veces () Siempre ()
34. Me gusta sentir hambre
 Nunca () A veces () Siempre ()
35. Creo que estoy
 Gordo () Regular () Delgado ()
36. Mi familia me ve
 Gordo () Regular () Delgado ()
37. Mis amigos me ven.
 Gordo () Regular () Delgado ()
38. ¿Te preocupa tu peso?
 NO () *Pase a la pregunta 41*
 Sí ()
39. Te gustaria
 Bajar de peso () *Pasa a la siguiente pregunta.*
 Subir de peso ()

40. ¿Has hecho algo para bajar de peso?

Nada

	SI	NO
Comes menos de lo que acostumbras		
Dejas de desayunar		
No comes tortillas		
Dejas de cenar		
Dejas de comer pan		
Dejas de comer dulces (gansitos, papitas, chocolates etc)		
Tomas alimentos dieteticos (refrescos, dulces, leche, pan etc)		

Otros ¿Cuales? _____

41 Un niño gordo es _____

42 ¿Traes lunch a la escuela?

NO

SI ¿que traes de lunch? _____

43 ¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo?

Nunca

A veces

Siempre

44 Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente.

Mi cuerpo se parece más a:



A



B



C



D



E



F

Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (solo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)

ANEXO II

CUESTINARIO PARA MADRES

ANEXO II: CUESTIONARIO PARA MADRES

Antes que nada reciba nuestro respetuoso salud, al tiempo de solicitar su valiosa participación para realizar un trabajo de investigación que nos permita graduarnos y terminar nuestra carrera. Somos estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM y estamos pidiendo a las madres de familia contesten el cuestionario sobre alimentación que le hemos entregado a su hijo(a).

De la manera más atenta le pedimos lo regrese contestado el día de mañana con su hijo(a). Esperamos contar con él en la fecha señalada, ya que de no ser así no podremos completar nuestra investigación. Le agradecemos de antemano su amable participación.

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

1. ¿Cuándo nació usted? Día _____ Mes _____ Año _____
2. ¿Que parentesco tiene con el niño o la niña?
Madre () Abuela () Hermana () Tía () Otro ()
Especifique _____
3. ¿Que escolaridad tiene usted?
() Primaria incompleta () Estudios técnicos o comerciales
() Primaria completa () Bachillerato
() Secundaria incompleta () Profesional
() Secundaria completa () Posgrado
4. Estado civil
Soltera () Casada o Separada () Viuda ()
Divorciada () Union libre ()
5. ¿Cuántos hijos tiene? _____
6. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
7. La casa o departamento en donde vive es:
Propia () Rentada () De un familiar ()
8. Escriba el nombre del lugar donde vive actualmente: _____

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

10. Tiempo de relación (en años)

Tiempo de unión con el actual cónyuge: _____

Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse: _____

Tiempo que estuvo casada con su último cónyuge: _____

11. ¿Usted trabaja actualmente?

() No (*Pase a la pregunta 14*)

() Si, medio tiempo

() Si tiempo completo

() Si, mas de tiempo completo

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

13. ¿Cual es su ocupacion actual? _____

14. Si usted no esta trabajando actualmente ¿cual es el motivo?

() Temporalmente desempleada (o)

() No está empleada (o) y está buscando trabajo

() No está empleada (o) y no busca trabajo

() Estudia

() Mala salud

() Ama de casa

() Jubilada (o)

() Otra razon _____

15. Si no está empleada(o) ¿cuanto tiempo ha estado sin trabajo?

() Menos de 3 meses

() De 3 a 6 meses

() De 7 a 9 meses

() De 10 meses a un año

() Mas de un año

16. Alimentó a su hijo con

Leche materna ()

Mamila ()

¿por que con mamila? _____

17. ¿Asistio su hijo(a) a guarderia?

NO ()

Entonces ¿Quien cuidaba a su hijo (a)? _____

SI () ¿Hasta que edad asistio? _____

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

- () Problemas académicos en la escuela (calificaciones bajas, materias reprobadas, etc)
 () Problemas con otros niños
 () Problemas de disciplina en la escuela (mala conducta, distraído, inquieto, etc.)
 () Problemas en su alimentación
 () Ninguna () Otro ¿Cual? _____

19. Durante los últimos 6 meses tache ¿con quien ha asistido usted a las siguientes actividades?

Actividades	Nadie (sola (o))	Familia (esposo e hijos)	Hijos (as)	Amigos (as)	No asistió
Concierto o museo					
Reunion con amigos (as)					
Eventos escolares					
Ir al parque					
Fiesta					
Dia de campo					
Realizacion de algun deporte (nadar, futbol, etc.)					

20. Durante el último mes ¿quien realizo las siguientes tareas en su hogar?

En cada uno de los enunciados selecciona la opcion correspondiente

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

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

21. Si usted indico que "otro" le ayudó, esa persona fue generalmente su:
 Cónyuge () Hijos (as) () Familiares ()

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

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy rara vez
Cónyuge			
Yo mismo			
Hijos			
Otro familiar			

() Ninguno

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

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy rara vez
Cónyuge			
Yo mismo			
Hijos			
Otro familiar			

() Ninguno

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

() Yo misma (o)

() Cónyuge

() Hijos

() Ninguno

() Otro Especifique _____

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

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

27. ¿Cuando fue la última vez que peso a su hijo (a)?
 Un mes o menos () 6 meses mas o menos () Un año o más ()
 Nunca () No me acuerdo ()

28. ¿Que tan satisfecha se siente con la forma de comer de su hijo (a)?
 Mucho () Regular () Poco ()

29. ¿En su casa acostumbran reunirse para comer?
 NO () *Pasa a la pregunta 33*
 SI () *Pasa a la siguiente pregunta*

30. ¿El ambiente a la hora de la comida es tranquilo y agradable?

Siempre () A veces () Nunca ()

31. ¿Es una hora en que se aplican correctivos?

Siempre () A veces () Nunca ()

32. ¿Es una hora en que se discuten problemas familiares?

Siempre () A veces () Nunca ()

33. ¿Usted se encarga de darle de comer a su hijo (a)?

Nunca () *Pase a la pregunta 37*

Siempre ()

Si sólo fines de semana y días festivos ()

34. Cuando su hijo (a) no quiere comer usted:

Insiste ()

Castiga ()

Ofrece premios ()

Regaños ()

Lo deja sentado hasta que se acabe la comida ()

Amenaza ()

Deja que coma hasta que tenga hambre ()

Otro () Especifique _____

35. ¿Su insistencia para comer ha provocado que su hijo (a) vomite?

Siempre () A veces () Nunca ()

36. ¿Su hijo (a) es lento para comer?

Siempre () A veces () Nunca ()

37. Usted cree que su hijo (a) es

() Obeso (gordito (a))

() Sobre peso (Llenito (a))

() Peso normal

() Delgado (a) (Flaquito (a))

38. ¿Usted compara negativamente a su hijo (a) con otros niños?

Nunca () A veces () Siempre ()

39. ¿Se considera exigente con el uso de servilletas, cubiertos o el mantenerse limpio durante la comida?

Mucho () Poco () Nada ()

40. ¿Que tan exigente se considera con el desempeño de sus hijos en la escuela?

Mucho () Poco () Nada ()

41. ¿Cree que su hijo utilice pretextos para no comer como dolor de cabeza o de estómago?

Siempre () A veces () Nunca ()

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

Mucho () Regular () Nada ()

43. ¿Qué desayunó su hijo (a) hoy?

44. ¿Qué comió su hijo (a) ayer?

45. ¿Qué cenó su hijo (a) ayer?

46. ¿Su hijo (a) lleva lunch a la escuela?

Siempre () A veces () Nunca ()

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

48. ¿Cuánto pesa usted? _____ kgs

Si no sabe ¿cuánto cree que pesa? _____ kgs

49. ¿Cuánto mide usted? _____

Si no sabe ¿cuánto cree que mide? _____

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

NO () *Pasa a la pregunta 52*

Sí () *Pasa a la siguiente pregunta*

51. Ha tenido problemas con el peso corporal como

Subir de peso ()

Bajar de peso ()

Subir y bajar de peso ()

52. ¿Que tan satisfecha se siente con su figura?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

53. ¿Su hijo come frente a la televisión?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

54. ¿Como disciplina a su hijo (a)?

() Regaños

() Prohibiciones

() Golpes

() Premios

() Chantajes () Otros Especifique: _____

55. ¿Considera que hay alimentos buenos y malos?

NO ()

SÍ () ¿por qué? _____

56. Toma en cuenta las calorías que tienen los alimentos:

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

57. ¿Usted considera que es cariñosa con su hijo (a)?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

58. ¿Desea tener más peso?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

59. Considera que su hijo (a) debe de comer cuando:

() Cuando quiera

() En el horario establecido

60. ¿Qué grupos de alimentos conoce?

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

() Actitud negativa hacia la obesidad

() Preocupación por el peso corporal

() Preocupación por la forma de comer

() Preocupación por la apariencia física

() Insatisfacción con la figura

() Todas las anteriores

() Ninguna de las anteriores

() Algunas de las anteriores

62. Para hacer la comida se toman en cuenta los gustos del niño (a):

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

63. Su hijo (a) lleva lunch a la escuela

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

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

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

65. ¿Cree que el niño (a) debe de ingerir ciertas cantidades de alimentos?

Sí ()

No ()

66. ¿Que tan atractiva se siente usted?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

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

Nunca ()

A veces ()

Siempre ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

70. Considera que

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

71. ¿Le preocupa su peso corporal?

NO ()

SÍ ()

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

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

() Se salta alguna de las comidas del día

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

() Toma pastillas (para disminuir el apetito)

() Usa diuréticos (pastillas para eliminar grasas)

() Usa laxantes (purgas)

() Cuando se siente llena se produce vomito

() Trata de comer alimentos bajos en calorías (carnes sin grasa, refrescos dietéticos, etc)