



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL COMO
FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN PREADOLESCENTES
VICTIMAS DE MALTRATO INFANTIL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CASTAÑEDA ARELLANO LUZ MARIA

DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GOMEZ PEREZ-MITRE

REVISOR: MTRO. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA

ASESOR ESTADISTICO: LIC. MARIA DE LOURDES MONROY



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2005

m. 339975

*Si siembras un pensamiento, cosecharás una acción.
Si siembras una acción, cosecharas un hábito.
Si siembras un hábito, cosecharás un carácter.
Si siembras un carácter, cosecharás un destino.
(anónimo).*

AGRADEZCO A:

A CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) por haber financiado el proyecto denominado Maltrato Infantil como factor de riesgo en los Trastornos de la conducta Alimentaria (40597-S).

A quienes hicieron posible la presente investigación brindándome su apoyo y orientación: a la Dra. Gilda Libia Gómez Pérez-Mitré por permitirme ser parte del proyecto, a la Dra. Corina Cuevas Renaud, por su apoyo y disposición, a la Mtra. Olga Libier Bustos Romero por su experiencia y conocimiento brindado a través de sus clases, al Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa por haberme recibido en CAPCIM, por su apoyo, disponibilidad y paciencia, a la Lic. Lourdes Monroy por la asesoría brindada en estadística y demás, a la Lic. Silvia Platas y Lic. María de la Luz Javiedes Romero por su apoyo, ayuda y disposición.

Al Profesor Manuel Serrano Director de la escuela primaria "Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados", así como a los participantes del estudio por su colaboración y apoyo para la presente investigación.

GRACIAS...

DEDICO LA PRESENTE A:

A los dos primeros regalos que me dio la vida mis padres Jesús y María a quienes agradezco mi existencia y el haber contribuido a la llegada de este momento, gracias por permitir mi formación profesional y haber hecho de mi una persona capaz, de valores firmes y con muchos deseos de superación, agradezco sus desvelos, apoyo, paciencia y disponibilidad; mis hermanitos Jesús, Carlos y Roberto por que mediante juegos y experiencias me enseñaron a enfrentar y disfrutar la vida, por su comprensión, cariño, paciencia, y compañía.

A quienes me han acompañado en el transcurso de este desarrollo personal y profesional, quienes además se han convertido en una parte muy importante en mi vida, mis amigos: Alfredo Landin, Antonio Díaz, Blanca Jiménez, Carolina Ramírez, Catalina Hernández, David Miranda, Dayana Temich, Jhoni Vargas, Gerardo Pérez, Guadalupe Simón, Karla Barajas, Marilú Rojas, Marisol Escobar, Roboam Eguiarte, Sandra Camacho, Sergio Pérez y Yanet Martínez.

A mis Jefes compañeras y amigas: Amparo Buendía, Aurora Martínez, Citlali, Elsa Méndez, Enrique Molina, Fabiola Betancurt, Karla Rendón, Luz Juárez, Maribel Morales y Sofía Cortés quienes me han apoyado en mi desarrollo y crecimiento laboral.

MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO Y AMISTAD...

INDICE

Página

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.	i
RESUMEN.	ii
INTRODUCCIÓN.	iii
CAPÍTULO 1	
MALTRATO INFANTIL.	1
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MALTRATO INFANTIL	1
1.2 TIPOS DE MALTRATO.	8
1.3 EL MENOR MALTRATADO.	9
1.4 INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL.	11
1.5 FACTORES ASOCIADOS CON EL MALTRATO.	12
1.6 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL.	18
CAPÍTULO 2	
PREADOLESCENCIA.	21
2.1 DESARROLLO FÍSICO.	25
2.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO	31
2.3 DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL.	35
CAPÍTULO 3	
TRASTORNOS ALIMENTARIOS.	40
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS..	44
3.2 FACTORES DE RIESGO.	47
3.3 ANOREXIA NERVOSA.	51
3.4 BULIMIA NERVOSA.	55
3.5 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.	59
CAPÍTULO 4	
MALTRATO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS.	60
4.1 VÍNCULO AFECTIVO	60
4.2 RELACIÓN ENTRE MALTRATO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	61
CAPÍTULO 5	
PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO.	67
CAPÍTULO 6	
RESULTADOS	70
CAPÍTULO 7	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	83
REFERENCIAS.	88
ANEXOS.	99

RESUMEN

La presente investigación forma parte de una investigación mayor* y tuvo como principal propósito conocer si existen diferencias en la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes (hombres y mujeres) con y sin maltrato. La finalidad del estudio fue contribuir en un futuro con el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud y el bienestar.

El diseño de estudio fue de dos muestras con observaciones independientes, una formada por los preadolescentes con maltrato y otra por los preadolescentes sin maltrato. El tipo de investigación puede caracterizarse como un estudio de campo exploratorio, correlacional o ex post facto, y transversal. Las muestras seleccionadas quedaron conformadas por 60 preadolescentes con maltrato y 60 preadolescentes sin maltrato.

Para lograr los objetivos, se realizó una entrevista a las madres de los preadolescentes con maltrato y una entrevista de tipo cualitativo a los preadolescentes, además se les aplicó a los preadolescentes el cuestionario de trastornos alimentarios para preadolescentes y a las madres de los preadolescentes una escala de maltrato.

Entre los principales resultados se encontró que a estas edades (de 9 a 12 años) ya existe una aceptación del estereotipo social de cultura de la delgadez, mostrando insatisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.

Es importante señalar que principalmente las mujeres con maltrato manifestaron encontrarse más insatisfechas con su imagen corporal que el resto de la muestra, además puede observarse si se analizan diferencias en cuanto a sexo que las mujeres de ambas muestras se encuentran más insatisfechas que los hombres, en cuanto a la variable conducta alimentaria de riesgo los preadolescentes maltratados y en especial los hombres expresan mayor conducta alimentaria de riesgo.

*La presente investigación forma parte de una investigación mayor denominada Maltrato Infantil como factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT 40597-S) bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Peresmitre

INTRODUCCIÓN

La cultura tiene un gran efecto sobre los seres humanos, influyendo en sus creencias, religiones, rituales, mitos, modas, etc., en toda cultura existen modelos de belleza corporal establecidos. La autopercepción de las personas se ve influida por factores tales como la época, cultura, creencias, valores, nivel socioeconómico y los medios de comunicación social. Así los preadolescentes fijan normas ideales en referencia al aspecto físico y a sentirse insatisfechos con su propio cuerpo si este no corresponde a las normas en cuestión.

No obstante las influencias sociales determinan de forma diferente la conducta del hombre y la mujer, pues se ha encontrado en relación con la percepción de la imagen corporal deseable, que los hombres se encuentran más satisfechos con lo que perciben, mientras que una importante mayoría de mujeres desea ser más delgada de cómo se percibe.

Las experiencias sociales y personales de los preadolescentes están en función del contexto histórico y la cultura en la cual viven, los menores maltratados llevan consigo una historia triste que afecta su personalidad, autoestima y varias áreas de su vida en algunos se presenta de una manera y en otros se manifiesta de forma diferente debido al apoyo con el que cuentan a su alrededor.

En México hay estudios en donde se expone que existen factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación, como por ejemplo el papel que juega la llamada cultura de la delgadez y los medios de comunicación, quienes aparentemente nos ofrecen la solución para obtener de distintas maneras la *figura ideal*, otro tipo de factor de riesgo es el seguimiento de dietas, y los asociados con la imagen corporal entre otros, sin embargo existen pocos estudios que relacionen el maltrato infantil con los trastornos alimentarios y en México no hay investigaciones que se hayan enfocado en estas variables.

De ahí parte el interés que motivó la presente investigación teniendo como propósito determinar si el maltrato sufrido por los preadolescentes pudiera provocar mayor insatisfacción con la imagen corporal o bien conducta alimentaria de riesgo. Se pretendió así, contribuir en un futuro, a la prevención de este factor de riesgo, que pone incluso en peligro la vida de las personas afectadas.

El marco teórico está conformado por cuatro capítulos que describen teóricamente el tema del maltrato infantil, mencionando los antecedentes históricos del mismo, los diferentes tipos maltrato y algunos indicadores y consecuencias del maltrato. También se habla de la preadolescencia los cambios por los que se esta pasando el niño y como es su desarrollo físico, cognoscitivo y socio-emocional. Además se describen los trastornos alimentarios mencionando algunos antecedentes históricos, factores de riesgo y características y el último capítulo del marco teórico menciona el vínculo afectivo que existe entre madre e hijo así como investigaciones anteriores que han estudiado la relación que existe entre maltrato infantil y trastornos alimentarios.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato a los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas, que pueden producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo. Se considera como niño a todo menor de 18 años, y se nombra que es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otras personas responsables de sus cuidados, produciéndose el maltrato por acción, omisión o negligencia.

Querol, (1990) menciona la existencia de dos tipos de infancia, la condicionada por el bienestar, la afectividad y el equilibrio familiar, y la que se encuentra inmersa en la insuficiencia, socioeconómica y cultural, la carencia afectiva, el desequilibrio y la violencia, a la cual sin duda pertenecen los preadolescentes maltratados, éstos desde un principio perciben un entorno familiar hostil, en el que la falta de interacción normal entre padres e hijos constituye el núcleo fundamental del fenómeno "maltrato infantil".

Según De Paúl (1998, p.14), la definición del maltrato "implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño". Lo que nos involucra en la dificultad para definirlo más específicamente, debido a que no existe un consenso social con respecto a lo que constituyen formas de crianza peligrosas e inaceptables. Además es difícil establecer una línea divisora entre maltrato y no maltrato; sin embargo, cuando el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física o psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato a los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas, que pueden producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo. "Las historias de niños maltratados y asesinados por sus padres abundan en el mito de la leyenda y la literatura; la mayoría de ellas conciernen a temas teológicos y arqueológicos que involucran rituales que contienen el incesto, la mutilación, el desfiguramiento y la violación. Por tal motivo se puede decir que el menor desde una perspectiva histórica, ha sido considerado como instrumento para apaciguar, propiciar y satisfacer el deseo de los dioses" (Carrillo, Castillo y Roque, 1989; p. 8).

El dato más antiguo que se encuentra acerca de malos tratos es el sacrificio de niños a las divinidades, común en las civilizaciones antiguas desde Jericó en 7000 a.c. (Martínez y De Paul, 1993, p. 12), estos sacrificios pasaban de ser un método de control poblacional (Sherman, 1977) hasta un ritual mediante el cual se propiciaba y satisfacía el deseo de los dioses para recibir a cambio, salud, fortaleza y juventud (Kempe y Kempe, 1978). Por su parte Platón y Aristóteles solían justificar la matanza de niños con deficiencias físicas (Osorio y Nieto, 1989).

Diversos autores afirman que el maltrato ha existido en todas las épocas y culturas, varios tienden a pensar que las formas "evidentes" de maltrato que se encuentran en la Biblia o en la cultura grecorromana como por ejemplo el infanticidio que estuvo a punto de realizar Abraham con Isaac (Génesis, 22; 1-2) representa el maltrato; Aristóteles, (cuatrocientos años a.c.) quien poseía gran influencia social, mencionaba que los hijos eran propiedad privada y que cada padre podría hacer con su propiedad lo que quisiera, quizá por ello muchos padres maltrataban a sus hijos al fin y al cabo eran sus dueños y podrían hacerles lo que fuera (Osorio y Nieto, 1983), en otros libros se puede leer que... durante el renacimiento, los padres marcaban a fuego con un hierro ardiente, o bien dejaban caer gotas de cera sobre los recién nacidos para evitar la epilepsia /... / practica que nos puede recordar la costumbre japonesa de quemar con moxa la piel de los niños, que aun sigue en vigor por razones terapéuticas o con fines educativos" (Pemell citado en De Mause, 1994; p.56).

Fontana (1984), con respecto a los hijos menciona los altares de Saturno (Dios de la cosecha), los cuales se encontraban manchados con sangre de su propia prole. También indica que Rey Aun, de la antigua Suecia, sacrificó a nueve de sus hijos, a fin de prolongar su propia vida nueve años cada vez. Asimismo señala que Medea (princesa hechicera del Cólquida), asesinó a los hijos que tuvo con Jasón, en venganza de las preferencias de éste por otra mujer.

En la biblia se toca un tema acerca del abuso y asesinato infantil, habla de "la destrucción del primogénito al poner los huesos de un niño en los cimientos de un nuevo edificio; de un pequeño elegido para ofrecerle abrazado por el fuego a un Dios, caprichoso. Abraham mato a su hijo Isaac y lo colocó sobre una piedra para inmolarlo en reconocimiento de Dios, y se sorprendió cuando su mano fue detenida" (Fontana, 1984; p. 29).

En la Antigua Grecia había cazas reales, en las que, al parecer, era costumbre sacrificar al primogénito cuando la vida del monarca estaba amenazada o bien se suponía que el propio rey tenía que ser víctima propiciatoria y éste se las arreglaba para relegar a su hijo la terrible responsabilidad. En este sentido, tanto los Griegos como los Romanos se deshacían de los niños destinándolos a morir al abandonarlos en lugares solitarios donde abundaban animales. La patria potestad daba a un padre Romano el derecho legal para vender, abandonar, matar y ofrecer en sacrificio a todos sus hijos (Osorio y Nieto, 1983).

En México el sacrificio del recién nacido iba al compás de la siembra del maíz, para que germinara y diera buena cosecha, momentos en los cuales se ofrecían niños de edades correspondientes al momento de crecimiento de aquél (Sánchez, 1997). Los antecedentes en México van aunados a costumbres, creencias y actitudes, como por ejemplo las antiguas culturas prehispánicas "donde al menos se le sancionaba, dándole de comer la mitad de una tortilla o atándolo de pies y manos para ser recostado en tierra mojada cuando mostraba actos de rebeldía" (DIF, 1979; p. 1). Parrés (1987) al respecto, menciona que en los grupos mazahuas, al niño desobediente se le obligaba a inclinar su cabeza sobre el humo producido por el chile quemado, además que acostumbraban castigar a los menores, clavándoles puntas de maguey en la espalda y

en el caso de las niñas, solo se les clavaban en las manos. En el caso de que no aprendieran la lección se les corregía hincándolos sobre corcholatas con los brazos en cruz, y luego se les dejaba en un sótano húmedo toda la noche. Asimismo, menciona que en otros grupos de esta misma comunidad, por iguales razones se les colgaba de los cabellos de las sienes, mientras se les pegaba con varas, o se les hincaba sobre brava mientras sostenían una gran piedra en la cabeza (citado en Carrillo et. al; 1989).

Marcovich (1978; p.p. 66-67) indica que "en la fiesta del quinto mes Toxcal, dedicado al Dios Texcatlipoca, acuchillaban con una navaja de piedra a los jóvenes, muchachos y pequeños en el pecho, en el estómago, los brazos y las muñecas. Y que en el sexto mes fiesta de los Tlaloques, castigaban a los menores por faltas y errores cometidos con el ayuno de cuatro días; los llevaban al agua asidos por los cabellos, maltratándoles y arrojándoles al lodo, dejándolos medio muertos".

El castigo físico también fue usado para expulsar a los espíritus malignos. El teólogo y reformador alemán, Martín Lutero, incluso, ordenó que se ahogaran a los niños con retardo mental, ya que se tenía la creencia de que estaban poseídos por el demonio. También como parte del tratamiento médico psiquiátrico se les propiciaban golpes. Por su parte Helfer y Kempe (1976) explican que cuando la epilepsia era atribuida a posesiones demoníacas, el niño era azotado para así expulsar a los espíritus con un arma de hierro diseñada exclusivamente para este tipo de prácticas.

En el siglo XVII, el filósofo inglés John Locke, proponía a los maestros castigar a los niños con azotes únicamente si las faltas eran morales, durante esta época algunos padres amenazaban a sus hijos para así infundirles temor y evitar los malos comportamientos (De Mause, 1975), durante ese siglo, la pérdida de las tres cuartas partes de los menores de una familia, era común, por lo cual la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito (Osorio y Nieto, 1983). En civilizaciones como la Greca y Romana, los menores fueron deliberadamente privados de la vista o mutilados para inspirar simpatía y lograr éxito al emplearlos como jóvenes mendigos (Fontana, 1984).

Se podría decir que durante los siglos XVIII y XIX la explotación de los niños tuvo su mayor auge ya que los padres mutilaban a sus hijos con el fin de utilizarlos como pordioseros, así de esta manera los niños ya no eran golpeados por portarse mal o una forma de disciplina simplemente se les veía como una manera más fácil y sencilla de obtener dinero, y si los niños no tenían alguna deficiencia desde el nacimiento los padres se las provocaban para ganar así a un niño lisiado que causara lastima y produjera beneficios, como se mencionó, durante esta época se explotaba a los niños ya que de no ser golpeados y utilizados como pordioseros se les obligaba a trabajar en minas, como por ejemplo las de Gran Bretaña en donde desde los cinco años de edad los niños trabajan hasta 16 horas diarias, a los cuales se les permitía comer poco y eran presionados a trabajar mediante bofetadas y golpes, de esta manera aquellos que habían sido abandonados por sus padres morían por el exceso de trabajo o por desnutrición (Sherman, 1977). Marcovich (1978) señala que en este tiempo, los padres mandaban a sus hijos a los molinos en los que trabajaban durante 12 horas diarias, sus hijos eran brutalmente azotados por supervisores tiranos, los cuales en ocasiones los introducían en cisternas de agua fría para mantenerlos despiertos.

Prácticamente se podría concluir que en el pasado al niño se le concebía como un adulto en pequeño, un objeto digno de tratos inhumanos, un recipiente de las frustraciones y agresión de los padres, o bien como la personificación del pecado, entre otras cosas despreciables; como si todo lo que se refiere a niños en el pasado pudiera identificarse como algo sombrío, oscuro "... las investigaciones revelan una secuencia, monótonamente penosa, de abusos cometidos con los niños desde tiempos remotos hasta casi nuestros días" (De Mause, 1994).

Al parecer Filón (20 d.c.) fue el primero en manifestarse de manera clara contra el infanticidio, y el emperador Constantino quien redactara en 374 la primera ley que lo condena como asesinato, por su parte Radbill menciona que las primeras legislaciones de protección a la infancia para modificar la autoridad absoluta de un padre sobre sus hijos, datan de 450 a.c., y ya desde Mesopotamia se había asignado a una diosa la protección de los infantes (Fierro, 2001).

Fue en el año de 1601 que se formuló una ley para la protección y cuidado de los niños, llamada Ley Isabelina, no obstante no fue reconocida como tal, en la cual se establecían responsabilidades y medidas para el cuidado del menor maltratado o descuidado (Fredericksen y Mulligan, 1976). El término clínico "síndrome del niño golpeado" fue descrito por primera vez en 1868 por Ambroise Tardieu, un profesor de medicina legal e Paris, el cual hizo referencia de autopsias realizadas en 32 niños que por lo encontrado se dijo eran maltratados puesto que murieron a causa de azotes excesivos y quemaduras (Kempe y Kempe, 1978).

Lo que se puede observar ante los datos citados anteriormente es que ninguna Ley de la legislación Fabril ni Educacional del siglo XIX beneficiaba las relaciones entre niños y padres, sin embargo, Berger, (1973) menciona que la única Ley que intentó proteger al menor en el hogar, fue la Ley de Reformas a la Ley de los Pobres promulgada en Inglaterra en el año de 1868; la cual señalaba disposiciones para castigar al padre si se demostraba que la salud del menor había sido afectada por no haberle proporcionado el abrigo y la manutención adecuados. Pese a ello el mismo autor indica que era difícil convencer a los magistrados de que los padres debían ser castigados por la manera en que golpeaban a sus hijos a menos que los pequeños hubiesen sido gravemente ultrajados, y aun así no era fácil decir, si se trataba de un castigo merecido o bien de crueldad. Al final de todas maneras, esta Ley no fue promulgada para beneficio de los niños.

En Estados Unidos, en 1874, llamó mucho la atención, el caso de Mary Ellen, una niña de 9 años de edad que era severamente maltratada por sus padres adoptivos, se encontró encadenada en su habitación con varias lesiones en el cuerpo y en estado crónico de desnutrición. Lo que resulta chusco es que para dar seguimiento al caso y pudiera ser presentado en la corte se tuvo que apelar a la Sociedad Contra la Crueldad de Animales, ya que no existía una ley de protección al niño, sin embargo por medio de esto un año más tarde, se organizó en Nueva York la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los niños.

A partir de este incidente se dio mayor atención al problema del maltrato infantil, los médicos se interesaron por encontrar una explicación de los numerosos casos de maltrato infantil, registrados en las salas de emergencia de los hospitales, ya que niños pequeños eran llevados por los padres que relataban extraños accidentes y de esta manera explicar las múltiples heridas que llevaban sus hijos (Cruz, 2000).

A este respecto, Berger (1973) indica que la Ley de 1889, que en ocasiones es llamada Carta de los Niños, se ocupaba más de lo malo que se les había hecho que de sus derechos, sin embargo, lo bueno era que incluía la idea de que también ellos tenían derechos y con esto los niños podrían presentar pruebas en contra de sus padres opresivos, aun cuando por su edad no comprendiera la naturaleza del fenómeno.

Así, los que se encontraban a cargo de los niños podían ser castigados por malos tratos, descuido, abandono o por exponerlos a la intemperie, por lo que fue autorizado a los magistrados que se les retirara de la custodia de sus padres y trasladarlos a un lugar seguro. En este tiempo a la policía y a otras personas autorizadas, se les otorgaron facultades para entrar en las casas, por la fuerza si es que era necesario, si se sospechaba del trato cruel a un menor. Tales tribunales podían "ordenar una separación por un lapso prolongado y mantener a los niños bajo su control hasta los 16 años, encomendándolos al cuidado de un pariente u otra persona. A los padres de tales pequeños, podía obligárseles a pagar por el sostenimiento de ellos. Es así, como cuando el Estado los separaba de sus padres, asumía los mismos derechos que tenían éstos sobre los niños" (Berger, 1973 p. 222).

En el año de 1962, el doctor Kempe, profesor de Pediatría de la Universidad de Colorado, publicó un artículo basado en el "síndrome del niño golpeado", describiéndolo como una condición clínica presentada en niños como resultado de abuso físico severo por parte de los padres y que constituye una causa frecuente de daño permanente o muerte, mencionando además características presentadas por estos niños como: raspaduras, contusiones, moretones, lesiones cerebrales, mordidas y fracturas múltiples (Laureano, 1980).

En ese mismo año, la Ley del Seguro Social, Ley Federal Básica de los Estados Unidos en el campo de Bienestar Social, en su título V parte 3 fue modificada para dar una nueva definición de los servicios de bienestar a los niños, y para proporcionar programas de cuidados diurnos. La sección 528 describe la nueva definición del término como sigue:

- a) Servicios Sociales Públicos, los cuales complementan o sustituyen el cuidado y supervisión de los padres con el objeto de prevenir, remediar o ayudar en la solución de problemas que puedan dar por resultado negligencia, abuso, explotación o delincuencia en los niños.
- b) Proteger y cuidar menores sin hogar dependientes o descuidados (Fredericksen, 1976; pp. 61-62).

Fue Fontana en el año de 1963, quien propuso el "síndrome del niño maltratado", estableciendo así un diagnóstico que incluía tanto el diagnóstico como la negligencia infantil. De esta manera los síntomas presentados por el niño maltratado iban desde la nutrición y/o negligencia general, acompañada de abuso verbal, hasta traumas premeditados causantes de mutilación permanente o muerte. También se añadió que podría surgir en el niño un retraso en el potencial de su desarrollo por causas emocionales o físicas (Fontana, 1984). Informes señalados por este mismo autor indican que en 1969 surgió en Nueva York un proyecto de Ley de Protección a los Niños. Kadushin y Martín, 1985 (citados en Carrillo et. al; 1989), señalan además que en Enero de 1974, se aprobó una Ley Federal en Estados Unidos para prevenir y tratar al menor maltratado, la cual fue ampliada en 1978.

Se ha estado hablando del síndrome del niño maltratado (SNM) pero que es en realidad, según Loredó (1994) es una manera extraña y extrema de lesiones no accidentales, privación emocional del menor o de cualquier modo de agresión sexual, ya sea de forma aislada o en diversas combinaciones ocasionadas por los padres, parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia, principalmente. Al parecer el SNM derivó su nombre descriptivo a la naturaleza de las heridas del pequeño, entre las que generalmente figuran abrasiones, contusiones, laceraciones, mordiscos, hematomas, daño cerebral, herida corporal profunda (con o sin daño en el hígado, riñones o costillas), articulaciones luxadas, fracturas de brazos, piernas, cráneo y/o costillas, quemaduras, escaldaduras, etc..en general los daños físicos resultan de golpear repetidamente, pegar o azotar con el objeto que se tenga a la mano (Carrillo et. al; 1989).

En 1992 en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México, D. F., Eduardo Primero Rivas, propuso la siguiente definición del Síndrome del Niño Maltratado, en la cual que el maltrato a los niños es:

...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional. (citado en Loredó, 1994, p.9).

Por lo que podemos darnos cuenta fue hasta el siglo XIX cuando cambió la suerte de los niños puesto que ya algunos sectores de la sociedad empezaban a preocuparse por ellos y originaron reflexiones acerca de la naturaleza de los cuidados básicos que deberían proporcionárseles y sobre la responsabilidad de la sociedad en la protección y cuidados de la infancia.

A pesar de los adelantos en pro del niño maltratado, en los 70's, la Unión Soviética propuso una Ley que señala que todo pequeño que presente algún defecto físico debe ser aislado de sus padres y enviado a una isla. En Nigeria, la Tribu Yoruba considera como una tradición antiquísima, el que los padres tienen todos los derechos de marcar

a sus hijos como lo consideren conveniente (Marcovich, 1981), lo que nos habla de que en algunos lugares del mundo aun se tiene la idea que en su tiempo propusiera Aristóteles, "los hijos son propiedad de sus padres". Marcovich (1981) menciona que en la Tribu Enja, en Nueva Guinea, se somete a los niños a severos castigos; a los pequeños que entran al jardín de la casa sin autorización de los padres, se les amputa un dedo o una oreja, la cual debe ser digerida y comida por él. Asimismo, la Tribu Bena Bena de Nueva Guinea, tiene como castigo tradicional cuando un menor desobedece, encerrarlo durante varios días en un calabozo, privándolo de alimentos y amarrándole las manos. Después de tres días se le saca a la calle, donde en público, la madre le unta excremento y la gente le escupe.

Cabe mencionar que en la actualidad, en México, aun no se hace conciencia realmente de lo que representa este maltrato al menor, puesto que aun no es considerado como un delito grave, no se sanciona a quienes abusan de los niños, existen un sinnúmero de infantes desde recién nacidos hasta adolescentes que están siendo víctimas de sus padres al golpearlos y dañarlos física y emocionalmente sin que nadie pueda reprender o castigar a sus progenitores, las autoridades incluso esperan tener el cadáver del niño para aceptar que los padres cometieron un delito y esto por asesinato, mientras que en otros países la situación es muy distinta ya que se han creado Sociedades Nacionales que tratan el problema, se publican gran cantidad de trabajos, se han celebrado Congresos Internacionales que relacionan a expertos de todo el mundo y en donde las sociedades médicas se han sensibilizado del problema, en comparación nuevamente con nuestro país en donde las publicaciones y comunicación están siendo escasas, la sensibilización médica no alcanza los niveles deseados y no se cuenta con las estructuras sanitarias y sociales para realizar medidas preventivas generalizadas y eficaces.

Con respecto a todo lo mencionado anteriormente podemos definir al maltrato infantil como "el trato hacia el menor como acto u omisión, verbal o material, intencionado o no que le genere a este algún daño físico o psicológico" (Fierro, 2001 p.60). Se estima que cientos de miles de niños han recibido maltrato a manos de sus padres o parientes, miles mueren, los que sobreviven al abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que los moretones físicos hayan desaparecido. A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos, están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades médicas y problemas en la escuela o en el trabajo. Sin el tratamiento adecuado el daño puede perdurar de por vida (Stith, Williams y Rosen, 1992).

1.2 TIPOS DE MALTRATO

“El maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van de los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más sutil e insidiosa negación de amor. Un niño que crece sin esperar nada sino un entorno hostil aprenderá a vivir dentro de estos límites y adaptará su comportamiento de tal forma que no traiga la mínima agresividad. Tales niños aprenden desde época temprana a procurar la complacencia de cualquier adulto con el que puedan entrar en contacto como forma de protegerse a sí mismos” (Maher, 1990 p. 61).

Las palizas no son el único tipo de maltrato infantil. Muchos niños son víctimas de abandono, de abuso sexual o de abuso emocional. En todos los tipos de abuso infantil, el niño y la familia pueden beneficiarse de una evaluación comprensiva y del cuidado de un psiquiatra de niños y adolescentes. Es importante resaltar que un niño no solo puede ser víctima de algún tipo de maltrato sino que puede existir en él una combinación de éstos, enseguida se mencionan los diferentes tipos de maltrato infantil que se pudieran presentar (Trejo, 2001)

➔ **Maltrato físico.-** Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada, Se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), que no es accidental y que provoca un daño físico o enfermedad en un niño o adulto. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso. El maltrato físico no se asocia a ningún grupo étnico, si no que se manifiesta en todas las clases sociales, religiones y culturas (Loredo, 1994).

De acuerdo a Kadushin y Martín (1985) y Giovannoni (1971), este tipo es considerado como actos de comisión que originan daño en el menor. Constituye además, el que los padres o custodios se aprovechen de sus derechos para controlar, disciplinar y castigar a sus hijos

➔ **Abandono físico.-** De Paúl (1998; p.29), lo define como “aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

➔ **Abuso sexual.-** Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto

sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...), Se refiere a cualquier implicación de niños, adultos, adolescentes, dependientes o inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado. En el caso de los niños es el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor, con el objetivo de lograr la excitación y/o gratificación sexual. La intensidad del abuso puede variar de la exhibición sexual a la violación (Carrillo et. al; 1989).

En el caso de los padre incestuosos, el abusador intenta casi siempre convencer a su víctima de que lo que hace es por su bien, natural, necesario o legítimo. En este caso los padres , utilizando la relación significativa que tienen con sus hijos, imponen sus creencias y representaciones del mundo en las que está contenida la "normalidad" de los gestos violentos y abusivos (Barudy, 1998).

De todas las formas de abuso, el abuso sexual es el más difícil de reconocer y aceptar. Según estadísticas 1 de cada 4 niñas y 1 de cada 8 niños serán sexualmente abusados antes de llegar a los 16 años. En más del 90% el abusador será masculino y en más del 80% de los casos el abusador será una persona conocida por el niño. En la mayoría de los casos los niños nunca comunican lo que está ocurriendo. Los niños no inventan historias acerca de su propio abuso sexual, por eso en la medida de que el niño se anima a decirlo, es preciso creerles (Arruabarrena y De Paul, 1994).

➤ **Maltrato y abandono emocional.**-Conductas de los padres/madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño. Barudy (1998) y otros autores coinciden en que este tipo de maltrato, también nombrado psicológico, tiene que ver con violencia a través de palabras que humillan, denigran o rechazan, o por un ambiente relacional caracterizado por gestos insistentes que comunican confusión, aislamiento, fusión y/o corrupción. También aparece en la forma de constante bloqueo de las iniciativas infantiles por parte de algún miembro de la familia. Provoca graves trastornos psicológicos. En el caso de los niños, los padres muchas veces abusan emocionalmente de sus hijos basados en buenas intenciones. Pero a partir de esas buenas intenciones pueden presionarlos o avergonzarlos al punto de crearles un sufrimiento emocional crónico (Stith, Williams y Rosen, 1992).

A este tipo de maltrato De Paúl (1998; p. 30) lo describe como "la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar".

1.3 EL MENOR MALTRATADO

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños, preadolescentes y adolescentes que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el

momento existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufren grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte. Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay que tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales (Maher, 1990).

Aquellas personas que pasen con el preadolescente períodos prolongados de tiempo tendrán una alta influencia sobre su autoimagen, los sentimientos del niño acerca de él mismo afectaran su manera de vivir; la violencia, agresión y humillación destruyen la seguridad que pueda tener de sí mismo (Lammoglia, 2002).

Los preadolescentes criados en hogares donde se les maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su stress psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, mas frecuente que en la población general (Stith, et al., 1992).

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez. Algunos preadolescentes sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal y así aprenden a repetir este "modelo" inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para establecer relaciones "sanas" al llegar a adulto. Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos. Para muchos preadolescentes que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones (Loredo, 1994). Maher, (1990, p. 115) supone que existen "factores de estrés situacionales" los cuales derivan de los siguientes componentes:

- ➔ *Relaciones entre padres:* segundas nupcias, disputas maritales, padrastros cohabitantes, o padres separados solteros.
- ➔ *Relación con el niño:* espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.
- ➔ *Estrés estructural:* malas condiciones de vivienda, desempleo aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.

➔ *Estrés producido por el niño*: niño no deseado, niño problema, un niño que no controla su orina o su defecación, difícil de disciplinar, a menudo enfermo, físicamente deforme o retrasado.

Los preadolescentes tienden a sufrir mayor daño por el trauma psicológico y emocional que rodea los malos tratos físicos que por la agresión misma (Doueck, Ishisaka, Sweany y Gilchrist, 1987).

Es probable que un preadolescente sea maltratado debido a su corta estatura, su poca competencia y habilidades de afrontamiento se encuentre dependiente de sus padres y por ello recurra a ellos cada vez que se le presente alguna dificultad, quizá se enfrente al estrés, un mal día o mal estado de ánimo de sus padres cuando él requiera resolver sus problemas quizá a los padres les resulte más fácil regañarlo o golpearlo que atender sus demandas, ahora bien es posible que se considere a los infantes de corta edad relativamente indefensos y por ello llamar más la atención de los investigadores (Stith, et al; 1992), comparando con un adolescente que físicamente resulta más grande que sus padres, con multitud de competencias vitales y afrontamiento, con acceso a diversos alternativas para su supervivencia y su cuidado sin depender tanto de sus padres, por cual no llama tanto la atención puesto que se considera que son más capaces de cuidar su propia vida no tanto como los niños de menor edad (Garbarino, 1980, 1984; Garbarino y Gilliam, 1980).

1.4 INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

"La mayoría de los casos de maltrato infantil ocurre dentro de la familia. Cuando la familia tiene vínculos estrechos con otros parientes, tales como los abuelos, la condición de un niño puede salir a la luz por la intervención de éstos" (Maher, 1990; p. 66).

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a las que se les llama indicadores, ya que pueden "indicar" una situación de riesgo o maltrato. A continuación se expone una serie de indicadores que pueden ayudar en la observación, sin embargo hay que tener en cuenta que éstos por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato sino que además se debe considerar la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen (AMAIM, 1996).

Los indicadores de conducta

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores. Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que se señalan a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas: las ausencias reiteradas a clase, el bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración, la depresión constante y/o la presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas, la

docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos, la búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños, las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad (Maher, 1990; Cruz, 2000).

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato y rechazan cualquier tipo de ayuda, llegando a justificar con argumentos muy variados este tipo de acciones; en cambio los padres con dificultades suelen reconocerlas y admiten cualquier tipo de ayuda que se les ofrezca.

1.5 FACTORES ASOCIADOS CON EL MALTRATO

Las causas que pueden propiciar el maltrato, son diversas, al niño se le puede maltratar por:

- Pedir alimento
- No obedecer
- Obedecer "mal"
- Protestar
- Moverse
- Preguntar
- Caerse
- No ser un buen estudiante
- Ser inquieto
- Pedir cualquier cosa

Sin embargo hay factores de mayor importancia como:

- Características físicas, biológicas y psicológicas que hacen que el niño sea diferente o desagradable para los padres
- Situaciones de conflicto entre la pareja y/o una dinámica familiar donde predomine la incomunicación, el rechazo y la agresión (Rodríguez, 1989).

En la vida de una familia, los dramas de la violencia y el maltrato de niños emergen a partir de factores que dependen según Barudy (1998), por una parte de su dinámica interna y por otra, de las perturbaciones de su medio ambiente, especialmente por la resonancia entre los factores familiares y los del medio.

De acuerdo con varios autores (Mercado, 1991; Téllez, 1995; Roque, Carrillo, Castillo, 1997 citados en Cruz, 2000), la etiología del síndrome del niño maltratado puede estudiarse sobre la base de tres factores principales que pueden estar relacionados entre sí:

1. Características de los niños maltratados como lo son: ser hijos no deseados o del sexo opuesto al esperado, haber sido concebidos fuera del matrimonio, ser uno de los hijos menores en una familia numerosa, presentar anomalías congénitas, llorar con frecuencia, ser irritables e hiperactivos
2. Características de los padres o cuidadores que maltratan entre ellas: haber sido maltratados por sus progenitores, desempleo, desavenencia conyugal, falta de autodomínio
3. Factores medioambientales: concepto del castigo físico, actitud social negativa hacia los niños, el estatus socioeconómico.

Estos factores se entrelazan y muchas veces la distinción entre unos y otros suele verse un poco confusa y dudosa, pues un factor puede relacionarse con elementos de otro; además, de que es posible que se den simultáneamente (Carrillo, et. al, 1989).

CARACTERÍSTICAS DEL PREADOLESCENTE MALTRATADO

El preadolescente no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los preadolescentes que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Maher, (1990) reporta que son más los niños que las niñas de los cuales se ha registrado maltrato físico y emocional, deficiencias en el crecimiento y negligencia, así mismo menciona que los niños entre cinco y nueve años de edad y las niñas de catorce años o más, resultan ser los más vulnerables, manifiesta que aquellos de los cuales se abusó físicamente y que tenían entre cinco y nueve años de edad, 61 por ciento eran varones y que el 67 por ciento de quienes tenían catorce años o más eran niñas.

Por su parte, Rosselot, 1981 (citado por Cruz, 2000; p.17), menciona algunas de las características que pueden facilitar la agresión como:

- Ser hijos no deseados
- Ser del sexo opuesto al esperado
- Ser concebidos fuera del matrimonio
- Ser uno de los hijos menores en una familia numerosa
- Presentar anomalías congénitas
- Llorar frecuentemente
- Ser irritables e hiperactivos

Con respecto a esto, Friedrich y Boriskin, (1980) mencionan que también puede afectar que el pequeño tenga deficiencias físicas, auditivas, motoras o de lenguaje, retardo en el desarrollo como lo indica (Lutzker, 1993) o bien si demanda mucha atención ya que es más probable que sus padres presenten hostilidad o resentimiento hacia él, como lo sugiere Gómez (1988).

Fontana (1984) y Kadushin y Martín (1985) contribuyen a con los autores antes citados, mencionando otros aspectos que pueden llegar a originar un episodio de maltrato, los cuales son:

- Que el niño sea serio
- Muy perezoso
- El hijo de más edad puede estar en mayor riesgo de ser maltratado, porque los padres consideran que su conducta debe servir de modelo para los hermanos menores.

Romero (1989), señala que los niños no deseados sufren el rechazo y el abandono de la familia desde el nacimiento debido a que se les trata mal y nadie se preocupa por satisfacer sus necesidades básicas, las cuales son necesarias para el buen desarrollo y crecimiento del niño, tanto físico como psicológico.

También puede darse el caso de que el menor esté asociado con una situación odiada, por ejemplo, que haya sido concebido por abuso sexual (Green, Gaines y Sandgrund, 1974) o nacido en circunstancias desagradables (Gil, 1971). De igual forma, un niño puede ser maltratado si los padres o cuidadores le encuentran algún parecido con una persona (pareja, amigo o conocido) hacia la cual tengan sentimientos negativos (Marcovich, 1981).

Silver (1969), al igual que otros autores consideran que algunos niños realizan acciones o verbalizaciones que inducen el maltrato, ya que de esta manera sus padres les prestan atención. Así mismo, la privación de afecto y el abandono por parte de los padres pueden provocar en el preadolescente comportamientos hostiles, y cuando éstos les quieren demostrar cariño, el pequeño no responde de manera adecuada (Mercado, 1991). Relacionado a ello, este mismo autor aclara que la falta de apego de los padres hacia el niño y su dificultad para expresar afecto, precipitan el maltrato infantil. Así como la falta de relación entre el niño y sus padres puede incrementar la posibilidad de maltrato (Klaus y Kennell, 1976).

CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES

En el caso de los preadolescentes, como en otros casos de violencia, se da una relación de vulnerabilidad. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse de lo que les puede hacer un adulto. Además se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos. "Un alto porcentaje de menores de edad son víctimas de maltrato físico y emocional principalmente por parte de la madre, quien por desesperación al no encontrar la forma de controlar o corregir al menor, se excede y le provoca lesiones severas e incluso la muerte" (Lammoglia, 2002; p. 96).

Se ha encontrado que las expectativas de los padres con respecto a sus hijos influyen en gran medida a lo que se refiere su relación, es por ello que , si las expectativas de los padres no concuerdan con el comportamiento presentado por sus hijos. Éstos pueden agredir físicamente (Barkley, 1981).

Cabe destacar que características como sexo, nivel socioeconómico y cultural así como antecedentes de maltrato, autoestima devaluada, aislamiento social, desconfianza y tensión constante son base fundamental para provocar en el agresor el maltrato al menor, sin embargo quizá los factores más importantes sea la falta de información y experiencia acerca de la crianza de los hijos junto con los problemas económicos y de integración social (Loredo, 1994).

Carrillo, et. al; (1989; p. 38) deciden agrupar en tres aspectos las particularidades de los padres o custodios como factores del maltrato infantil, estos son:

- Desórdenes de la personalidad
- Características del propio desarrollo y
- Problemas de pareja

En relación a lo anterior, Roque, Carrillo y Castillo (1997; p.2), enlistan algunos rasgos de personalidad que se han observado en personas que maltratan a los niños, como lo son:

- Sentimientos de inseguridad y angustia
- Baja autoestima y autoaceptación
- Baja capacidad para afrontar y resolver problemas
- Inmadurez y frustración excesiva
- Soledad e infelicidad
- Aislamiento social (escasas relaciones interpersonales)
- Rigidez y dominancia
- Impulsos agresivos.

Lutzker, (1993), menciona que uno de los rasgos que se han identificado entre los padres que maltratan, es la falta de habilidad para manejar el estrés, con respecto a ello Smith, Hanson y Noble (1973) señalan que es esa falta de habilidad, lo que se manifiesta en problemas para controlar el enojo y la falta de habilidad para educar a sus hijos cuando son padres cuando son padres solteros o muy jóvenes.

Con respecto a ello se puede observar que existen diversos rasgos que hacen vulnerable a la persona para ejercer el maltrato. Por su parte Foncerrada (citado por Rodríguez, 1989; p.13), define el perfil del agresor diciendo: “ a menudo tienen antecedentes de haber crecido en un ambiente familiar muy agresivo, con grandes carencias afectivas, en el cual recibieron frecuentes y severos castigos corporales y vivieron intimidados e inseguros, con una imagen muy devaluada de sí mismos, convencidos de que sus esfuerzos por complacer a los demás, sobre todo a sus padres, eran siempre equivocados, inadecuados o inoportunos y, por tanto, contraproducentes”.

De acuerdo a lo planteado por Rodríguez (1989), investigadores del Hospital Infantil de México encontraron que los padres maltratadores tienen sentimientos de autodevaluación, de aislamiento social y de desconfianza, así como, facilidad para expresar impulsos agresivos.

Cruz (2000) señala que los padres alcohólicos o farmacodependientes son más propensos a ejercer la violencia que los que no lo son. Asimismo que los padres desempleados, incapacitados físicamente o sometidos a tensión, también se encuentran en riesgo de ser maltratadores. También cuando la muerte de algún miembro de la familia, padre o madre principalmente, se asocia con el nacimiento o la conducta de un menor puede ocasionar una situación de maltrato. Puesto que se le atribuye la culpa de la muerte al menor, por lo que éste se convierte en un potencial de agresión.

Rodríguez (1989), indica que otro de los factores que se asocia a la conducta de maltrato infantil es la frustración, que experimenta la madre cuando su apariencia corporal se ve afectada por el embarazo y/o el parto, o los sentimientos de celos por el nacimiento del menor por parte de alguno de los padres. Del mismo modo, sugiere que una mujer sometida a tensiones emocionales, como es el caso de las madres solteras, las madres que trabajan fuera del hogar o las madres maltratadas por su pareja, con frecuencia tiende a ser violenta con sus hijos.

El mismo autor menciona que los modelos de crianza, la disputa entre los padres por la autoridad familiar, las desavenencias entre la pareja, el abandono de uno de los cónyuges, la separación o el divorcio, la formación de una nueva pareja con madre o padre sustituto y nuevos hijos, la inexperiencia de la madre que puede estar dada por la edad y/o la ignorancia así como las diferencias entre la pareja sobre el momento en que nacen los hijos y el número de hijos, también son factores causales del maltrato infantil.

Montiel (1982) asegura que cuando el padre tiene una imagen pobre de sí mismo y la madre es rechazada por el esposo, es más probable que uno de ellos o ambos externe su irritación y su agresión hacia los hijos. Asimismo, cuando la madre es inmadura, solitaria y no sabe cumplir con sus responsabilidades, mientras que el padre es agresivo y no ofrece apoyo emocional, se origina un patrón sumiso-dominante (Teer, 1970), en estos casos ambos padres frecuentemente descargan su frustración en el niño. El pequeño, por su parte, se vuelve más demandante de cariño, con lo que se complementa un círculo vicioso, pues los padres al no ser afectuosos se irritan y golpean (Montiel, 1982).

La justificación que algunos padres utilizan para no responsabilizarse de sus actos al ser descubiertos o acusados de maltrato es diciendo que ellos fueron educados de esa manera y que desean hacer lo mismo con sus hijos. Suelen creer que como padres poseen los derechos y privilegios familiares, y que sus hijos tienen que cumplir los deberes y las responsabilidades que ellos les imponen. Además estos padres consideran que hicieron un favor a sus niños al darles la vida y por lo tanto, éstos son de su propiedad (Fontana, 1984).

Aquellos padres que en su infancia han sido golpeados refuerzan su experiencia de maltrato, maltratando a sus hijos. Sobre todo si el maltrato sufrido ha contribuido a que la persona tenga una pobre autoestima, como lo señalan Roque, et. al, (1997). Lutzker (1993) señala que los padres maltratadores piensan que ellos no abusan del castigo corporal, y que este comportamiento es sólo una forma de disciplinar al niño cuando no cumple una regla impuesta en casa y que puede ser usada en niños desde temprana edad.

Es probable que aquellas madres que acuden a centros de ayuda lo hagan por que en cierto sentido se han dado cuenta del daño que de seguir así podrían provocarle o le están provocando al niño, se sabe que la mayoría de estas madres ah sido víctima de maltrato en la infancia, pero no se generaliza a todas, también se sabe que maltratan igual a niños y niñas y que probablemente existan ciertos rasgos de personalidad y carácter en los niños que incrementan el factor de riesgo para ser golpeados, en ocasiones poseen características de la madre que en su momento (la infancia) no pudo resolver, como lo es el caso de timidez, desobediencia o bajas calificaciones (Pérez citado en Lammoglia, 2002).

FACTORES MEDIOAMBIENTALES

Rodríguez y Arends plantearon en 1984 (citados por Roque et. al, 1997, pag. 20) que el desempleo, el hacinamiento, la sobrepoblación y la marginación son factores sociales responsables del maltrato infantil. Asimismo, la salud física y emocional de los padres pueden provocar situaciones de abuso, al igual que la falta de recursos económicos.

Las formulaciones de las causas de maltrato por quienes representan disciplinas que se han enfocado en los factores externos como causas de la conducta desviada, hacen énfasis en el rol causal o contradictorio que desempeñan las circunstancias medioambientales, sociales, culturales y económicas. Estas formulaciones apuntan en primer lugar al estrés medioambiental que tiene efecto sobre los custodios en la etiología del maltrato infantil (Alvy, 1975; Belsky, 1980; Derdeyn, 1977; Fontana, 1984; Gil, 1971; Giovannoni, 1971; Pelton, 1978, citados en Carrillo et. al, 1989).

De acuerdo a Green, et. al, (1974), el estrés medioambiental incluye: eventos actuantes que amplían la discrepancia entre la capacidad limitada de los padres y la presión incrementada en la crianza del menor. Existen también, las presiones adicionales a la crianza del infante, tales como el nacimiento de otro hijo, infantes enfermos o el asumir el cuidado temporal del menor por enfermedad o muerte de amigos y parientes (Green, et. al, 1974).

Los cuidados parentales disminuyen en las familias con gran número de hijos. Mientras más grande sea la familia, menos contacto directo parental recibe cada niño y es más probable que se de maltrato emocional y físico (Burguess, 1981; Fontana, 1984; citados en Cruz, 2000). Con respecto a ello Kinard en 1980 menciona que las familias numerosas y sin suficiente espacio físico, para cada uno de los hijos, ocasiona tensión en los padres. En estos casos, más niños y al mismo tiempo, piden afecto, cuidados y recursos financieros a los padres.

El mismo autor señala que las investigaciones muestran que cuando hay mayor tiempo entre los nacimientos de los hijos, la influencia parental sobre los hijos es mayor y se basa en menos castigos y más apoyo, que cuando las edades de los hijos son muy cercanas. Richardson, 1980, con respecto al último caso citado, indica que las interacciones padre- hijo tienden a ser negativas y los padres tienden a ser abusivos y negligentes con sus hijos.

Pelton (1978 citado en Carrillo, et. al, 1989) afirma que la irresponsabilidad por descuido es otro de los elementos que puede llevar a consecuencias lamentables cuando aparece en los padres de clase media. Sugiere que, por ejemplo, en tales familias hay una derivación de irresponsabilidades, un lujo que la pobreza no puede tener. Una madre de clase media puede ser descuidada con su dinero y malgastar algo, pero aún tiene para que sus hijos no se vean privados de sus necesidades básicas. En una madre empobrecida, ello puede originar que sus hijos tengan hambre durante los últimos días del mes.

Marcovich (1978) manifiesta que los factores sociales y económicos no son suficientes para producir un padre golpeador, aunque si son factores predisponentes. Tiempo después en el año de 1981, menciona que no existe una relación causa-efecto en el problema del maltrato infantil, sino que son múltiples las causas que llevan a un padre a abusar de su hijo (citado en Cruz, 2000).

El Síndrome del Niño Maltratado puede ser construido como el resultado final de una interacción entre tres factores: 1. los atributos de la personalidad de los padres que contribuyen a la inclinación del abuso y son incompatibles con la adecuada crianza del niño; 2. las características de este último, que incrementan la probabilidad de estar siendo maltratado y 3. el estrés medioambiental inmediato que maximiza la carga de crianza del menor (Carrillo, et. al; 1989).

1.6 CONSECUENCIAS DEL MATRATO INFANTIL

El maltrato puede generar lesiones físicas y/o mentales que pueden ser reversibles o no (Osorio y Nieto, 1989). Las consecuencias del daño en el sistema nervioso central producido por golpes durante los primeros años han sido reportadas varias veces (Mercado, 1991). Un rango entre el 43% y 55% de los casos de retraso mental, se producen en niños golpeados.

Reid, Lorber y Felton (1984) mencionan que el hematoma subdural es la lesión más común en el niño golpeado, así como, la menos atendida y detectada, por lo que es la causa más habitual de muerte en el síndrome del niño maltratado. Este tipo de lesión puede provocar secuelas neurológicas como retraso mental y parálisis cerebral.

Algunos de los menores que presentan hemorragia subgaleal no presentan huellas de violencia debido a que no sufrieron golpes directos. Lo que pudo haber sucedido con éstos preadolescentes es que posiblemente fueron víctimas de sacudidas bruscas que imprimen fuerzas de aceleración y desaceleración en el interior del cráneo, lo que precipita la ruptura de puentes venosos cerebrales y hemorragia (Cruz, 2000).

Alteraciones que ocurren en los preadolescentes como consecuencia de agresión física:

- Señales físicas repetidas (morados, magulladuras, quemaduras...)
- Conductas agresivas y/o rabietas severas y persistentes
- Relaciones hostiles y distantes
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso,...)
- Niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores)
- Muestra poco interés y motivación por las tareas escolares
- Después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio, etc.)
- Presenta dolores frecuentes sin causa aparente
- Problemas alimenticios (niño muy glotón o con pérdida de apetito)

Fuente: <http://www.um.es/~facpsi/maltrato/>

Kurtz, Goudin, Woadarski y Howing (1993) y Kinard (1980) señalan como lesiones físicas graves en los niños las siguientes:

- Lipedema
- Luxación del cristalino
- Desprendimiento de retina
- Retinopatía de Purtscher
- Hemorragia subgaleal como consecuencia de tirones fuertes de los cabellos
- Marcas en diferentes partes del cuerpo
- Mordiscos
- Lesiones genitales
- Ruptura de la boca en el caso de que al menor se le obligue a ingerir alimento
- Deshidratación hipermatrémica debido a la privación prolongada de agua
- Intoxicación por barbitúricos
- Introducción de agujas hipotérmicas en el tejido celular subcutáneo

Las secuelas en el desarrollo cognoscitivo y emocional también son graves. Las disfunciones en la percepción y conceptualización no sólo se manifiestan en problemas de aprendizaje escolar, sino que interfieren también en las representaciones mentales del niño sobre sí mismo, sus padres y otras personas. Estas representaciones que el niño desarrolla a través de los primeros tres años de vida, son responsables del sentido de realidad, del sentido de causalidad, de su concepción sobre el presente, el pasado y el espacio, concepciones que ayudan al desarrollo de las funciones de aprendizaje. En el desarrollo normal, el niño logra percibirse como un ser individual en relación con otros que le rodean, pero perfectamente diferenciado de ellos. Asimismo el niño logra diferenciar los fenómenos que ocurren en su exterior de los originados en su interior. Esta diferenciación depende de la integridad del S.N.C., por lo que se ve seriamente afectada en el menor golpeado, quien al desarrollar conceptualizaciones defectuosas de la realidad, distorsiona la relación con los demás y no logra una adaptación

funcional en su medio ambiente (Mercado, 1991). Marcovich (1981) indica que además de las consecuencias derivadas del daño cerebral a causa del maltrato, se encuentran las que se producen por la distorsión de la relación materno-infantil.

Los niños que han sufrido algún tipo de maltrato, terminan por aceptar la imagen que sus padres tienen de ellos, se convencen de que son "malos" y de que merecen lo que están recibiendo. Posteriormente, la actitud de estos individuos frente a la sociedad es de desconfianza, recelo, hostilidad y venganza, por lo que tienden a vivir probándose a sí mismos que no son aceptados por la sociedad, lo que justifica su hostilidad hacia los demás (Mercado, 1991).

Los preadolescentes que han sido abusados pueden exhibir:

- Pobre auto-imagen
- Reactuación del acto sexual
- Incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros
- Conducta agresiva, problemas de disciplina y, a veces, comportamiento ilegal
- Coraje y rabia
- Comportamiento auto-destructivo o auto-abusivo, pensamientos suicidas
- Pasividad y comportamiento retraído
- Miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas
- Ansiedad y miedos
- Problemas en la escuela o fracaso escolar
- Sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión
- Visiones de experiencias ya vividas y pesadillas
- Abuso de drogas o de alcohol

Fuente: <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/chldabus.htm>

PREADOLESCENCIA

Cualquiera que sea su campo de estudio, todos los psicólogos se han ocupado alguna vez del desarrollo. Los que estudiaban al adulto empezaron a darse cuenta de que el comportamiento de sus sujetos no siempre era resultado de acontecimientos del día anterior o de la semana pasada. En realidad, toda la vida del sujeto es una preparación, en cierto modo, para determinada conducta. De ahí que los psicólogos que deseaban conocer más a fondo la percepción comprendieran que el estudio de este proceso ha de iniciarse con los lactantes. Otros, a quienes interesaba la actividad cognoscitiva del adulto, empezaron a analizar los orígenes de los diversos estilos del pensamiento en la niñez. Los teóricos del aprendizaje social hicieron lo mismo, llevados por la convicción de que la historia de reforzamiento del individuo y las oportunidades de modelación a partir del nacimiento repercuten en los patrones conductuales de la edad adulta.

El desarrollo es un proceso permanente que termina con la muerte y que no se limita al crecimiento físico ni a los cambios cognoscitivos propios de la niñez y la adolescencia. En el desarrollo no solo intervienen procesos biológicos relacionados con la edad y procesos de socialización, sino también los acontecimientos que ocurren en la vida del sujeto y los episodios únicos que configuran la experiencia personal. A lo largo de la existencia humana las diversas conductas de desarrollo surgen periódicamente, se transforman o se eliminan (Alfaro, Del Angel, Espinosa, Medrán, Perez, Sánchez y Serrato, 1998).

Al ir creciendo, algunas conductas no sólo aparecen en cierto orden, sino también en agrupamientos específicos. A estos agrupamientos se les da el nombre de etapas del desarrollo. La noción de etapa supone que las destrezas adquiridas en una fase o etapa son estructuras indispensables para obtener el nuevo conjunto de habilidades típicas de la siguiente. Por ejemplo, la capacidad de caminar aparece antes que la de correr. La teoría de las etapas también sostiene que la conducta permanece estable después que se alcanza la etapa siguiente, hasta que se presenta una conducta que indica la aparición de otra etapa (Smith, Sarason y Sarason, 1984).

Se conoce como preadolescencia a la etapa de la vida que va de los nueve a los doce años; es a partir de los siete u ocho años que el niño comienza a experimentar ciertos cambios que marcan un giro decisivo en su desarrollo, es el comienzo de una nueva fase que va a conducir hasta el inicio de la pubertad cerca de los doce años (Reymond-Rivier, 1986). Por su parte De la Fuente (1996) menciona que la pubertad o preadolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 14 años, así mismo dice que el término hace alusión a la aparición de vello en el pubis, un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

El niño de nueve años ya no es simplemente un niño, tampoco es un adolescente. Es una edad intermedia, en la zona ubicada entre el jardín de infantes y la adolescencia de la escuela secundaria, en la cual el niño demuestra mayor autodeterminación y autocrítica. Existe una voluntad creciente de control y de dominio (Gesell, 1967; Osterrieth, 1974).

Los diez años ocupan una posición interesante y altamente significativa en el conjunto del desarrollo humano. Esta edad marca la culminación de una década de desarrollo básico iniciado en el período prenatal. Una década de edad adolescente se abre ahora ante sus ojos. Simboliza el crecimiento hacia la madurez adulta. Los niños de esta edad se caracterizan por su equilibrio, su adaptación y por su gran capacidad de interacción con su medio (Gesell, 1967; Osterrieth, 1974).

A los once años se presentan las primeras manifestaciones de la adolescencia, tanto por las transformaciones intelectuales y físicas como por cierta inquietud y agitación que aparece. Posteriormente a la edad de doce años el niño siente predominantemente interés por sí mismo; aparecen modos de pensamiento, de sentimiento y de acción que señalan el espíritu adulto (Osterrieth, 1974).

Las características más notables de este periodo del desarrollo, son las profundas transformaciones fisiológicas que afectan al niño tanto en su configuración corporal como en el proceso de su maduración sexual. Estas incluyen transformaciones psíquicas tales como el cambio de actitud del infante frente a su propio cuerpo (modificación en la percepción de su esquema corporal, en las actitudes hacia su propia imagen, modificación de su yo, etc.), así como la transformación de las actitudes del ambiente hacia el individuo transformado físicamente; actitud que, al mismo tiempo, repercute secundariamente en la representación que tiene de sí mismo (Moraleda, 1999).

Existen diferentes teorías que explican el desarrollo del individuo, como son: la teoría psicoanalítica, la psicosocial y la psicogenética, las cuales describen la evolución del sujeto de manera jerárquica, por que consideran que la adquisición de habilidades en etapas anteriores son fundamentales para el desarrollo de nuevas habilidades. Otras teorías plantean el desarrollo en función a la interacción que tiene el individuo con su ambiente, entre ellas se encuentran la del aprendizaje social, la del condicionamiento y la humanista (Newman, 1985).

La visión psicodinámica del desarrollo nace con las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud, la cual fue ampliada por su hija Anna Freud, Erik Erikson y otros. Freud sostuvo que la personalidad del adulto está determinada por episodios o experiencias que tuvieron lugar mientras el individuo pasa por las etapas psicosexuales fundamentales, particularmente en los primeros cinco o seis años de vida. Cualquier problema que surja durante esta progresión puede ocasionar problemas en las relaciones psicosociales de los años posteriores. La teoría psicoanalítica de Freud influyó en los métodos de crianza del niño durante gran parte del siglo XX (Cadena, 2002; Cruz y Estrada, 2001; Erikson, 1963).

Etapas del desarrollo de la personalidad infantil propuestas por Sigmund Freud en 1905 (citado en Cadena, 2002, p. 66):

- *Fase oral (0-1 año)*. En esta etapa la actividad sexual no está separada de la absorción de los alimentos y puede presentarse con una oralidad pasiva (succión

placentera preambivalente) y/o con una oralidad sádica (morder, ambivalencia pulsional).

- *Fase sádico-anal (1-3 años)*. Organizada en torno a la retención/evacuación anal y se divide a su vez en fase pasiva erótica (placer de evacuación, regalos) y fase activa sádica (control y destrucción).
- *Fase fálica (4-5 años)*. Esta fase se presenta con ciertas características como la manipulación de genitales, la no distinción de lo masculino-femenino y el complejo de Edipo.
- *Período de latencia (6-10 años)*. Desde la articulación del complejo de Edipo hasta la aparición de la pubertad, en el cual no sucede una reorganización específica de la personalidad.

En la perspectiva de Erik Erikson (1963) el período de desarrollo se alarga bastante más. Destacó la importancia de identificar las etapas del desarrollo social a lo largo de las etapas de la vida y no sólo en la niñez. Como los teóricos de tendencia biológica, el psicoanalista ve en el desarrollo humano un proceso de desenvolvimiento y maduración, pero pone de relieve la importancia de los factores ambientales, pues supone que las primeras relaciones con otros son decisivas en el resultado del desarrollo. Erikson (1963), retoma las etapas propuestas por Freud pero extendiéndolas a todo el ciclo vital y desplazando la sexualidad por la identidad como núcleo de la personalidad adolescente describiendo de esta forma ocho etapas (citado en Cadena, 2002, p. 68):

- Confianza-desconfianza (*fase oral*).
- Autonomía-vergüenza y duda (*fase anal*).
- Iniciativa-culpa (*fase fálica*).
- Laboriosidad-inferioridad (*período de latencia*).
- Identidad-difusión de la identidad (*fase genital*).
- Intimidad-aislamiento (*adolescencia*).
- Fecundidad-estancamiento (*adulthood*).
- Integridad del yo-desesperación (*vejez*).

El punto de vista cognoscitivo goza de gran aceptación entre varios psicólogos. Jean Piaget fue su partidario más conocido: en su obra se destaca el desarrollo del individuo. Piaget dedicó la mayor parte de su obra al desarrollo del pensamiento, más que al de las emociones o de la personalidad. Sus experimentos relativos al pensamiento y a la solución de problemas dio origen a un enfoque teórico, que en la época de su formulación no despertó interés, pero que en la actualidad es una fuente primaria de ideas experimentales (Alfaro, et. al; 1998). Piaget (citado en Cadena, 2002, p. 67) describe cuatro estadios sucesivos del desarrollo cognitivo:

- *Motor (0-2 años)*. Sobre la base de reglas motrices individuales y ritualizadas.
- *Egocentrista (2-5 años)*. en el que el niño utiliza las reglas del exterior para sus propios intereses.
- *Cooperación naciente (7-8 años)*. Donde hay un acuerdo con los demás experimentando en ello un placer social.

- *Codificación de las reglas (11-12 años)*. Las reglas tienen un estatuto social compartido.

Watson (citado en Craig, 1994) fue uno de los primeros psicólogos en aplicar conceptos tomados del aprendizaje, al estudio del desarrollo del niño; el enfoque conductista difiere del psicosocial y del cognitivo por que insiste en que toda conducta se ajusta a las leyes del aprendizaje. El desarrollo es, pues, resultado de las experiencias del aprendizaje y no de procesos internos. Esta concepción ha tenido profundo influjo sobre el pensamiento psicológico y pedagógico, así como sobre la política social de Estados Unidos y de otros países. Tanto los trabajos dedicados al condicionamiento clásico como los referentes al condicionamiento operante y al aprendizaje observacional demuestran que el aprendizaje afecta de manera importante al individuo a lo largo de las diversas etapas de su vida, incluso a través de la infancia, estadio en el cual sus efectos fueron subestimados largos años (Craig, 1994).

Bandura, teórico del aprendizaje social, aplica sus ideas sobre el aprendizaje observacional a muchas de las conductas que el niño adquiere en los primeros años de vida. Conforme a esta perspectiva, cuando un niño ha aprendido ya una nueva conducta mediante observación, la frecuencia de aparición de esa conducta en el niño dependerá de los refuerzos que le suministren. Si dar las gracias es un acto ante el cual los demás sonríen, asienten con la cabeza, le dan una palmadita de cariño y otros tipos de refuerzo social, el niño habrá de llegar a ser un adulto cortés. Pero si las palabras de agradecimiento producen un gruñido de enfado, pronto desaparecerán del vocabulario del pequeño (Newman, 1985; Bandura, 1978).

El enfoque humanista existencial se ocupa principalmente de cuestiones referentes al significado de la existencia, de la vida y de la muerte. Los teóricos proponen que el ser humano es espontáneo, autodeterminante y creativo, algo más que la suma de las partes y que un conjunto de patrones de estímulo respuesta e instintos animales. Sostienen que el individuo puede tomar decisiones en relación a su vida buscando como meta la autorrealización (Craig, 1994).

Maslow considera que las necesidades humanas difieren en su orden de prioridad, desarrolló una pirámide jerárquica en la cual sitúa a las necesidades fisiológicas como el hambre y la sed en la base, seguidas de las necesidades de seguridad, las de posesión y amor, las de estima, las cognoscitivas, las estéticas y en la cima se encuentran las necesidades de autoactualización. A medida que se satisfacen las necesidades más básicas el individuo se siente motivado para atender las del peldaño siguiente. Dicho autor describe la autorrealización como un impulso interno y como el desarrollo de necesidades internas y expresivas por las cuales el hombre busca un mayor conocimiento de si mismo y del mundo (Papalia y Wendkos, 1993).

Rogers por su parte sostuvo que el núcleo de la naturaleza humana está constituida por impulsos positivos, sanos y constructivos que entran en juego desde el momento del nacimiento, él también se ocupa del desarrollo pleno de las capacidades humanas (Craig, 1994). Además de los mencionados, existen varios pensadores quienes

aportaron sus estudios acerca de las etapas del desarrollo hablando entre ellas acerca de la preadolescencia, entre ellos:

- ❖ Selman (1980), quien propone cuatro etapas, en referencia a la capacidad de los niños de verbalizar sus puntos de vista y su comprensión de otros.
- ❖ El pensamiento de G. S. Hall quien elabora su teoría psicológica basada en el concepto Darwiniano de evolución biológica en donde señala cuatro fases antes de llegar a la adultez, la infancia, la niñez, la juventud y finalmente la adolescencia (citado en Kaplan, 1986).
- ❖ Harrocks (1986) considera que son seis las principales cuestiones que caracterizan a los años de desarrollo de la adolescencia y la pubertad.
- ❖ Gesell (citado en Cadena, 2002, p. 68) quien aporta siete fases en su intento por describir la adolescencia, mencionando en la primera de ellas a la preadolescencia.
 - 10 años. Equilibrio individual y familiar, sociabilidad ligada al propio sexo, descuido de los hábitos higiénicos y de vestido. Preadolescencia.
 - 11 años. Pubescencia (cambio fisiológico notable), impulsividad y estado emocional ambivalente, rebelión contra los padres y malhumor con los hermanos
 - 12 años. Desaparición de las primeras turbulencias, sociabilidad y responsabilidad, independencia familiar y adscripción al grupo de pares, incipiente idealismo afectivo.
 - 13 años. Retraimiento e introversión, autocrítica e idealismo, cambio de voz, inestabilidad emocional.
 - 14 años. Extraversión y expansividad, autoafirmación de la personalidad, identificación con héroes y líderes, alta autoestima.
 - 15 años. Transición (época delicada de maduración), independencia frente a la familia o la escuela, intransigencia al control exterior, depresión y posibles desviaciones conductuales.
 - 16 años. Adolescencia media y preadultez, equilibrio y adaptación social, orientación hacia el futuro (pareja y trabajo), compañerismo de grupo.

Mientras que la adolescencia es un proceso biológico, psicológico y sociocultural, la pubertad o preadolescencia se caracteriza por las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital que precederá a la adolescencia propiamente dicha (De la Fuente, 1996).

2.1 DESARROLLO FÍSICO Y FISIOLÓGICO

El desarrollo físico y fisiológico influye en la personalidad del preadolescente, ya que los muchachos presentan un interés especial en su apariencia física; a los jóvenes principalmente les preocupa su estatura, es decir, quieren ser altos, de hombros anchos, mientras que las niñas quieren ser delgadas pero con busto, muslos y pantorrillas bien contorneadas. Cualquier cosa que haga pensar a un muchacho que parece femenino como por ejemplo escasa barba o sin ella, le resultará molesto, así como para las muchachas una apariencia masculina ya sea un cuerpo grande o vello facial. Para ambos sexos se ve como una necesidad lucir o tener la misma apariencia que la mayoría (Nava, 2001).

Los cambios corporales que tienen los niños durante la preadolescencia son graduales y constantes, lo que permite que el niño alcance nuevas habilidades motoras gruesas y finas. El dominio que adquiere sobre su cuerpo durante este periodo le produce sentimientos de capacidad y de autoestima, los cuales son indispensables para una buena salud mental (Craig, 1994).

Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas como lo es el aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor, pero en su mayor parte son propios de cada sexo (Craig, 1994). La maduración no empieza a una edad estrictamente fija, ya que ésta condicionada por varios factores, como son la raza, el clima, la calidad de la alimentación, las condiciones socioeconómicas, etc. Los hombres y mujeres maduran a diferente ritmo: las mujeres empiezan a desarrollarse dos años antes que los hombres. El ritmo rápido de crecimiento y la tasa de crecimiento que alcanza su punto máximo en las mujeres es a los 12 años y en los hombres es a los 14 años (Tanner, 1971, citado en Grinder, 1987). Los huesos y músculos están en pleno desarrollo, desencadenado por las hormonas, pero a diferentes partes del cuerpo crecen a un ritmo distinto, por ejemplo, las extremidades (manos, pies, y cabeza) son las primeras en alcanzar el tamaño del adulto. En cuanto al ritmo de crecimiento, las piernas son las primeras en llegar a su máximo desarrollo, luego se comienza a ensanchar el cuerpo y los hombros.

Los preadolescentes o niños en edad escolar, en comparación con los preescolares, son mucho más altos y delgados; la mayoría son bastante flacos, aunque, por lo general, las niñas conservan más tejido adiposo que los niños, dicha característica suele continuar a lo largo de la edad adulta. Los niños negros son un poco más grandes que los blancos. Existe muy poca diferencia en peso y estatura entre niños y niñas pequeños, aunque por lo común los niños son ligeramente más pesados y más altos. Sin embargo el crecimiento repentino puberal se produce en las niñas antes que en los niños y por lo tanto tienden a ser más altas (Papalia, 1990).

Las características físicas son en gran medida debidas a una determinación genética, principalmente la estatura y el crecimiento en longitud, las medidas transversales como la forma del cuerpo y el desarrollo muscular tienen una influencia genética menor. El desarrollo físico también está ligado a factores ambientales, como la clase social y el lugar de residencia. Se ha probado también el efecto de las influencias de algunas variables familiares, como rango según el nacimiento, número de miembros y regulación de la autoridad, así como diversos acontecimientos de la vida embrionaria y perinatal (Bruchon-Schweitzer, 1992, citado en Cruz y Estrada, 2001).

Durante los años preadolescentes los niños crecen cerca de 5 a 7.5 cm y aumentan de 2.5 a 3.5 kg de peso por año. Los cambios en estatura y peso no son paralelos entre niños y niñas; aproximadamente a los nueve años la diferencia de estatura entre ambos sexos no es muy significativa, pero después de esta edad las niñas comienzan a crecer un poco más rápido que los hombres pero se rezagan en cuanto a peso. Entre los nueve y los doce años las niñas suelen adquirir estatura a un ritmo más rápido y los niños alcanzan este ritmo de crecimiento entre los once y los catorce años (Mussen, 1965; Papalia y Wendkos, 1992).

Séller (citado en Pedroza, 1976) plantea que el crecimiento psicofísico durante la niñez sufre dos transformaciones; la primera aparece entre los cinco años y finales de los seis, lo que indica el final de la infancia y el comienzo de la edad escolar. La segunda transformación corresponde al periodo de la preadolescencia por que marca el término de la niñez y la preparación para el inicio de la adolescencia. Durante esta segunda transformación la fuerza física se duplica y hay un mayor desarrollo en las capacidades psicomotrices, el deporte sustituye los juegos infantiles, hay independencia de las extremidades de un lado del cuerpo respecto a las del otro, y de las extremidades superiores e inferiores; existe autonomía funcional de las distintas zonas corporales y dirección motriz de cada una de ellas.

DESARROLLO MOTOR

Papalia (1990) menciona que durante la niñez media, los niños afinan sus habilidades motoras y se vuelven más independientes. Con las oportunidades de instrucción adecuadas, aprenden a andar en bicicleta, saltar la cuerda, nadar, tirar a la canasta, bailar, escribir y tocar instrumentos musicales, por medio del progreso de las capacidades físicas y de coordinación, se vuelven importantes los deportes de equipo, como el fútbol y el béisbol.

A la edad de 9 y 10 años, los niños son capaces de lanzar una pelota de béisbol a 20 mts. Las niñas pueden saltar verticalmente, en promedio, a una altura de 20 cm. y los niños, a una de 25 cm. niños y niñas pueden analizar e interpretar la ruta de pequeñas bolas lanzadas desde una distancia determinada.

Para los 11 y 12 años, el niño puede lanzar una pelota de béisbol a unos 30 m. la precisión en el lanzamiento mejora. Los niños pueden hacer saltos seguidos de 1.5 m, mientras que las niñas lo hacen 15 cm menos. Es posible que realicen saltos altos de 90 cm (Craig, 1997; p.p. 333-335).

La escritura, que forma parte del desarrollo motriz fino, durante la preadolescencia es más pequeña, neta, inclinada y muestra el comienzo de un estilo individual, el cual aparece al escribir el nombre del niño. Las letras tienen buenas proporciones. La escritura de las niñas es más pequeña, más limpia y con una inclinación más uniforme (Craig, 1997).

La maduración juega un papel importante en el desarrollo de las habilidades motoras, sin embargo, expresa que la cultura influye en su mantenimiento. El hecho de que los niños y las niñas sean tan semejantes en la mayor parte de las evaluaciones físicas y particularmente en correr y saltar, significa que no hay razón para separarlos en clases de educación física, por lo menos en los cursos de primaria. El hecho de que las habilidades físicas de las niñas se deterioren o dejen de incrementarse después de la pubertad indica la necesidad de insistir en las actividades físicas de las adolescentes. La importancia de la maduración en el desarrollo de diversas habilidades motoras hace ver el problema de colocar a niños de la misma edad cronológica, pero de distintos niveles de maduración, en equipos opuestos (Papalia, 1990).

De acuerdo con Moraleda (1999; p.183), la evolución de los cambios fisiológicos se distingue en tres períodos: el primero o prepubertario, el puberiano y el tercero y último postpubertario. *El primer período* se caracteriza por una actividad de crecimiento, así como por la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios, en particular la aparición del vello pubiano y axilar. La transpiración axilar aumenta en los dos sexos. En el comienzo de este período se produce en el chico un crecimiento más rápido de los testículos y del pene; y en la chica, el comienzo del desarrollo de los senos. En el *segundo período* puberiano, el crecimiento se aminora. Los caracteres sexuales primarios se desarrollan: es la época de la menarquía (primera menstruación de la chica) y de la primera eyaculación (o polución nocturna en los chicos). En esta época se producen los grandes cambios de voz. En el *tercer y último período*, las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y funcionamiento completo. Este período vendrá a extenderse, más bien dentro de la adolescencia.

Al parecer las transformaciones fisiológicas y funcionales de la preadolescencia se deben en gran parte a que son activadas y controladas por las glándulas endocrinas, en particular la hipófisis, la cual se encuentra en la base del cerebro y que es estimulada por el hipotálamo, que es el centro regulador del cerebro, esta produce dos tipos de hormonas estrechamente relacionadas con el crecimiento y las transformaciones fisiológicas: las hormonas metabólicas, entre las que se encuentra, la somatotropa, que constituye un factor muy importante en el crecimiento de los individuos, y las gonadotrópicas, que estimulan la maduración de las glándulas sexuales (testículos en los varones y ovarios en las hembras) y de las suprarrenales (Tanner, 1962; citado en Moraleda, 1999).

Son dos cosas las de mayor importancia en la acción hormonal: la aparición de caracteres sexuales secundarios y la maduración de las células sexuales. Los caracteres sexuales primarios son los aparatos reproductores, formados durante la gestación, mientras que los secundarios sólo aparecerán iniciada la maduración sexual.

DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS SEXUALES PRIMARIOS

En el hombre este tipo de órganos son tanto externos como internos. Los externos son el pene y los testículos, mientras que los internos son los conductos deferentes y los órganos anexos como la próstata y la uretra. La primera aceleración en el crecimiento de los órganos sexuales masculinos se inicia en la preadolescencia antes de que pueda advertirse la aparición de los órganos sexuales secundarios, el pene crece en longitud y circunferencia y los testículos aumentan su tamaño y se tornan menos firmes debido al aumento de fluidos testiculares y alteraciones en los tubos espermatógenos. Posteriormente a esta primera aceleración, ya en la pubertad, crece en el adolescente la próstata, las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales que elaboran el fluido seminal. Para lealmente a este crecimiento, sigue desarrollándose el pene, que es capaz de erección no sólo en respuesta a una estimulación local, sino ante pensamientos y sensaciones sexualmente provocativos. Es el momento en que el adolescente comienza a tener sus primeras eyaculaciones espontáneas o inducidas.

Este momento de la eyaculación está en cierta manera determinado tanto cultural como biológicamente; por lo general se da aproximadamente un año después del crecimiento acelerado del pene. Es en este momento en que el preadolescente es habitualmente estéril; solo después de uno o tres años progresará la espermatogénesis lo suficiente como para que aparezca en la eyaculación una cantidad de espermatozoides móviles adecuados para la fertilidad (Moraleda, 1999; p.185).

Asimismo menciona que los órganos sexuales femeninos se encuentran en su mayor parte dentro del organismo. Menciona que los más importantes en la mujer son los ovarios, los cuales dan origen a los óvulos. Dice que en los años de la pubertad, la dilatación de los ovarios, que se encuentran en la concavidad denominada fosa ovárica a ambos lados de las paredes de la pelvis, puede provocar un aumento en el tamaño del abdomen. En la pubertad como consecuencia de la dilatación del útero y de los cambios cíclicos en el endometrio, comienza la menstruación o pérdida periódica de sangre que se produce con mayor o menor regularidad cada mes lunar; de ahí el nombre de menstruación. Al comienzo, los períodos menstruales no son acompañados por la ovulación; de manera que la chica, en la primera parte de la adolescencia es estéril. La ovulación o capacidad de concebir aparece entre uno o tres años después.

DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS SEXUALES SECUNDARIOS

La aparición de los caracteres sexuales secundarios es paralela al crecimiento de los órganos sexuales primarios. No todos los caracteres sexuales secundarios son los mismos para el chico y la chica. Tampoco se desarrollan al mismo ritmo ni alcanzan su madurez a la misma edad. El cambio de voz y la falta de control sobre ella, provoca en los preadolescentes incomodidad. En la mujer, el carácter más visible entre los caracteres sexuales secundarios es, el crecimiento de los senos; aparece entre los 11-14 años y normalmente tardan en desarrollarse unos tres años (Moraleda, 1999).

Beltrán (1993), manifiesta que en la mujer los caracteres sexuales secundarios son: el desarrollo de glándulas mamarias, la distribución de grasa en piernas y caderas y la aparición de vello axilar y púbico. Y en el hombre es: la aparición de pelo en la cara, tronco, brazos y piernas, el cambio de voz (voz ronca), la aparición de vello axilar y púbico y el aumento en el grosor de los músculos de espalda y hombros.

En resumen, a la edad de nueve años, el niño adquiere mayor conciencia de sí mismo, se interesa en sus propios órganos y funciones, no presta atención a los cambios que le ocurren al sexo opuesto. Las niñas ya han recibido información respecto de la menstruación. Es más hábil en su comportamiento motor, por lo que hay un mejor dominio en las actividades físicas que realiza y surge el interés por los juegos de competencia. La coordinación motriz, ojos y manos están bien diferenciados. El niño puede usar las manos, por lo general, independientemente una de otra. También los dedos muestran una nueva diferenciación. Es capaz de adoptar posturas que antes no solía hacer. presenta mayor dominio sobre las conductas de ingesta y alimentación (Gesell, 1967 y 1971).

Al iniciar los diez años niñas y varones están al mismo nivel en cuanto a tamaño y madurez sexual. Ellas empiezan a presentar los primeros signos de la futura adolescencia, atraviesan por un proceso de ligero ablandamiento y redondeamiento especialmente en las caderas. En el pecho hay una ligera proyección de los pezones. La cintura se destaca más y la mayoría de las niñas inician un acelerado crecimiento de altura y algunas presentan un ligero vello en el pubis; pocas comienzan a menstruar. Con respecto al varón parece no haber cambiado en cuanto a su constitución física. Se presentan algunos cambios sutiles, un aspecto más vigoroso, redondeamiento del contorno corporal, aún no hay rasgos visibles de maduración sexual, a excepción de algunos niños (Gesell, 1967).

A los once años las niñas exhiben marcadas variaciones individuales en el desarrollo sexual. Casi todas presentan vello en la región del pubis. El área pelviana se ensancha, hay una disminución en la cintura que le permite adquirir la silueta femenina clásica. La niña ha alcanzado el 90% de su estatura adulta y el 50% del peso común a los 21 años. Continúa el desarrollo de los pechos y los pezones. Todas han alcanzado un conocimiento sobre la menstruación pero son pocas las que han menstruado. Son muy pocos los varones que presentan signos exteriores de madurez. Algunos han empezado a dar un acelerado crecimiento de la estatura. Han alcanzado el 80% de la estatura adulta y menos de la mitad del peso correspondiente a los veintiún años. Hay crecimiento evidente en la estructura ósea, que se observa en el área pectoral, como lo son hombros y costillas. El desarrollo genital se ha presentado en niños de crecimiento más acelerado. Algunos presentan vello en el pubis. Se producen erecciones con cierta frecuencia. Se conoce la masturbación y se experimenta en forma casual y deliberada quizá por la mitad de los niños (Gesell, 1967).

A la edad de doce años la mayor parte de las niñas muestran un crecimiento más rápido tanto en altura como en peso. Se observa un rellenamiento definido y obscurecimiento de los pezones. Hay cierto desarrollo del vello axilar. Se presenta comúnmente la menarquía, los períodos iniciales son generalmente de flujo escaso y de aparición irregular. En los varones se acentúa la diferencia entre los que están más y menos avanzados en el crecimiento físico. En muchos se observa mayor crecimiento tanto del pene como del escroto. Comienza a surgir vello largo en la base del pene. La masturbación forma parte habitual del conocimiento o experimentación de los niños de doce años y es practicada frecuentemente sin compañía o en grupos (Gesell, 1967).

Los preadolescentes pueden ser en exceso intolerantes con el tipo de cuerpo que posean (ya sea por ser demasiado gordo o flaco). Los medios de comunicación masiva manipulan esa tendencia a la intolerancia vendiéndonos imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que viven su juventud sin barro, frenos, torpezas ni problemas de peso. Muchos jóvenes preocupados por su apariencia física encuentran una discrepancia entre su autoimagen no tan perfecta y los ideales de belleza y armonía a su alrededor, causando ansiedad y dudas sobre su persona (Papalia y Olds, 1995).

2.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO

Junto con las transformaciones físicas y fisiológicas, la preadolescencia se caracteriza también por cambios de naturaleza cognoscitiva, como el paso progresivo del pensamiento concreto al formal (Moraleda, 1999).

El desarrollo cognoscitivo (Anjuria, 1980), es el proceso a través del cual el individuo conoce el mundo que le rodea. Es la manera en que va evolucionando el pensamiento. Esto se observa en la forma de solucionar problemas, las estrategias que se emplean, el uso de la información. Algunos de los factores generales que intervienen en la evolución mental son: la maduración, la experiencia o la acción sobre los objetos y la transmisión social o la educación. La maduración es el proceso en el que el sistema nervioso va coordinando sus estructuras y funciones. Es importante por que en la medida en que avanza, abre nuevas y más amplias posibilidades de efectuar acciones y adquirir conocimientos. La experiencia consiste en la exploración o manipulación de objetos. Aplicar sobre ellos distintas acciones (separar, desplazar), el niño descubre no solamente sus características y cómo se comporta ante las acciones que él les aplica, sino también establece relaciones lógicas que no están en los objetos mismos, sino en la actividad intelectual del niño (clasificar, poner en correspondencia). La transmisión social o educación se refiere a la información que el niño recibe de sus padres, de otros niños, de los medios de comunicación, de la escuela y del medio social y cultural en que se desenvuelve.

La capacidad para ir pasando de un nivel de pensamiento a otro, se transforma en verdadera capacidad cognoscitiva, si existe ambiente rico en experiencias y situaciones en donde hay interacciones personales y planteamiento de problemas que se deben solucionar y exigen la búsqueda de respuestas. Los teóricos cognoscitivistas, al estudiar las respuestas de los niños ante ciertas tareas, encontraron patrones comunes de comportamiento intelectual que se agruparon en diferentes niveles de pensamiento: sensoriomotriz, preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales.

En cada etapa el niño conoce el mundo de distinto modo y usa mecanismos internos diferentes para organizarse; al mismo tiempo de las capacidades adquiridas anteriormente se retoman para integrarse en el siguiente período. Si bien los modos característicos de pensamiento de cada período son aplicables a todos los seres humanos independientemente de la cultura a la que pertenezcan, es el medio físico y social lo que permite y obstaculiza el grado de desarrollo que se alcance (Mata, 2002).

De acuerdo con Piaget los niños entre siete y once años se encuentran en la etapa del desarrollo cognoscitivo de las operaciones concretas, en la cual se alcanza un nuevo nivel de pensamiento denominado operacional que se refiere a la capacidad mental de ordenar y relacionar la experiencia como un todo organizado (Maier, 1979). A partir de los siete u ocho años se comienza a construir la lógica a consecuencia de una serie de sistema de conjuntos que transforman las situaciones en operaciones de todas clases. Una operación hace referencia a "un acto representacional que es parte integral de una trama organizada de actos conectados entre sí" (Flavell citado en Cruz y Estrada, 2001; p. 44).

La forma de pensar del niño está caracterizada por la habilidad de aplicar principios lógicos a situaciones reales. En esta etapa son más lógicos y menos egocéntricos; utilizan operaciones mentales internas para resolver problemas situados en el aquí y ahora. Sin embargo, en esta etapa todavía están limitados a situaciones reales presentes, aún no pueden pensar en términos abstractos o hipotéticos sobre lo que podría ser en lugar de lo que es (Craig, 1994).

El pensamiento de los niños escolares es notoriamente más maduro que el de los niños más pequeños; aunque, no es tan sofisticado o complejo como el de los adolescentes. Existe inmadurez en los niños con respecto a la realidad, la casualidad y la conservación (Papalia, 1990).

Piaget, en 1955 (citado en Papalia 1990) propone tres conceptos, *el realismo*, *el animismo* y *el artificialismo*, caracterizando su pensamiento en tres estadios.

- Se le llama *realismo* a aquellas confusiones que se presentan en los niños cuando no saben distinguir entre sucesos psicológicos con la realidad objetiva y consideran los nombres, las imágenes, los pensamientos y sentimientos como entidades reales.

-1^{er} estadio (comienza a los cinco o seis años). Los niños consideran los nombres de las cosas tan reales e inmutables como las cosas mismas. Para los niños en este estadio "una rosa con otro nombre" no sólo no olería tan agradablemente, sino que ni siquiera podría existir.

En este estadio, los niños creen que sus sueños vienen de fuera y se desarrollan dentro de la habitación. Sueñan con sus ojos y son capaces de "ver" lo que sueñan. Debido a su confusión entre leyes morales y leyes físicas, creen que los sueños desagradables constituyen un castigo por su mal comportamiento.

-2^{do} estadio (comenzando a los siete u ocho años). Ahora los niños piensan que los sueños tienen su origen en la cabeza, en el pensamiento, en la voz, pero que están en la habitación, al frente de ellos. Reconocen que son irreales, pero todavía los consideran como imágenes fuera de la persona, las cuales se ven con los ojos.

-3^{er} estadio (comenzando hacia los nueve o diez años). Ahora los niños se dan cuenta de que los nombres de los objetos han sido dados por las personas y que los sueños son productos del pensamiento, que se dan dentro de la persona.

- *Animismo*, es al tendencia egocéntrica de los niños pequeños, a dotar objetos inanimados de vida consciente —como la de ellos—. A medida que maduran, los niños tienden cada vez menos a atribuir vida a objetos inanimados. Finalmente, llegan a un punto en el cual consideran que los animales y las plantas son las únicas cosas vivas que hay en un universo.

- 1^{er} estadio (hasta aproximadamente los seis o siete años). Para los niños cualquier cosa que se use en cualquier forma tiene vida (incluyendo un plato, en el cual comen las personas).

- 2^{do} estadio (hasta aproximadamente los ocho o nueve años). Cualquier cosa que se mueve o puede ser movida, está viva (como por ejemplo un coche o una bicicleta).

- **3^{er} estadio** (hasta los once o doce años). Las cosas que se mueven espontáneamente están vivas (como el sol, el viento o un río); aquellas que requieren un agente externo para moverse (como un motor), no lo están.

- **Artificialismo.** Los niños egocéntricos se consideran a sí mismos como el centro del universo. Sienten que ellos u otros seres humanos han creado todas las cosas en el mundo. Las personas han hecho el sol, la luna y las estrellas y las han colocado en el firmamento. Sólo atravesando los estadios, con la orientación adulta, los niños logran darse cuenta de que la actividad humana no está implicada en la creación de fenómenos naturales.

-**1^{er} estadio** (hasta los siete u ocho años). En este estadio de completo artificialismo, el niño explica la presencia del sol y de la luna como creación de agentes humanos o divinos.

-**2^{do} estadio.** (comienza hacia los ocho años). En este estadio de transición, el niño considera el origen del sistema solar en parte natural y en parte como artificial.

-**3^{er} estadio,** (comienza entre los nueve y los once años. Ahora el niño con la ayuda adulta se da cuenta de que la actividad humana no está implicada en la creación del sistema solar (citado en Papalia, 1990; p.p. 293-294).

Durante la preadolescencia poco a poco se sustituye el animismo y el artificialismo por la causalidad.

Un concepto fundamental para comprender el progreso cognoscitivo que experimenta el niño es la reversibilidad; ésta se refiere a “ la capacidad de vincular un hecho o pensamiento con un sistema total de partes interrelacionadas a fin de concebir el hecho o el pensamiento desde su comienzo hasta su final o desde su final hasta su comienzo” (Maier, 1979; p.145).

Las nociones de permanencia surgen a partir de los siete años por que aparece el concepto de conservación, el cual implica que los cambios externos que sufre un objeto no tiene efecto en la cantidad del mismo. Primero aparece la conservación de cantidad y de longitud, a los nueve años las de peso y entre los once y doce las de volumen. La noción racional de velocidad se elabora en conexión con el tiempo hacia aproximadamente los ocho años y también a esta edad empieza a construirse la idea de un espacio racional. La velocidad con que se desarrollan estos conceptos depende de la valoración que la cultura les proporciona (Piaget, 1981).

Casi al término de los once años la inteligencia del niño es más dinámica y original, su funcionamiento se hace más evidente para el observador y más consciente para el propio sujeto; desarrolla mayor capacidad de reflexión, comienza a valorar las ventajas y desventajas de una situación e intenta formular hipótesis (Osterrieth, 1974).

LENGUAJE

El lenguaje tiene un papel decisivo en la revolución intelectual de la niñez, ya que acelera la adquisición de nuevos conceptos y permite a los niños razonar con mayor rapidez y efectividad. La capacidad verbal continua avanzando, los niños son más capaces de interpretar la comunicación y de hacerse entender; la metacomunicación

(el conocimiento del proceso de comunicación) crece durante esta etapa. El lenguaje se convierte en una herramienta para clasificar y ordenar experiencias. Los niños comienzan a abstraer las reglas más generales del lenguaje que escuchan, y poco a poco añaden principios gramaticales más complejos. A los nueve años o posiblemente tiempo después se desarrolla una creciente y compleja comprensión de la sintaxis, es decir la forma en como se organizan las palabras para conformar frases u oraciones. El motivo por el cual el niño varía y amplía su lenguaje es por su deseo de ser comprendido tanto por los mayores como por sus pares (Newman, 1985; Papalia y Wendkos, 1993).

El lenguaje del preadolescente nos habla acerca de sus estados emocionales: si es feliz, si esta asustado, celosos o curioso. Es un termómetro de las reacciones emocionales, ya que indica si, desde el punto de vista emocional el niño está tranquilo o alterado. El lenguaje se desarrolla con rapidez en la infancia intermedia, éstos pueden comprender e interpretar mejor las comunicaciones, su vocabulario y habilidad para definir palabras crecen y están en mejor capacidad de comprenderse a sí mismos. Al principio, el lenguaje del niño suele acompañar a la actividad motora, así, al correr, jugar, comer y bañarse suele vocalizar, lo mismo en forma de gritos, gruñidos, ronquidos o palabras. Todo esto tiene una clara relación con lo que el niño hace, y es en realidad una forma de "pensar en voz alta" (Craig, 1997).

Muy poco del lenguaje del niño pequeño tiene carácter de conversación; más bien es un monólogo, un comentario continuado de sus propias acciones. El lenguaje de los niños se ha clasificado en dos categorías principales: lenguaje egocéntrico y lenguaje socializado. En el primero el niño habla por su propio placer o por un placer de asociarse con alguien que por casualidad esté presente. No hay intento de intercambiar ideas ni de considerar el punto de vista de la otra persona. El lenguaje egocéntrico es así una "seudo conversación", una forma de monólogo colectivo, que deriva de las limitaciones intelectuales del niño y de su incapacidad de analizar su propio proceso de pensamiento y de comprobar las conclusiones que deduce. El lenguaje socializado se produce cuando se establecen contactos sociales entre el niño y su medio social. Se subdivide en: información adaptada en la que cambian pensamientos e ideas o se persigue un objetivo común; críticas, en las que figuran las observaciones del niño sobre el trabajo o la conducta de los demás, especificadas en relación con un auditorio; ordenes, exigencias y amenazas; preguntas y respuestas a preguntas verdaderas. Si el lenguaje egocéntrico puede ser una ayuda para el desarrollo del pensamiento del niño, el lenguaje socializado es una ayuda para su, adaptación social (Craig, 1997; Papalia, 1997 y Hurlock, 1967).

Los niños que se encuentran en esta etapa aún tienen ciertas limitaciones cognoscitivas como falta de experiencia, descubren los principios abstractos por medio de la observación y el manejo de sus experiencias del mundo real, tienden a ser muy literales en su pensamiento y se les dificulta pensar en formas de conducta que nunca han visto así como imaginar situaciones que no existen en su realidad, en esta fase se puede lograr flexibilidad y diversidad en el pensamiento únicamente a través de un esfuerzo deliberado y por medio del conocimiento de experiencias variables (Newman, 1985).

2.3 DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL

Los progresos que tiene el niño en el área cognoscitiva influyen también su comportamiento social. Cuando es capaz de tomar en cuenta el punto de vista de los demás y comprender que no todos piensan como él, es decir, que deja de tener una visión egocéntrica de lo que ocurre a su alrededor, puede desarrollar una verdadera cooperación. Esto le permite establecer relaciones más duraderas y electivas creándose un sentimiento creciente de pertenencia a la comunidad. Es hasta los diez años que el niño adquiere el significado real de lo que implica el compañerismo, la soledad y la competencia (Reymond-Rivier, 1986).

La preadolescencia se caracteriza socialmente por la exaltación y el descubrimiento de sí y el afán de independencia, con respecto a las actitudes, aparecen nuevos valores e intereses (Moraleda, 1999). Los aspectos sociales, afectivos y morales en el desarrollo infantil implican los progresos del niño en su capacidad para relacionarse con los demás y en las manifestaciones de sus emociones y sentimientos. Esta capacidad de relacionarse y expresarse constituye el proceso de socialización en donde se conjugan las emociones y sentimientos.

A medida que los niños interiorizan los valores, patrones de conducta y exigencias de la sociedad, desean convertirse en miembros activos de ésta, para lo cual deben llevar a cabo algunas acciones tales como ampliar la comprensión de sí mismos, aprender más acerca de cómo funciona la sociedad y aprender a autorregular su propia conducta (Papalia y Wendkos, 1993). Lo anterior se facilita a través de la convivencia con los padres, ya que éstos son los portadores de los valores, ideales y exigencias de la sociedad en la cual crece el niño y tienen la responsabilidad de transmitirlos a descendientes (Mussen, 1965).

En un primer momento, la familia y la escuela tienen un papel muy importante en este proceso porque son los pilares en donde al niño se le facilita o se le impide adquirir el surgimiento de sentimientos de confianza, de autoestima, de productividad, de cooperación, de autonomía; elementos que sirven para construir su personalidad. En la edad escolar el adulto, padre o maestro juegan un papel fundamental para que el niño siga fortaleciendo su autoestima y pueda afrontar las exigencias propias de la sociedad. En el salón de clases se debe favorecer la creación de amistades y relaciones entre los niños, deben procurarse espacios de encuentro y cooperación, de esta manera el niño puede evolucionar del egocentrismo en que se encuentra a la reciprocidad (Mata, 2002).

AUTOESTIMA

El autoconcepto es un término general que se refiere a la descripción de nosotros mismos, en la cual explicamos nuestros roles y las características más sobresalientes de nuestra personalidad. Un aspecto es evaluativo; corresponde principalmente a la forma en que nos valoramos, a lo que pensamos de nosotros. A este aspecto se le denomina autoestima (o también autovaloración). Se dice que la persona tiene una autoestima elevada (un autoconcepto positivo) si tiene buena opinión de sí misma y

una autoestima baja (o un autoconcepto negativo) cuando no se considera valioso (Guy, 2001).

Harter (1987) realizó algunas investigaciones con referencia a la autovaloración, estos estudios fueron con niños de tercero de primaria a segundo de secundaria (aproximadamente de ocho a trece años). En dichas investigaciones se observó que aunque los niños tienen una estimación personal de su valía, también la calculan en por lo menos 5 áreas separadas: competencia académica, competencia deportiva, aceptación social, apariencia física y comportamiento.

Áreas en las que los niños evalúan su autovaloración.

AREA	DESCRIPCIÓN
1. Competencia académica	Qué tan competente y listo se siente el niño en cuanto al trabajo escolar.
2. Competencia deportiva	Qué tan competente se siente el niño en los deportes y los juegos que exigen destreza física y capacidades deportivas.
3. Aceptación social	Qué tan popular o aceptado se siente el niño por sus compañeros
4. Comportamiento	Qué tan adecuado se siente el niño en cuanto a comportarse de la manera esperada.
5. Apariencia física	Qué tan atractivo se considera el niño, qué tan a gusto se siente con características como su estatura, peso, rostro, pelo.

Fuente: Harter (1987) "The Determinants and Mediational Role of Global Self-Worth in Children".

Diversos estudios indican que no todas las áreas tienen la misma importancia para todos los niños. Mucha o poca competencia en las áreas importantes tendrá una influencia más fuerte que la competencia o incompetencia en las menos importantes. Si los deportes son más importantes que portarse bien (comportamiento), no ser un buen deportista perjudicará más la autoestima que ser inmoral. Se ha observado que la apariencia física es el área más importante en la determinación de la autovaloración tanto en los niños menores (de tercero a sexto grado) como en los mayores (hasta segundo de secundaria); así pues, es más probable que gusten los niños que se ven más atractivos (Harter, 1987).

AMISTAD

A partir de que el niño inicia contactos con personas ajenas a su familia, comienza a tener nuevos modelos de imitación e identificación como pueden ser los maestros y compañeros. La identificación es uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo de la personalidad y de la sociabilidad. La persona o grupo con los que el niño se identifica se conoce como modelo o identificando. A través de la identificación que tiene el niño con el progenitor del mismo sexo es como se conforma la tipificación sexual. A

medida que el grupo social del niño se amplía encuentra nuevos modelos de identificación entre sus semejantes, lo que le permite cuestionar y comparar los valores transmitidos por el núcleo familiar y así poder conformar los juicios que le parezcan más adecuados para desenvolverse en sociedad (Mussen, 1965).

Las identificaciones que va adquiriendo el niño al estar en contacto con sus pares ocasiona mayor convivencia y la conformación de los primeros grupos de amigos. A los ocho años de edad las relaciones con los miembros del sexo opuesto disminuyen para constituir grupos con personas del mismo sexo, ya que éstos tienen las mismas necesidades e intereses. Los varones prefieren grupos con mayor número de miembros, a diferencia de las niñas que por lo general se reúnen en pares o tríos. Hacia los once o doce años se observa mayor convivencia entre los sexos lo que señala el principio de la heterosexualidad (Zulliger, 1972).

Para los 11 o 12 años los niños entienden que las amistades avanzan con el tiempo, y que entrañan compartir de manera recíproca ideas y sentimientos así como un buen grado de confianza mutua. Cuando se les pide que describan a sus amigos, por lo regular hablan de cualidades y de intereses afines. Mientras que los niños pequeños asumen que los mejores amigos son los que viven cerca y que quieren jugar, los mayores se dan cuenta de que son aquellos que comparten intereses, que se apoyan y se agradan uno a otro (Guy, 2001).

Casi todos los niños tienen varios amigos cercanos que por lo regular son de su misma raza y grado, que comparten intereses y casi invariablemente son de la misma edad y sexo. Cuando hay mezcla de edades casi siempre es en actividades deportivas y juegos más que en la conversación. Una de las principales diferencias entre las amistades de niñas y niños es que las relaciones de las primeras suelen tener más amabilidad, empatía y revelaciones personales; esto es las amistades de las niñas son más íntimas. Además, la costumbre en la escuela primaria, es que los niños tengan más amistades que las niñas y que jueguen en grupos mayores (Clarck y Bittle, (1992), Erwin (1993), citados en Guy, 2001).

Las emociones del niño pueden y deben ser consideradas ante todo como manifestaciones o trastornos de su vitalidad: significa que reaccionan con su vivacidad ante los estímulos del medio, su comportamiento emocional en su diversidad constituyen la forma en que el niño reacciona. Como menciona Blanch (1984), no es solamente la entrada a la escuela la que provoca un gran número de reacciones emocionales, más o menos vivas, según los sujetos se producen a lo largo de toda escolaridad. Se trata de alegrías, tristezas o cóleras, pero sobre todo de los temores vinculados a los menudos acontecimientos de la vida escolar; ya que estos temores inquietan a muchos niños.

Con respecto a lo anterior, Mata (2002 p. 56) menciona que el factor maduración es el que afecta más profundamente y de una manera más duradera el desarrollo emocional del niño. Así mismo dice que la maduración puede producir efectos como:

1. El comportamiento emocional tiende a estabilizarse, además que con la edad las emociones adquieren duración y consistencia.
2. Conforme va avanzando la edad del sujeto piensa que sus emociones, opciones de su edad y su porvenir están en sus manos.
3. con la maduración se va adquiriendo control sobre las emociones, perdiendo la caracterizada violencia explosiva. Mientras que la parte de violencia física disminuye, aumenta el arrebató verbal, hay más cólera sin violencia ejercida sobre otro.
4. existe un acceso a nuevas fuentes de inquietudes y emociones vinculadas al desarrollo de la vida estética, religiosa y moral.
5. a medida que la vida social del niño se enriquece y se hace compleja sus emociones tienden también a socializarse cada vez en mayor grado.
6. con el avance de la edad va manifestándose un grado de conciencia, frecuentemente crítica, de sus emociones y manifestaciones.
7. el desarrollo emocional no tiene una continuidad total, pues los fenómenos de regresión a formas más primitivas en una edad determinada, no son raras.

DESARROLLO MORAL

En la niñez media, es preciso adaptarse a las sutilezas de la amistad y la autoridad, a roles sexuales conflictivos o en expansión y a multitud de normas sociales y regulaciones. Una manera de lograrlo es mediante el proceso de socialización directa: recompensas por la conducta correcta y castigos por la indeseable, así como la observación y la imitación de modelos. El aprendizaje social ayuda a los niños a adquirir las conductas y actitudes apropiadas. Otra forma de aprender sobre el mundo social tiene que ver con los procesos psicodinámicos. Los niños desarrollan sentimientos de ansiedad en ciertas situaciones y aprenden a reducirla con diversos mecanismos de defensa. Es en la preadolescencia cuando aprenden a manejar algunas de las complejidades de la amistad y la justicia, reglas y costumbres sociales, convenciones sexuales, obediencia a la autoridad y las leyes morales. Los niños comienzan a observar el mundo social entorno y poco a poco llegan a entender los principios y reglas que lo gobiernan (Papalia, 1997; Reymond-Rivier, 1986).

Durante el crecimiento, casi todos los niños aprenden de algún modo a decir qué es bueno o malo, a distinguir entre amabilidad y crueldad, generosidad y egoísmo. Así, el juicio moral maduro consiste, más que en el aprendizaje memorista de reglas y convenciones, en tomar decisiones sobre lo correcto e incorrecto. Piaget, plantea que en la etapa del realismo moral, los niños piensan que todas las reglas deben obedecerse por que son cosas reales e indestructibles, no principios abstractos. Así, juzgan la moralidad de un acto en términos de sus consecuencias y son incapaces de sopesar las intenciones mientras que en la etapa del relativismo moral, se dan cuenta de que las reglas son creación y acuerdo cooperativo y que pueden cambiar si fuera necesario. Esto los lleva a advertir que no hay bueno o malo absolutos y que la realidad depende no de las consecuencias, sino de la intención (Craig, 1997).

ESTRÉS

Muchas situaciones de la vida causan estrés a los niños y sus familias: el divorcio, cambiarse a otra población, una grave enfermedad o lesión, la pobreza o la violencia intrafamiliar. A menudo, los hijos de familias de un solo padre están sujetos a más estrés que los que viven con ambos progenitores. Los niños que crecen en la pobreza, en un hogar encabezado por una madre sola, corren muy diferentes peligros. La ausencia del padre disminuye la posición social tanto como la económica. Es posible que la vivienda esté hacinada; tal vez las comidas sean escasas y poco nutritivas y falten los servicios médicos. Además, las mujeres que conducen estos hogares con frecuencia padecen agotamiento a causa de sus esfuerzos por sobrevivir. Muchas sufren depresión o ansiedad, lo que interfiere en sus habilidades para apoyar y atender a sus hijos. Los niños que crecen en estos hogares tienen numerosas desventajas que afectan tanto su salud psicológica como su desarrollo intelectual, la ruptura de la familia afecta a los niños de numerosas formas: se sienten tristes, confusos, molestos o angustiados, e incluso pueden deprimirse o trastornarse, o bien desempeñarse mal en la escuela (Papalia, 1997; Craig, 1997; Reymond-Rivier, 1986).

El maltrato también trastorna la vida del preadolescente, pero en forma más traumática y, a veces, más perdurable. El que maltrata destruye las esperanzas de amor, confianza y dependencia que son esenciales para la personalidad saludable y el desenvolvimiento social. El abuso sexual o físico siempre está acompañado de un componente psicológico. El maltrato ocurre en el contexto de una relación personal que se ha vuelto psicológicamente dañina, que manipula, rechaza o degrada. La autoestima queda dañada de manera irreparable y le resulta difícil volver a confiar en alguien por el miedo a la explotación. Como crecen en un ambiente lleno de ira y dolor, los niños maltratados tienden a aislarse e incluso a desplegar más comportamiento agresivo (Guy, 2001).

Poco a poco han surgido diversas explicaciones teóricas acerca del desarrollo infantil y aún cuando éstas sirven para guiar la investigación, ninguna contempla cabalmente todos los aspectos del desarrollo. Lo que hacen las teorías es aportar algunos conocimientos relacionados con las características físicas de los niños en sus diferentes edades, otras explican las formas en que éstos intervienen con su medio social y cultural y unos más tratan de comprender cómo el niño conoce y se apropia del mundo que le rodea. Pero aún cuando se les trate de explicar de manera aislada, en los individuos se presentan de manera integral y están influidas entre sí.

Es por ello que el desarrollo del niño implica un proceso integral y armónico entre lo afectivo, cognoscitivo y psicomotriz, logrando de esta manera un equilibrio, sin embargo, si en alguna de ellas se presenta una distorsión, entonces aparece una alteración en la relación del individuo con el medio ambiente en que se desenvuelve.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

QUE SON LOS TRASTORNOS DEL COMER?

Para todo ser vivo el alimentarse es una condición indispensable para sobrevivir y existir, el ser humano no es la excepción. Para él, la alimentación y la comida significan, además de la satisfacción de una necesidad, una actividad asociada a múltiples experiencias, lo cual implica que el alimento y comerlo quedan revestidos de una gran variedad de significados. La alimentación como una conducta biológica es la fuente de diversas sustancias necesarias para el crecimiento y la actividad del organismo, siendo la necesidad más inmediata de un individuo activo satisfacer las sustancias que proporcionan la energía, utilizada continuamente en cantidades moderadas y, ocasionalmente en cantidades mayores (Van, 1976 en Cadena, 2002).

Lo que se puede observar es que las personas se preocupan más por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera que rodea a las comidas, que por la ingestión de la cantidad necesaria de calorías para sobrevivir. Extrañamente, mientras los avisos o artículos sobre alimentos que aparecen en revistas, diarios y televisión incitan a probar nuevas y mejores recetas, las modelos, actrices y mujeres sensuales muestran que "la delgadez es atractiva". Estos dobles mensajes provocan gran confusión en jóvenes vulnerables que luchan con cuestiones de identidad en relación con la sexualidad y la imagen corporal. Así la imposibilidad de controlar el exceso en las comidas y de mantener la delgadez a menudo conduce a un sentimiento de desconcierto, vergüenza y culpa (Feinstein y Scrosky, 1988).

En una sociedad que valora la esbeltez y juzga a las personas por la apariencia física, el sobrepeso puede convertirse en un problema psicológico grave (Papalia, 1992). Lo que genera desórdenes del comer. Sin embargo, lo más importante con relación a los desórdenes alimentarios, es el significativo incremento que han sufrido en poblaciones normales, esto es, que no ameritan un diagnóstico clínico. La presencia de algunos de los síntomas de estos trastornos se han vuelto más frecuentes que los cuadros clínicos completos, y mucho más comunes de lo que se esperaría encontrar en la población en general; y aunque, la presencia de estos síntomas en forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señalan a los individuos con mayor riesgo de adquirirla. Son personas que tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y bulimia o bulimia y obesidad (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Los trastornos de la alimentación pueden considerarse un síndrome. Los síndromes tienen las característica de no afectar un área específica en la vida de la persona, sino contaminar varias áreas de funcionamiento, impidiendo que se integren de manera adecuada. Dichas áreas comprenden las relaciones sociales, familiares, interpersonales, escolares y laborales pero, sobre todo, la relación del individuo consigo mismo (Villarreal, 1999). Se considera a los trastornos del comer como enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez (García, 1996 en Cruz y Estrada, 2001).

Se dividen en: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La bulimia nerviosa, que es más común, describe un ciclo de atascamiento y de purgación, en otras palabras por la aparición de 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. Mientras que la anorexia nerviosa es un estado de inanición y emaciación, que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar, describiéndose como el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las estadísticas señalan que la prevalencia de anorexia nerviosa fluctúa entre 0.2% y 0.5%, la bulimia entre 2% y 3% y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados del 3% al 5%. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres jóvenes teniéndose una media de edad de aparición entre los 17 o 18 años (DSM-IV, 1995; Unikel, Villatoro, Medina- Mora, 2000 en Cruz y Estrada, 2001).

Los pacientes con trastornos alimentarios pueden tener numerosas anomalías médicas secundarias hipotalámicas, endocrinas, metabólicas y de la nutrición, algunas de las cuales pueden ser o llegar a ser lo suficientemente graves como para provocar la muerte (Feinstein y Scrosky, 1988).

Clasificación de los trastornos de la alimentación, según la CIE-10 y DSM-IV			
Trastornos de la conducta alimentaria (CIE-10)		Trastornos de la alimentación (DSM IV)	
Categorías principales	Subtipos	Categorías principales	Subtipos
F50. Anorexia nerviosa.	Anorexia nerviosa atípica.	307.1 Anorexia nerviosa.	Tipo restrictivo. Tipo accesos de ingesta/vómitos.
F50.2 Bulimia nerviosa.	Bulimia nerviosa atípica.	307.51 Bulimia nerviosa.	Tipo con vómitos. Tipo sin vómitos.
F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	Vómitos en otras alteraciones psicológicas. Otros trastornos de la conducta alimentaria sin especificación.	307.50 Trastorno alimentario no especificado en otro lugar.	

Fuente: Serrato (2000, p.33) "Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria"

"La incidencia de los trastornos alimentarios se presenta por lo general en familias de clase media o alta, esto tal vez debido a que se encuentran más preocupadas por seguir los ideales de la delgadez, para así cumplir con las presiones ejercidas por la sociedad" (Duker y Slade, 1992 en Cruz y Estrada, 2001 p. 7). Sin embargo dentro del mismo grupo cultural, hay diversidad de costumbres, normas y valores, así como en los mismos grupos de edad, sexo, o subgrupo de población (Serrato, 2000).

Al respecto Gordon (1994) menciona que la anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos que se presentan principalmente en mujeres caracterizadas con un temor paralizante a engordar: mujeres blancas, dentro de un contexto sociocultural específico, países económicamente desarrollados, en que son excepcionales los casos en pacientes de raza negra u oriental o bien, de baja clase social.

En relación a ello Crispo, Figueroa y Guelar, (1998) manifiestan que los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y que aunque están comenzando en las del mundo oriental (Japón, por ejemplo), se puede asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes. Además citan que las personas de clase baja afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

Ambos trastornos (bulimia y anorexia) presentan una preocupación permanente y extrema por la forma y el peso corporal, que más tarde se manifiesta mediante el control excesivo de la ingesta de comida (anorexia nerviosa) o la pérdida absoluta del mismo (bulimia nerviosa). Por lo que se refiere a los hábitos alimentarios, las personas anoréxicas disminuyen notablemente el consumo de alimentos, los seleccionan y observan que sean aquellos que ayuden a la reducción de peso. Llegan a realizar un registro diario de las calorías consumidas y muestran un componente obsesivo por las comidas. En algunos casos tienen tendencia a consumir lo mismo día tras día. Como siguiendo un pequeño ritual, algunas personas parten la comida en pequeños trozos antes de llevarlos a la boca. Las bulímicas fundamentalmente padecen una pérdida de control en su ingesta alimentaria. Atraviesan episodios de sobre-alimentación una o varias veces al día, comen a escondidas y rápidamente, sin saborear los alimentos y puede ser que alternen estos períodos con otros en que intenten llevar un control rígido sobre la dieta (Duker y Slade, 1995; Serrato, 2000).

En cuanto a las características cognitivas, aquellas que tienen que ver con el conocimiento, la comprensión o el razonamiento, Serrato (2000) considera que en la anorexia nerviosa existe una sobrevaloración de la importancia que tiene la forma y el peso corporal, por lo que se busca de manera insaciable el adelgazamiento. Se percibe la propia imagen corporal como más ancha de lo real. En las personas bulímicas su preocupación termina dirigiéndose en mayor medida hacia la pérdida del autocontrol. Por lo que respecta al aspecto físico, la anorexia nerviosa nos coloca frente a personas con una delgadez excesiva y un aspecto envejecido, mostrando ojos hundidos, ojeras, pómulos salientes, cara arrugada y pálida, piel rugosa y seca y atrofia mamaria. El aspecto físico de las personas bulímicas suele estar dentro del rango normal, ya que acuden a mecanismos compensatorios: vómitos, laxantes, diuréticos, etc. es así como una persona puede permanecer en un patrón de conducta claramente bulímico durante muchos años sin conseguir ayuda y sin que nadie descubra su problema. "Las anoréxicas son personas con tendencia a retraerse y más introvertidas, mientras que las bulímicas son más extrovertidas y tienen una vida social más activa" (Serrato, 2000 p. 30).

Resumiendo, las similitudes entre anorexia y bulimia incluyen la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como incomodidad cuando se come con otras personas, y la búsqueda de aprobación. Así mismo muchas bulímicas han sido anoréxicas previamente, y muchas de las que no lo han sido desean poder serlo, es decir, ser capaces de no comer. Ahora bien, así como ambas presentan rasgos similares, también difieren en varias formas. Una diferencia consiste en la negación del problema: la anoréxica niega a los demás y así misma que exista un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la bulímica, por lo general, rechaza la existencia de un problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales. Otra diferencia consiste en que la anoréxica siempre está falta de peso (por lo menos 15% por abajo del peso recomendado); sin embargo, el peso de la bulímica puede ser bajo, normal, o tener sobrepeso. Tanto la anoréxica como la bulímica exhiben una distorsión de la imagen corporal (esto es, el cuerpo se percibe erróneamente como más grande de lo que es en realidad), la distorsión de la anoréxica es, por lo común, más seria que la de la bulímica. Por último, el objetivo de la anoréxica es perder más peso, y la meta de la bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN VARONES

Los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, sin embargo cada vez más, también están apareciendo en hombres jóvenes. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos (Crispo, et al., 1998).

Los mismos autores manifiestan que un gran número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual lo que no significa que sea privativo de ese grupo, quizá eso tenga más que ver con que la cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su presentación física. Mas bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino.

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEPRESIÓN

Existen diversas hipótesis acerca de una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos, más específicamente: la depresión, puesto que la terapia con medicación antidepressiva ha mostrado éxitos en este tipo de pacientes, especialmente con las que padecen bulimia. Lo que no queda muy claro es qué es lo que surgió primero?. Es por ello que Crispo, et al., (1998 p.p. 43-44) mencionan algunas hipótesis al respecto:

- Que la depresión sea causa del trastorno del comer (pacientes con historias previas de depresión).

- Que los trastornos del comer, entre sus múltiples consecuencias, provoquen un estado depresivo.
- Que ambos estados sean causados por un tercer factor.
- Que varias de estas posibilidades sean ciertas al mismo tiempo en diferentes pacientes.

A la conclusión que se llegó es que la depresión suele estar presente en los trastornos alimentarios y mejora en muchos casos una vez que se normaliza la ingesta y se alcanza un peso saludable.

DIAGNÓSTICO

Para la anorexia nerviosa, es mal presagio su aparición en una edad más avanzada que la común, que su duración sea prolongada, que existan episodios bulímicos y que se sufra una fuerte depresión. Serrato, (2000 p. 31) menciona que para algunos, en la bulimia el pronóstico podría ser más grave, tal vez por que va acompañada en muchos casos de otro tipo de trastornos y/o adicciones. Expresa que el suicidio puede presentarse con mayor frecuencia que en la anorexia nerviosa y que su mortalidad está causada, entre otros factores, por:

- Neumonía por aspiración;
- Dilatación gástrica aguda;
- Rotura esofágica o gástrica, y
- Pancreatitis.

Es esencial resaltar que las personas con desórdenes de la alimentación presentan idénticas características psicológicas y conductuales que las personas que han estado sometidas a situaciones de restricción alimentaria, natural o experimental. (Keys et al., 1950, en Crispo, et al., 1998). Lo primordial en esto sería que, ya que se conocen los graves efectos físicos y psicológicos de la restricción alimentaria sin importar el detonante del estado actual, sería fundamental la rehabilitación nutricional, ya que sin una mejora del estado nutricional, no puede hacerse un buen diagnóstico psicológico ni garantizarse resultados del tratamiento psicoterapéutico (Crispo, et al., 1998).

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las referencias a casos de anorexia nerviosa datan del siglo cuarto; sin embargo, las primeras descripciones clínicas se escribieron en el siglo diecisiete. Los tres escritos clásicos sobre el tema son: "Of a Nervous Consumption" de Morton, que data de 1694, "Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)" de Gull y "On Hysterical Anorexia" de Lasegue, ambos escritos en 1873 (Feinstein y Scrosky, 1988). Los años 1970 marcan el despegue definitivo de las explicaciones, investigaciones y tratamientos, que pretenden encontrar respuesta al incremento multiplicador de la frecuencia con que empiezan a aparecer la anorexia y la bulimia (Serrato, 2000).

En la búsqueda de una definición se encuentra una historia antigua quienes se dedican a su estudio han creído ver “antecesoras” y antecedentes de esta enfermedad. Curiosa historia que se remonta a mujeres contemporáneamente denominadas “anoréxicas santas”, en quienes se intuye la manifestación de una protesta o de un reproche sutil a sus familias materialistas, a las que consternaba y angustiaba el extremo ascetismo de sus hijas (Serrato, 2000).

La primera descripción clínica de lo que hoy se denomina anorexia nerviosa se atribuye al médico inglés Thomas Morton, en el siglo XVII, hacia 1686,, aunque en aquella época se consideraba ésta una enfermedad neurológica, es decir del sistema nervioso. Morton un religioso inconformista, habló en sus escritos de una enfermedad “debilitante”, de origen nervioso, y describió sus principales síntomas: adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio, aparente pérdida del apetito y la no aceptación de tratamiento por parte del paciente. La primera paciente, una “hija del señor Duke”, de 18 años de edad, igual que las pacientes contemporáneas rechazó la medicación y poco después murió de un desvanecimiento (Cruz y Estrada, 2001).

A finales del siglo XVIII, Pinel considera la anorexia como una neurosis gástrica. En 1840, Imbert describe dos tipos de anorexia: la anorexia gástrica y la anorexia nerviosa. La primera era un trastorno del estómago y la segunda implicaba alteración de las funciones cerebrales, pérdida de apetito y una gran variedad de síntomas neuróticos, mostrándose melancólicos, coléricos y asustadizos (Toro, 1996).

En el año de 1873, en Francia Lasegüe, describe por primera vez, de una manera científica, la anorexia. Con base en ocho casos, le da el nombre de anorexia histérica, describiéndola como una “anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario con represión de un deseo más o menos consciente” (Martínez y Ventura, 2000). La definición con el término de anorexia nerviosa la hizo Sir William W. Gull hacia 1870, al hablar de una alteración de origen psicológico que afectaba especialmente a mujeres jóvenes observadas y tratadas en instituciones médicas y que presentaban determinadas características clínicas:

- Emaciación o adelgazamiento morboso;
- Amenorrea o suspensión del flujo menstrual;
- Estreñimiento;
- Bradicardia o ritmo cardiaco más lento que el normal;
- Hipotermia o descenso de la temperatura del cuerpo;
- Edema o hinchazón blanda en las piernas, y
- Cianosis periférica o coloración azul y a veces negruzca de la piel (Serrato, 2000 p.22).

Desde la primera descripción científica que se realizó de la anorexia hasta 1914 predomina su interpretación psicodinámica. Freud, Fenichel, Abraham y Melanie Klein, entre otros, la definen como una neurosis y la relacionan con la melancolía y la histeria, explicándola como una pérdida de la libido debido a algún conflicto simbiótico con los padres (Chinchilla, 1995).

La amplia difusión de los conocimientos relativos a la anorexia nerviosa permitió diagnósticos y tratamientos más precoces con una consecuente disminución de la mortalidad. Los investigadores han separado también ciertas subpoblaciones vulnerables que tienen predisposición a desarrollar anorexia nerviosa. Entre ellas se encuentran las modelos, las bailarinas de ballet, las amazonas, las azafatas y otras cuyas ocupaciones o carreras requieren una atención constante del control de su peso (Feinstein y Scrosky, 1988).

Con respecto a la bulimia, Fischer (1976) menciona que antiguamente, los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repantigaban y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos, vomitar y reiniciar su glotonería. Dicha práctica condujo al uso de vomitivos y, posiblemente, al empleo del término "bulimia" para describir dicho comportamiento. El término bulimia deriva de bulimy en griego, y significa hambre voraz (Kaplan y Garfinkel, 1984; Siegel, 1973). Literalmente, deriva de los conceptos de "buey" y "hambre" en griego y de las palabras latinas que se traducen como "hambre canina". Galen (Siegel, 1973) describió la kynos orexia o hambre canino como sinónimo de la bulimia. Consideraba que la bulimia era consecuencia de un estado de ánimo anormal que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían también asociarse con vómitos severos y copiosos movimientos de vientre. En el Talmud (400-500 a.c.) el término *boolmut* se utiliza para describir un síndrome en el cual una persona está tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se encuentran dañados. Este síndrome era considerado de peligro mortal.

La bulimia se incluye en referencias antiguas como *Physical Dictionary* de Blankaart (1708) o el *Diccionario* de Quincy (1726), que la explican como apetito excesivo, extraordinario, relacionado con un trastorno gástrico (Serrato, 2000).

Gran parte de los primeros escritos sobre bulimia se asocian con la anorexia nerviosa. Gull (1873), quien fuera el primero en utilizar el término anorexia nerviosa, describió un caso de sobrealimentación en una paciente que pensaba en "comida de gato podrida" mientras comía, lo cual la hacía vomitar. Otros (Marhall, 1895; Playfair, 1888 y Sollier, 1891) describen casos de vómito atribuidos a dolores gástricos en pacientes con anorexia nerviosa. Bond (1949), Nemiah (1950) y Bruch (1962) también se percataron acerca de la sobrealimentación y el abuso de laxantes y enemas así como del vómito autoinducido en la anorexia nerviosa, pero consideraban que la bulimia era una variante entre las normas de alimentación y dieta de las pacientes con anorexia nerviosa y no un síndrome diferenciado.

Stunkard, Grace y Wolf (1955) fueron los primeros en describir una norma de bulimia en los pacientes obesos, que denominaron "el síndrome de alimentación nocturna". El síndrome consistía en el consumo de grandes cantidades de comida durante la noche y la madrugada, insomnio y anorexia matinal. El reconocimiento de la bulimia como un síndrome particular sobrevino solo cuando se hizo evidente que la conducta de alimentación compulsiva y vómitos acaecía en individuos que no tenían antecedentes de desórdenes en el peso tales como anorexia nerviosa u obesidad (Boskind-Lodahl y

White, 1978; Strangler y Prinz, 1980, White y Boskind-White, 1981). En 1976, Boskind-White acuñaron el término "bulimarexia" para describir un desorden en la alimentación, frecuente en mujeres jóvenes, que se caracteriza por episodios alternados de alimentación y dieta estricta, que van acompañados de baja autoestima, desvalorización de la imagen corporal y miedo al rechazo en las relaciones heterosexuales. Sus conclusiones resaltan la importancia de los factores socioculturales en la definición del rol femenino y la relación de la bulimarexia con la lucha por lograr una imagen femenina "perfecta" a través de la cual las mujeres entregan a otros su poder de autodefinición (Boskind-Lodahl y White, 1978).

A finales de la década de 1970 y comienzos de la de 1980 se empiezan a reconocer buen número de pacientes con un síndrome bulímico en peso normal. El síndrome aparece claramente en el Reino Unido y en Estados Unidos. Gerald Rusell, psiquiatra inglés, publicó "Bulimia Nerviosa", en donde habla de las semejanzas y diferencias entre bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Empieza así la proliferación de nombres para designar esta afección: síndrome de caos diabético, bulimarexia, bulimia nerviosa y simplemente bulimia (Serrato, 2000). El aumento de experiencia clínica condujo a la clasificación de la bulimia como un desorden diferente de la anorexia nerviosa en la tercera edición del DSM-III (1980) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Finalmente, el DSM-IV la incorpora de manera más precisa.

3.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo alertan la posible aparición de los trastornos alimentarios en un futuro es por ello que se considera importante mencionarlos. Se piensa que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando presentan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, como por ejemplo la adolescencia aunado a un terreno fertilizado de dietas y actitudes extremas con respecto al peso y figura, es lo que puede precipitar el problema. Sin embargo la perpetuación del trastorno y lo que puede haberlo disparado en un comienzo está estrechamente relacionado con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer (Crispo, et al., 1998).

"Entre los principales factores de riesgo se encuentran aquellos que se deben a exigencias socioculturales, factores biológicos y los que se relacionan con algunos rasgos típicos de personas que padecen anorexia o bulimia" (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999; Unikel, Villatoro, Medina, 2000, en Cruz y Estrada, 2001 p. 56).

Crispo, et al.,(1998 p. 51) aportan el siguiente cuadro con respecto a los diferentes factores:

I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
-Socioculturales -Familiares -Individuales	-Estresores -Actitudes anormales con peso y figura -Dietas extremas y pérdida de peso	-Atracones y purgas -Secuelas fisiológicas y psicológicas

En donde Predisponer significa "preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin"; Precipitar se entiende como despeñar, derribar de un sitio alto; arrojarse a hacer o decir algo con arrebató y sin prudencia; acelerar; mientras que Perpetuar se refiere a hacer perpetuar una cosa; perdurar, dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin.

Por su parte, Serrato, (2000 p.53 y 54) elabora una clasificación de los factores causales de la anorexia nerviosa, en el cual se expresan:

- Factores predisponentes: genéticos, edad (13-20 años), sexo femenino, afectivos y emocionales, características de personalidad, características familiares y factores socioculturales.
 - Factores precipitantes: separaciones y pérdidas, contactos sexuales, acontecimientos vitales estresantes y exceso de actividad física.
 - Factores de mantenimiento: las mismas consecuencias de la inanición, la interacción familiar, social, cogniciones y valores.
 - Pertenecientes a la historia familiar: presencia de trastornos afectivos entre los familiares más próximos, abuso de sustancias, obesidad y gran preocupación de los padres por el peso y la figura de la hija.
 - Pertenecientes a la historia personal: presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual y diabetes mellitus.
- Determinados rasgos de personalidad y presencia de ideas sobrevaloradas sobre la figura y el peso.

Aquellos que se relacionan con factores socioculturales hacen referencia al incremento en las exigencias académicas, el inicio de las relaciones de pareja, la presión de la familia y compañeros, el medio social y el pertenecer al género femenino (Unikel, Villatoro, Medina, 2000); en una investigación se observó que tanto la percepción que tiene la madre del cuerpo de su hija, como la crítica directa que puede llegar a manifestar la madre es una gran influencia para que la persona comience a sentir insatisfacción con su propio cuerpo (Pike y Rodin, 1991 en Cruz y Estrada, 2001); con respecto a ello, González, Lizano y Gómez-Peresmitré (1999) mencionan que la percepción del cuerpo infantil ideal está relacionada con las preferencias y creencias de las madres.

Se puede dividir en cuatro grupos a los principales factores de riesgo, con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria: factores de riesgo asociados con imagen corporal (satisfacción / insatisfacción), alteración (sobrestimación / subestimación), preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad / delgadez, autoatribución (positiva / negativa), figura real e imaginaria, peso deseado, y atraktividad entre otras; factores de riesgo asociados con conducta alimentaria como seguimiento de dieta restrictiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, consumo de productos light, y atracones; factores de riesgo relacionados con el cuerpo real o biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual (precoz / tardía); factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias como ejercicio en exceso, uso de productos para el control de peso, y consumo en exceso de agua y fibra (Gómez-Peresmitré citado en Cadena, 2002).

Con respecto a los factores de riesgo asociados con la imagen corporal Gómez-Peresmitré, (1998) menciona que la imagen corporal es una construcción social en la cual influyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Thompson citado en Cruz y Estrada (2001) considera que existen tres componentes en el constructo de la imagen corporal; el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual .

La imagen corporal es la sensación que se tiene del cuerpo, la cual comienza en la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. La imagen corporal puede diferir según edad, etapa de la vida, género y clase social (Gómez-Peresmitré, 1997).

Se han diferenciado dos componentes de la imagen corporal, la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. El primero hace referencia a la sobrestimación y subestimación que se haga del tamaño corporal y el segundo se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo (Waller y Hodgson, 1996).

León, (1998) considera que la imagen corporal surge de la interacción social, menciona que en general tiene más importancia para la mujer en la etapa adolescente que para el hombre, esto debido a que la sociedad otorga mayor relevancia al cuerpo femenino. De esta manera si la mujer posee una imagen corporal atractiva puede extender sus relaciones heterosexuales, definir sus inclinaciones sexuales tempranas y demás prácticas sociales, esto ocasiona la autopercepción de una imagen corporal positiva, de lo contrario se conforma una imagen corporal negativa que conlleva al rechazo y a la desadaptación social lo que puede provocar trastornos de la alimentación (Cruz y Estrada, 2001).

Dio, (1997, p.102) cita que cuando "la niña esta lista para atravesar su etapa edípica, es decir, competir con su madre como rival en la conquista de su papá-hombre" la niña supone que las únicas formas de captar la atención de la figura paterna es por medio de la belleza y la seducción y de esta manera querrá acceder al hombre a través del encanto y la gracia. Es así como la niña aprende que la mujer será reconocida si cumple

con las expectativas que sus padres y la sociedad tienen sobre ella, por lo que es indispensable ser bella y atractiva para alcanzar el estatus de una mujer casada y con hijos. En cambio en el hombre no se depositan tantas expectativas sobre el estatus que debe alcanzar pero si se espera el reconocimiento de los otros hombres sobre los encuentros sexuales que puede tener (Dio, 1997).

Kelson, Kearney-Cooke y Lansky (1990, en Cruz y Estrada 2001, p. 60 y 61), mencionan que los juicios acerca del cuerpo, se basan en tres aspectos:

1. apariencia (conciencia pública del cuerpo). La atención esta focalizada en los aspectos externos del cuerpo, es decir, aquello que los demás pueden ver.
2. sensaciones internas (conciencia privada del cuerpo). La atención se centra en los aspectos internos del cuerpo no visible para los demás.
3. efectividad del cuerpo (competencia corporal). La atención se concentra en la funcionalidad del cuerpo (agilidad, fuerza, destreza, etc).

Tanto estudios nacionales (Gómez-Peresmitré, 1998) como internacionales (Wood, Becker y Thompson 1996) han encontrado que las adolescentes manifiestan mayor insatisfacción que las preadolescentes, sin embargo estas también desean estar más delgadas; lo que implica que la insatisfacción con el cuerpo se incrementa con la edad. Asimismo diferentes investigadores han encontrado que aquellas mujeres que manifiestan insatisfacción con su imagen corporal tienen baja autoestima, esto se ha observado tanto en preadolescentes, adolescentes y adultas (Steven y Maryse, 1996).

Gómez-Peresmitré, (1998) expresa que una imagen corporal negativa, se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, y el estar satisfecho con la imagen corporal contribuye significativamente en la adaptación personal y social, con la autoestima favorable y con el equilibrio emocional.

Tanto la sobrestimación como la insatisfacción corporal funcionan como reforzadores para realizar comportamientos restrictivos y control corporal anormal, se ha observado que aquellas mujeres que desarrollan anorexia o bulimia nerviosa justifican su actitud apoyándose en la sobrestimación del cuerpo y la insatisfacción hacia él (Waller y Hodgson, 1996).

“El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte... La literatura científica ha recogido bastantes casos en los que las pacientes se quejan de burlas familiares o de amigos como desencadenantes de su trastorno” (Raich, 1996 p.52).

3.3 ANOREXIA NERVIOSA

Para Bejla (2000) el término Anorexia, proviene del griego, con el prefijo a, que sería in en castellano, menciona que es el grado cero de la negación (un no absoluto). El verbo tiene varias acepciones como: alcanzar, tocar, tender, ofrecer, dar, expandirse de gozo, desear a alguien, y más. Anteponiéndole el prefijo de la negación, se diría en cuanto a la traducción, que la palabra que más le cuadra a anorexia sería: sin deseo, falta de gozo. Es interesante como este vocablo ha sido popularmente acuñado como el nombre de la enfermedad de falta de apetito o de negación a comer dándole de esta manera a la comida un atributo tan solo del lado de la necesidad. Incluso si se lo empleara como falta de apetito, se lo podría pensar como la pérdida del mismo por falta de gozo o de deseo, y no tan solo como una negativa caprichosa a ingerir el alimento.

Serrato, (2000) menciona que la anorexia nerviosa establece como característica principal la pérdida auto-inducida de peso, provocada por una preocupación patológica por la forma del propio cuerpo. Una pérdida progresiva, en resumen, del deseo de comer y de la sensación de necesidad. Su resultado, un adelgazamiento creciente, desnutrición, desarreglo endocrino y finalmente la caquexia, es decir un estado de extrema desnutrición.

Esta modalidad de padecer que presenta su flagelo en jovencitas/os cada vez de menor edad, por su forma de precipitarse convoca a varias especialidades médicas: ginecólogos, dentistas, clínicos, nutricionistas y psiquiatras. Desde estas especialidades, anorexia-bulimia es pensada como un síntoma para la medicina, donde el conjunto de signos nos advierten de su diagnóstico magistral, o sea, habiendo amenorrea, vómitos, baja de peso, retracción de encías, cuerpos excesivamente delgados pero que los portadores de los mismos lo siguen viendo gordos, hacen de ello un sello inconfundible en cuanto a este diagnóstico (Bejla, 2000). Lo que este autor olvida de acuerdo con Gomez Peresmitré (1999) es que la complejidad de tales trastornos requiere la participación de la multidisciplina dentro de la cual la psicología de la salud tiene mucho que hacer junto con la medicina y demás disciplinas afines y no afines como la comunicación social y la antropología.

Conforme al DSM-IV-TR (2001, p. 249 y 250), los criterios diagnosticados para la anorexia nerviosa son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por de bajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

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

Además, distingue dos subtipos:

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

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

La anorexia se caracteriza, de acuerdo con el DSM IV, por la pérdida de peso en la persona, ya que ésta se rehúsa a comer, pues tiene una visión distorsionada de su cuerpo (Gómez Pérez - Mitré, 1993), pueden perder el 25 % del peso original. Los anoréxicos se preocupan por la comida pero ellos mismos comen muy poco. Entre los criterios diagnósticos se encuentra; el temor, intenso al sobrepeso pero no disminuye frente a la pérdida progresiva del peso corporal, presentando además, una distorsión de la imagen corporal, "percepción subjetiva de gordura, sobrestiman el tamaño de todo su cuerpo o partes del mismo, por ejemplo abdomen, caderas, nalgas, y muslos, "siendo muy sensibles a pequeñas oscilaciones de peso, lo que las conduce a verse gordas aun estando notoriamente delgadas y demacradas" (Craig, 1994; citado por Barajas, 1998 p.18).

Feinstein y Scrosky (1988), mencionan que por lo general, los pacientes anoréxicos manifiestan una negación de la enfermedad, una aparente satisfacción por la pérdida de peso, trastornos de la imagen corporal y un extraño acaparamiento y manejo de los alimentos. Expresan que los síntomas secundarios incluyen amenorrea, abundante vello corporal, bradicardia, períodos de hiperactividad, depresión y episodios de bulimia.

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, sin embargo últimamente se ha reducido la edad de inicio. El paciente anoréxico tiende a experimentar miedo al aumento de peso aun cuando este ha disminuido considerablemente. La relevancia del bajo peso es prácticamente negada y suele carecerse de conciencia de enfermedad; Cabe mencionar que la malnutrición puede dar lugar a diferentes tipos de síntomas y trastornos como por ejemplo: hipotermia, anemia, hipotensión, osteoporosis, caída del cabello, desequilibrios electrolíticos, bradicardia, alteraciones de la piel, trastornos gastrointestinales, etc., los cuales sumados a la ansiedad, depresión y el trastorno obsesivo compulsivo da lugar a la estructura del cuadro psicopatológico. Ante la situación cada vez más estresante y la malnutrición el paciente pudiese reaccionar con tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio (Mendoza y Rodríguez, 2002).

Los síntomas anoréxicos pueden asociarse con una sintomatología histérica, obsesiva o fóbica o con psicopatologías aún más severas, como, trastornos de personalidad narcisísticos o borderline o trastornos esquizofrénicos (Feinstein y Scrosky, 1988). La anorexia nerviosa ha sido descrita apropiadamente como inanición en medio de la abundancia. A diferencia de las personas que habitan en otros contextos en los que hay hambre y alimentación deficiente, los pacientes con anorexia nerviosa tienen acceso a todos los alimentos y nutrientes. Estos pueden comer selectivamente algunas cosas (habitualmente en escasas cantidades), evitan constantemente otras. En general, comen pocos o ningún hidrato de carbono, excepto los que pueden encontrarse en frutas y verduras de bajo valor calórico; y poca o ninguna grasa, excepto la que puede encontrarse en alimentos proteicos. La mayoría de los pacientes con trastornos en la alimentación son jóvenes y, en los demás aspectos, clínicamente sanos. Muchos toleran una subalimentación severa y prolongada, una rigurosa depleción de líquidos y electrolitos, y vómitos abundantes o excesivo abuso de laxantes y diuréticos y sólo presentan anomalías clínicas o de laboratorio mínimas o imperceptibles (Sheinin en Feinstein y Scrosky, 1988).

La anorexia puede persistir cuando el anoréxico obtiene algo de su padecimiento. La preocupación por la comida no solo puede bloquear los problemas, preocupaciones e inquietudes, sino que también puede proporcionar al paciente la atención de la cual sentía que se le privaba previamente y necesita tan desesperadamente. Es difícil ignorar a una persona que se niega a comer y que está perdiendo peso rápidamente, pero para muchos, es preferible este tipo de atención que la falta de ella. El anoréxico tiene el poder para trastornar por completo la vida familiar y alterar considerablemente su funcionamiento (Shelley, 1999).

La misma autora menciona que si bien la anorexia puede beneficiar al enfermo en ciertas formas, estos beneficios son de corta duración ya que no pasa mucho tiempo antes de que se inicie la depresión y las complicaciones físicas se añadan al nivel de angustia. Se han identificado ciertos padecimientos físicos que se sufren como resultado directo de la falta de alimento como por ejemplo: la osteoporosis, esterilidad, sensaciones de frío extremo y debilidad, serias alteraciones de sueño, calambre y fallas en los órganos vitales. Conjuntamente la anorexia altera en sumo grado la personalidad del afectado. El anoréxico se vuelve egoísta, agresivo, falso, deshonesto, sigiloso e incluso violento. Es posible que se destruyan relaciones y se pierda a personas importantes. Esta el hecho frecuente de que los anoréxicos eviten las situaciones sociales por temor a tener que comer o beber, esto aísla aún más al afectado (Shelley, 1999, p. 16).

IMAGEN CORPORAL Y ROL FEMENINO

Desde una dinámica con el temor a la gordura (anorexia), el conflicto básico se origina en una represión preedípica masiva de conflictos sadomasoquistas de la fase oral que han sido elaborados por el Yo con nuevas estructuras defensivas en las sucesivas fases de desarrollo libidinal y madurativo. En la imagen corporal de la anoréxica se ha proyectado la superficie del pecho de la madre y, por extensión, su figura. El temor a la gordura refleja el terror a la incorporación oral sádica del pecho de la madre y luego de otros objetos (Wilson y col., 1983 en Feinstein y Scrosky, 1988).

Las mujeres constantemente están sometidas a presiones tales como sujetarse a las cambiantes modas en cuanto la forma de la silueta, y se afirma que la delgadez exagerada de la anoréxica es al mismo tiempo tomarse demasiado en serio este rol, y un rechazo de él, ya que un cuerpo demacrado deja de ser un objeto sexual (Orbach, 1978 en Duker y Slade, 1995).

Aunque la anoréxica en EU crece en un clima de fuertes valores éticos protestantes, la manera en que se transmiten éstos se complica por los roles sexuales y el modo en que los propios padres los experimentan. Es probable que la madre de la anoréxica haya sido ambivalente en cuanto a alentar a su hija a adoptar el rol femenino directo y tradicional de crianza, ya que sus propias experiencias, y las de su madre y abuela antes que ella, posiblemente le indicaron que para sobrevivir la mujer debe ser muy independiente. Es probable que estas madres hayan hecho dos cosas: por una parte, alentar la independencia en sus hijas, por lo que esperan un gran rendimiento en la escuela y el trabajo; por otra, animarlas a ser consideradas con otros miembros de la familia, por lo que se espera de ellas gran lealtad, interés y preocupación por la familia, a la vez que son prudentes en su trato con personas ajenas a ellas (Duker y Slade, 1995).

Es común hablar de las presiones ejercidas por la moda en las mujeres, y sin duda que influye mucho la imagen femenina que proyectan los medios de comunicación masiva. Sin embargo, es muy fácil atacar a esta industria de la moda por sus inmorales tácticas de explotación comercial. Pero al hacerlo se pasa por alto el efecto que tienen las presiones ejercidas por la ética del trabajo. Parece más sencillo atribuir a las frivolidades de la moda y los cosméticos la imagen creada por la sociedad en torno a la femineidad, al rol femenino y a otros factores relativos al papel esencialmente de la mujer. Pero no se tiene en cuenta la influencia del estrés que en la mujer responsable actual provoca la escasez de oportunidades de éxito en ocupaciones de clase media durante un período de transición económica (Duker y Slade, 1995).

Este punto de vista también ha hecho que se pase por alto la forma en que las mismas presiones morales, y los mismos y opuestos conflictos, afectan a varones jóvenes y adultos (Slade, 1984). Además, en los varones no existe un proceso fisiológico tan claro como el cese de la menstruación que haga que acudan con el médico, o que pongan sobre aviso a sus familiares acerca de su mayor rigidez y control mental. Debido a ello en la población masculina a veces pasan inadvertidas la anorexia nerviosa y la bulimia, e igualmente se ve retrasado su diagnóstico (Duker y Slade, 1995).

La perspectiva de ganar peso se vuelve crecientemente traumática para los anoréxicos debido a que no pueden darse cuenta del grado de deterioro en que se encuentran. Sin importar el peso que tenga el afectado, permanece el sentimiento de estar obeso. Por tanto, ya que los anoréxicos nunca se sienten delgados, siempre se esforzarán por estar más esbeltos, al grado de que han muerto personas creyendo todavía que estaban gordas (Shelley, 1999).

TRATAMIENTO

Las anoréxicas, lejos de sentir que requieren ayuda, prefieren estar delgadas y perder peso. Desde su punto de vista, es bueno no comer. Estas enfermas piensan que la dificultad real radica en la preocupación de quienes las rodean. Debido a ello, quienes más solicitan auxilio son familiares y amigos del sujeto. Y aunque la paciente se percata de que su modo de vida sin alimentarse la limita y deteriora, sigue creyendo que no es pertinente la ayuda (Duker y Slade, 1995).

Algunos enfermos necesitan internarse en el hospital, pero la mayoría puede recuperarse sin tratamiento como paciente internado, por medio del uso de varias otras instalaciones disponibles incluyendo tratamiento como paciente diurno o paciente ambulatorio, autoayuda, grupos de apoyo locales, psicoterapia individual y de grupo, y terapia familiar. Una amplia esfera de sistemas terapéuticos han demostrado ser benéficos para los pacientes con trastornos alimentarios. Éstos incluyen grupos de toma de conciencia, grupos de imagen corporal, análisis transaccional y entrenamiento en asertividad. Los servicios de apoyo disponibles por medio del médico general pueden incluir nutriólogos, asesores y equipos comunitarios para la salud mental (Shelley, 1999).

3.4 BULIMIA NERVIOSA

Derivada de raíz griega "bulimia" significa hambre de buey, fue estudiada hasta finales del siglo XIX e inicios del XX como trastorno alimentario; fue descrito por primera vez en la cultura occidental por Jenofonte en el año 970 a.c. lo que hoy se considera como prácticas bulímicas (atracones y vómitos; se sabe que los griegos en la antigüedad recurrían a los vómitos en algunas prácticas religiosas y sociales. (Chinchilla, 1995 en Cruz y Estrada, 2001). Hoy es definida fundamentalmente como la pérdida de control sobre la ingesta de comida, pudiendo estar asociada a mecanismos de compensación para evitar el sobrepeso con la inducción de vómitos.

Conforme al DSM-IV-TR (2001, p. 250 y 251), los criterios diagnosticados para la bulimia nervosa son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - ↘ ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - ↘ sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- 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 periodo de 3 meses.

- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece oclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

También el DSM-IV-TR menciona que este trastorno se encuentra dividido en dos categorías:

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

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

De acuerdo con Feinstein y Scrosky (1988), la bulimia es el trastorno en la alimentación más desconcertante, en la medida en que puede coexistir ya sea con la obesidad o con la anorexia nerviosa, o presentarse como una entidad separada. Mencionan que esta se caracteriza por episodios repetidos de ingestión rápida de grandes cantidades de comida durante un período discreto de tiempo, por lo general, inferior a dos horas. Habitualmente los pacientes son conscientes de que su alimentación compulsiva es anormal y temen ser incapaces de interrumpir en forma voluntaria el acto de comer. A posteriori de estos episodios, a menudo experimentan un ánimo deprimido y sentimientos de autodesprecio. En forma semejante a los individuos que tienen adicción a las drogas, al alcohol, al tabaco y al juego, las personas bulímicas siempre tratan de convencerse a sí mismas de que el episodio más reciente será el último. La bulimia, da lugar entonces, a episodios de sobrealimentación una o varias veces al día. La persona come rápidamente, casi sin saborear los alimentos. Su peso suele estar dentro del rango normal, precisamente por los mecanismos de compensación que además de los vómitos se busca en el consumo de laxantes y otros productos (Serrato, 2000). Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos –con frecuencia altos en calorías-. Por lo general, se ingieren dichos alimentos en secreto, lo cual puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo. La purga ocurre con más frecuencia por medio del vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo (Sherman y Thompson, 1999).

Los mismos autores manifiestan que el abanico de comportamientos puede variar en gran medida de una persona a otra. Mientras que algunos pacientes comen en exceso y se purgan varias veces al día, algunos sólo lo hacen ocasionalmente. De igual modo, la purga puede adoptar varias formas. Si bien la mayoría de las bulímicas se induce el vómito, algunas rara vez lo hacen o nunca vomitan. Otras pueden combinar métodos de purga, tales como los vómitos y el abuso de laxantes o de ayunos, demasiado ejercicio y abuso de diuréticos.

Serrato, (2000) menciona que este trastorno puede comenzar como un experimento temporal en el control de peso, o bien como asimilación de una conducta que por condiciones diferentes la hace disponible socialmente. Advierte que cuando se hace visible, es cuando alcanza la categoría de desviación.

Generalmente la bulimia se desarrolla en mujeres blancas adolescentes o jóvenes adultas. La prevalencia del trastorno es de 1 a 3%; del 7 al 15% de los casos son mortales; predomina en clase media o media-alta (DSM-IV, 1995). Se consideran como indicios de un pronóstico negativo una larga duración del trastorno, edad de comienzo temprana, elevada frecuencia de atracones y vómitos, aunado a una historia familiar de alcoholismo y depresión, el pronóstico resultaría más favorable si la detección se realiza en la etapa inicial del trastorno (Chinchilla, 1995 y Toro en 1996). En la mayoría de las familias con un miembro bulímico existe comunicación deficiente y destructiva; de tal manera que el paciente bulímico no puede expresar sus emociones directamente, lo que genera frustración que en este caso es afrontada por medio de la comida evitando así sentimientos displacenteros (Sherman y Thompson, 1999 en Mendoza y Rodríguez, 2002).

“La mayoría de las bulímicas desarrollan por vez primera sus síntomas entre los 16 y los 20 años de edad. Aunque la bulimia se presenta en proporciones epidémicas entre estudiantes, lo cierto es que un número impreciso pero significativo de mujeres mayores, con éxito y desenvueltas, tienen historiales de atracón, purga y obsesión por el peso, que mantienen ocultos” (Serrato, 2000 p. 30).

“La bulimia tiene tres componentes: componente conductual que son los componentes reales de comer y purgarse; componente cognoscitivo, que es la forma en que las personas bulímicas piensan acerca de sí mismas y su mundo y finalmente el componente emocional que es la forma en que el paciente bulímico maneja sus emociones. Para comprender mejor que es la bulimia se requiere entender las tres partes del problema; fundamentalmente darse cuenta que los excesos en la alimentación y las purgas se usan para manejar emociones desagradables, ya que descubren que lo anteriormente mencionado las pueden distraer temporalmente de lo mal que se sienten; estos sentimientos resurgirán inevitablemente, provocando una mayor necesidad de excederse en la ingesta de la comida y purgarse” (Sherman y Thompson, 1999 en Mendoza y Rodríguez, 2002, p. 23). Existen factores biológicos, familiares y socioculturales, los cuales predisponen predominantemente a mujeres adolescentes y jóvenes a desarrollar bulimia.

FACTORES BIOLÓGICOS

Algunos escritos sugieren que la bulimia puede ser la expresión sintomática de un desorden afectivo biológicamente mediatizado. Se han ofrecido varias evidencias convergentes en apoyo de esta hipótesis. La primera línea de evidencias se relaciona con los descubrimientos preliminares de que un gran número de pacientes bulímicos informan acerca de síntomas característicos de enfermedad unipolar y bipolar. Estos síntomas incluyen persistencia de estados de ánimo deprimido y sumamente variable,

baja tolerancia a la frustración, ansiedad y pensamientos suicidas (Glassman y Walsh, 1983; Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun- Todd, 1983; Jonson y Larson, 1982; Russell, 1979). Es posible que los síntomas depresivos sean efectos secundarios fisiológicos de la pérdida de peso o de las fluctuaciones en la nutrición, o bien efectos secundarios psicológicos de repetidas exposiciones a modelos de pensamiento o conducta que provocan sentimientos de impotencia, vergüenza, culpa e ineficiencia (Jonson y Maddi en Feinstein y Sorosky, 1988).

Si bien es necesario seguir investigando para probar la prevalencia de desórdenes afectivos en los pacientes bulímicos, queda claro que el grupo en cuestión adolece de una importante inestabilidad afectiva que puede haber precedido a la aparición de los síntomas bulímicos. Por otro lado, dada la alta frecuencia de desórdenes afectivos y adicciones que existe entre los parientes de estos pacientes, se puede especular que probablemente el entorno familiar refleje parte de la inestabilidad que experimentan los parientes (Jhonson y Maddi en Feinstein y Sorosky, 1988).

FACTORES FAMILIARES

Johnson y Flach, 1985 y Ordman y Kirschenbaum, 1984 (en Feinstein y Sorosky, 1988) informaron que, comparadas con familias de control normales, las familias de bulímicas de peso normal manifestaban mayor agresión, cólera y conflicto; utilizaban un modelo de comunicación más indirecto; se apoyaban y comprometían menos entre ellos; ponían menor énfasis en la afirmación y la autonomía y estaban menos interesadas en acontecimientos políticos, sociales, culturales y recreativos, a pesar de que expresaban mayores expectativas de rendimiento.

FACTORES SOCIOCULTURALES

La falta de control de peso, que conduce a una obesidad moderada, favorece la discriminación social, el aislamiento y la baja autoestima. Wooley y Wooley (1979) revisaron numerosos estudios que documentan el estigma de la obesidad en la infancia y la adolescencia. Afirman que tanto los niños de peso normal como los que tienen sobrepeso adjudican a las siluetas obesas calificativos peyorativos tales como estúpido, haragán, sucio, desaliñado, vulgar y feo. Las niñas agregan otros adjetivos tales como preocupada, triste y solitaria, lo cual sugiere que para ellas la obesidad conlleva connotaciones de aislamiento social (Allon, 1975; Staffieri, 1967).

EFFECTOS COLATERALES Y TRATAMIENTO

Son varios los problemas médicos que pueden resultar de la bulimia, de los cuales Sherman y Thompson (1999, p. 23 y 23) mencionan los siguientes:

- Ciclo menstrual irregular.
- Problemas estomacales e intestinales.
- Cutis seco.

- Enfermedad dental y de las encías, incluyendo erosión del esmalte dental y aumento de caries.
- Desequilibrio de los electrolitos.
- Tumefacción e inflamación (edema).
- Molestias en garganta y esófago.
- Inflamación de la glándula parótida (debajo de la mandíbula).

Asimismo menciona que la mayoría de ellos, con excepción de la erosión dental, pueden corregirse y son reversibles una vez que han cesado los comportamientos bulímicos.

Al desarrollar bulimia, se suele buscar a alguien que mitigue su aflicción, pero no suponen que deban modificar su conducta. En comparación con los problemas más tangibles y evidentemente apremiantes de otras personas, consideran que son ilógicas e injustificadas sus propias dificultades ocasionadas por la comida y el peso. Las bulímicas por lo general se sienten desesperadas y disgustadas por los métodos que emplean para controlar su ingestión de alimentos, que temen que los demás se enteren de su trastorno. Sienten que nada se puede hacer por ellas. es quizá cuando creen que están al borde del suicidio cuando buscan el apoyo que necesitan (Duker y Slade, 1995).

3.5 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Este tipo de trastorno se clasifica a partir del DSM-IV (1995) y se caracteriza por el exceso del comer sin purgación y otras conductas de anorexia y bulimia acompañadas de peso normal o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida. Se estableció para describir los trastornos del comer no definidos específicamente como anorexia y bulimia (Cruz y Estrada, 2001).

Conforme al DSM-IV-TR (2001, p. 251), La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

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

MALTRATO INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen pocos estudios que han investigado el maltrato físico infantil o la violencia familiar en adición al abuso sexual entre los pacientes con desordenes alimentarios, aunque están limitados en cantidad los estudios disponibles indican que altos niveles de conflicto, fuerte uso de amenazas y coerción física para resolver conflictos familiares y violencia entre los padres tienden a ser más comunes en las experiencias de la familia de origen de pacientes con bulimia nerviosa (con o sin un diagnóstico de anorexia nerviosa) en comparación con pacientes con anorexia restringida y sujetos de control no psiquiátricos. Sin embargo los estudios que han examinado las tasas del maltrato físico infantil de pacientes bulímicos no han encontrado diferencias con otros grupos. Además aparte de los limitados reportes de las tasas de abuso todavía es menos conocido los tipos de maltrato y castigo infantil de las mujeres con bulimia nerviosa y las creencias de estos pacientes con relación a estos eventos, así como en los factores ambientales y familiares que tienden a ser asociados con tales experiencias (Rorty, Yager y Rossotto, 1995).

4.1 VÍNCULO AFECTIVO

Debido a la asociación que existe entre los factores ambientales y familiares con los trastornos alimentarios se considera importante hablar del apego o vínculo afectivo entre hijos y padres, principalmente con la madre. El apego es el lazo emocional permanente que une a una persona con otra, se muestra comúnmente como un esfuerzo por buscar proximidad y contacto con la figura del apego, especialmente bajo situaciones que provocan estrés. Es el desarrollo gradual de una relación recíproca de afecto entre el niño y la madre durante los primeros años de vida (Bowlby, 1976). Al respecto Solloá, 2001 menciona que un bebé puede desarrollar un apego seguro siempre y cuando haya consistencia y disponibilidad por parte de la madre esto es esencial en los primeros seis meses de vida.

En 1946, el pediatra psicoanalista René Spitz publicó un trabajo que habla acerca de la reacción de los bebés ante la separación de la madre, se observó que aquellos lactantes que eran separados de sus madres a los 6 meses y habían desarrollado un vínculo normal con sus madres reaccionaban con actitudes quejasas y llanto; y posteriormente caían en estado de retraimiento y letargo y yacían en sus cunas con expresión ausente, sin prestar atención a su alrededor así mismo respondían con llanto y chillidos cuando se les acercaba un extraño. Si el bebé no volvía a reunirse con su madre, desarrollaba poco a poco un síndrome que Spitz denominó "depresión anaclítica", el cual se caracterizaba por pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a las personas, inexpresividad y mirada extraviada. Si madre e hijo volvían a estar juntos al cabo de un período de tres a cinco meses, el síndrome era reversible; pero si la separación era mayor a cinco meses se consolidaba y se volvía irreversible, así los niños presentaban deterioro en distintas áreas de desarrollo, así como mayor predisposición a la enfermedad; a este cuadro se le denominó "hospitalismo". A partir de ello se conjetura que el niño dirige la agresión contra sí mismo ya que no cuenta con

un objeto externo materno capaz de absorber sus impulsos destructivos y de neutralizar los instintos agresivos mediante una fuerte respuesta libidinal (Solloá, 2001). Al respecto Bowlby (1976) explicó que la madre despierta actitudes instintivas de apego en el bebé y este a su vez moviliza actitudes innatas de apego en ella y que el período más sensible de ciclo vital para el desarrollo del apego y la estructuración de la conducta se da durante los cinco primeros años de vida también propuso tres etapas en el proceso de separación:

- **Etapas de protesta** en esta etapa el bebé se encuentra trastornado y por medio del llanto, chillidos y sacudidas trata de restablecer el contacto con su madre.
- **Etapas de desesperación** durante esta etapa el bebé aún parece tener esperanzas de reunirse con la madre, pero su llanto se vuelve más tranquilo y constante, así poco a poco cae en el silencio, disminuye sus movimientos y termina por impresionar como profundamente deprimido.
- **Etapas de defensa, desapego o desvinculación** en esta etapa el bebé parece recuperado de la pérdida y reacciona ante otros adultos, se muestra otra vez contento y sociable, pero ya no individualiza a su madre y hasta puede llegar a ignorarla si llega a reaparecer. Cuando estos lactantes pasan por reiteradas separaciones, su apego hacia las figuras maternas es cada vez menor y con el tiempo se transforman en adultos incapaces de experimentar emociones y empatía (Bowlby, 1976 citado en Solloá, 2001).

En relación al apego el DSM-IV-TR (2001) considera que una crianza intensamente patógena, es decir, desatención permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto, así como la desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño o cambios repentinos del cuidador primario, es una característica definitoria del trastorno reactivo de la vinculación. Además menciona que cuando una crianza es intensamente patógena no provoca alteraciones relevantes en el área social puede hablarse de abandono o maltrato infantil, o bien, problemas en la relación padre-hijo, pero no de un trastorno de vinculación.

El trastorno reactivo de la vinculación de acuerdo al DSM-IV-TR (2001), puede asociarse a retrasos del desarrollo, trastornos de la alimentación como pica o rumiación y con malnutrición. Se presenta durante los primeros años de vida y antes de los cinco, su curso parece variar en función de factores individuales del niño y de los cuidadores, la gravedad y duración de la privación psicosocial y a la naturaleza de la intervención.

4.2 RELACIÓN ENTRE MALTRATO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Alrededor de la alimentación se estructura el eje de interacción más precoz entre madre e hijo, eje que constituye el núcleo de referencia de diversos estadios posteriores del desarrollo, por ejemplo, si una madre menciona que la leche materna no le cae bien al niño y que constantemente tiene problemas digestivos, después acude con frecuencia a los hospitales debido a que su hijo no sube de peso, presenta dificultad para dormir y continuamente llora por todo y no tiene deseos de comer y así a medida que va creciendo el niño expresa que no quiere comer se podría interpretar

desde el punto de vista clínico que el niño no puede aceptar el cariño materno, biológicamente no metaboliza adecuadamente sus alimentos, es por ello que la madre se desespera y amenaza al niño con golpearlo si no come (Ajuriaguerra, 1996).

Craig (1997) manifiesta que la estabilidad de las conductas sociales depende en gran parte de la manera en que los padres manejen el reforzamiento de las conductas infantiles. En el proceso de la socialización los padres y la familia son sumamente significativos para el aprendizaje del niño, no solamente por que ellos manipulan la recompensa o el castigo en las diferentes acciones manifestadas por el pequeño ya que con frecuencia los padres emplean gestos simbólicos en la crianza de sus hijos como: enfado (real o fingido), amenaza, advertencia, castigo o agrado. Los emblemas son probablemente los gestos con menor relevancia psicológica, pero no por ello dejan de imprimir su huella en aquellos que lo reciben y más aún si estos son reiterativos, la literatura afirma que los padres son los encargados de transmitir a sus hijos las normas sociales, las costumbres, creencias, valores, formas de vida, comunicación, hábitos, actitudes, estilos de solución de conflictos, forma de vestir, gustos y gracias por medio de los cuales los niños se van adaptando a la sociedad.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1996), las madres de las personas anoréxicas son descritas como autoritarias, manipuladoras y dominantes, argumenta que dichas madres están lejos de presentar un perfil psicopatológico preciso. Menciona que en ellas la relación alimentaria parece ser el eje de interacción privilegiado, enmascarando bajo la necesidad de alimentar al bebé la angustia de no ser buena madre, o bien de abandono o muerte. La anorexia puede ser entendida como una tentativa para evitar la fase de saciedad y calma, experimentada como potencialmente dañina al haber desaparecido toda tensión.

Los niños con trastorno reactivo de vinculación en la infancia y la niñez, son llevados en primera instancia al pediatra debido a que presentan algún problema médico severo como infecciones o problemas alimentarios: como rumiación, regurgitación, vómitos, manierismo y desagrado electivo, patomanía, pica, coprofagia, mericismo, anorexia mental grave o bien anorexia neonatal. Ajuriaguerra (1996) expresa que la obesidad y/o anorexia aislada son equivalentes depresivos en el menor, ya que de igual manera aparece como modificación inhabitual del apetito y/o peso, en las conductas que destacan como síntomas más importantes de la depresión infantil (Solloá, 2001).

En referencia a las expectativas que presentan los padres en relación a sus hijos Stierlin y Weber en 1990 encontraron en una serie de casos, que los progenitores con frecuencia desean tener un hijo varón y aunque nunca se discuta o mencione dentro de la familia se sienten amargamente defraudados con el nacimiento de una niña lo cual halla expresión en la conducta de los padres para con la niña, en especial de la madre la cual de manera no verbalizada comunica el hecho de que se sentiría mucho mejor si no tuviera a la niña, o por lo menos, si esta carga no fuera tan pesada, este tipo de deseos no se le escapan a la hija. Cuanto más sensible sea en su relación con la madre, más probable es que capte la ambivalencia que siente su madre por ella (amor-odio). Se preguntará si realmente es amada y apreciada por sí misma y la duda la

acosará toda su infancia sin poder hallar una respuesta definitiva mostrándose como duda existencial, lo cual prepara el terreno para un drama que posteriormente –cuando se manifieste la anorexia nerviosa- se revelará en plena medida. Concluyen así que el tipo de vínculos que descubrieron en las familias de anoréxicas casi invariablemente se compone de una enorme 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 mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procura enfrentar su propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas (abiertas) de la madre y convirtiéndose en una comparación de virtud. En apariencia a menudo lo logra. Se dice que las pacientes anoréxicas eran niñas particularmente buenas que destacaban en la escuela y los deportes a diferencia de sus hermanos y hermanas “problemáticos” nunca daban motivo de queja (Stierlin y Weber, 1990). Al respecto Salzman (1997) menciona que la inestabilidad y la falta de una buena experiencia con la madre provoca en adolescentes entre 18 y 22 años sentimientos ambivalentes provocando que padezcan bulimia y anorexia.

En un estudio realizado por Rorty, et al. en 1995, que consistió en relacionar los aspectos del castigo físico infantil y ambiente familiar con la bulimia nerviosa se encontró que los sujetos con bulimia se percibían a sí mismos más merecedores de castigo físico que sus pares que no tenían un desorden alimentario a pesar de que habían recibido un castigo más duro y arbitrario.

Dichos autores también mencionan que los niños maltratados, especialmente aquellos que fueron maltratados tempranamente y a través del tiempo tienden a internalizar la idea de que son malos, sin valía y culpables y por tanto merecen el castigo que reciben, es por ello que quizá se justifica dicha percepción. Los resultados que obtuvieron dichos autores en su estudio sugieren que el maltrato físico infantil es más común entre mujeres con una historia de bulimia nerviosa y está asociada con una mayor disfunción familiar global. Aunque las mujeres bulímicas percibían su castigo como más severo y arbitrario en comparación al grupo sin desorden alimenticio ellas se creían más merecedoras de tal castigo.

Bulik, Sullivan, Carter y Joyce en 1997 (citados en Marcus y Kalarchian, 2003), mencionan que no hay una edad determinada de inicio para los problemas alimentarios, lo que identificaron en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa es que este tipo de problemas se desencadenan después de haber llevado a cabo algún tipo de dieta; Marcus, Moulton y Greeno en 1995 por medio de una estrategia diferente evaluaron la edad de inicio de los comedores compulsivos, compararon mujeres obesas con una iniciación antes de los 18 años y mujeres con iniciación después de los 18 años. Las mujeres con una iniciación más temprana desarrolló un problema de peso a la edad de 12.2 años, el trastorno a los 12.8 años y la iniciación de dieta a los 14.4 años de edad en contraste el grupo con iniciación posterior tuvo problemas de peso aprox. 19.6 años, la primera dieta a los 20.4 años y la iniciación de comer en exceso a los 28.8. lo que descubrieron es que las personas entre más temprano inicien con la

preocupación por el peso, al ser gorditos y posteriormente someterse a dietas son más vulnerables para desarrollar una historia de bulimia nervosa y desorden de humor.

Stice, Agras, y Hammer en 1999, siguieron un muestreo comunitario de 216 niños desde su nacimiento hasta la edad de 5 años para evaluar perturbaciones del comer, encontraron diversas conductas, entre ellas que en ocasiones los niños ocultaban alimentos favoritos en la sala u otra parte de la casa, también que disfrutaban tanto comiendo que parecían tener dificultad para comer durante sus cinco años de estudio encontraron que el 18.1% de los niños comían en secreto mientras que el 33.8% no podían parar de comer.

Fairburn, Welch, Doll, Davies y O' Connor en 1997 (citados en Marcus y Kalarchian, 2003), sugieren que aquellos niños que poseen historias familiares de obesidad pueden estar en mayor riesgo para el desarrollo de bulimia cuando el tipo de niñez que tuvieron resultó adversa o tuvieron un desorden psiquiátrico, particularmente depresión. Goodman y Whitaker, 2002 (citados en Marcus y Kalarchian, 2003). También vinculan la depresión con la obesidad en adolescentes.

Ritter (1998) realizó una investigación en la cual señala que las relaciones entre la madre dominante y su maternaje afectan al grado de enfermedad de la hija; la creciente crítica por la cultura respecto al peso y al cuerpo, traen consecuencias severas a la percepción de las adolescentes, haciéndose más autodestructivas para ser más atractivas. En relación a ello Spinello (1998) encontró por medio de su investigación que la relación de la madre con su hija muchas veces es irregular, poco emotiva, sin presencia fomentando una profunda inseguridad alterando las funciones neuroquímicas haciéndose más vulnerables.

En una comunidad basada en estudios de mujeres Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies y O' Connor (1998) encontraron que una proporción de abuso sexual (29%) y abuso físico (21%) reportado por pacientes que comen en exceso fueron similares a aquellos reportados por pacientes con bulimia nerviosa (35 y 32%) y por controles psiquiátricos (26 y 29%) y fueron mayores que aquellos reportados por controles normales (11 y 10%). Así mismo Yanovski, Nelson, Dubbert, Spitzer en 1993 (citados en Grilo, y Masheb, 2002), manifestaron que el 28% de 43 obesos con trastornos alimentarios y el 19% de 85 obesos sin trastornos alimentarios reportaron historias de abuso sexual.

Sherman y Thompson (1999), describen un factor que suele encontrarse en la mayoría de las familias con un miembro bulímico, la comunicación deficiente o destructiva la cual puede aumentar el riesgo de la bulimia. Mencionan que estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta por que los padres nunca aprendieron de sus propios padres (quienes, a su vez, nunca aprendieron de sus padres, y así sucesivamente) a expresar sus sentimientos en una manera confortable y apropiada. Por tanto, los hijos en esas familias crecen en un ambiente en el cual, si acaso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional.

Maharaj (2000) realizó estudios en adolescentes para conocer la relación con la diabetes mellitus, la anorexia y las relaciones familiares, los resultados fueron que las relaciones que describen las madres con respecto a sus hijas, es que hay una mala calidad en cuanto a las relaciones familiares, no hay apoyo y existe un desequilibrio en la estructura familiar, el control y la independencia. Resultando así que en las familias menos rígidas o controladoras existe un mejor control metabólico ya que en las familias rígidas es más probable encontrar un desorden alimentario entre las chicas adolescentes. Stasch y Reich (2000), realizaron un estudio con chicas alemanas de familias que padecen bulimia nerviosa, y encontraron que las relaciones con padres son conflictivas, siendo más con la madre que con el padre.

Cooper y Burrows (2001) realizaron un estudio piloto de madres con desórdenes alimentarios, donde encontraron relación entre el desorden y la familia; se encontró que generalmente ataca a las hijas, siendo estas niñas con bajo peso y conductas negativas. Mencionan que este desorden se presenta cuando las madres tienen creencias falsas sobre la alimentación, ya que consideran que sus hijas tienen sobre peso, por lo que su preocupación general es acerca del peso, su figura y forma de comer. La madre se toma como el modelo a seguir de la hija, puesto que sus comentarios parecen ser importantes, debido o a través del aprendizaje social. Los resultados revelan la posibilidad de que mujeres con sobrepeso pueden tener y llevar preocupaciones elevadas a sus hijas. Tomando en cuenta que en este estudio se encontró que las madres de las jóvenes con sobrepeso eran más pesadas que las madres del grupo consideradas con peso promedio.

Stein y Robinson (2001) encontraron en su estudio que generalmente una madre que padece un trastorno de obesidad difícilmente puede enseñar una correcta forma de alimentación y por lo general las hijas de estas mujeres padecen síntomas como despertares nocturnos, dificultad para dormir y una conducta negativa.

Grilo y Masheb (2001) mencionaron que pacientes con trastornos alimentarios fueron evaluados en un amplio rango de experiencias de maltrato infantil las cuales resultaron inconexas a la edad de inicio de o con comunes niveles de obesidad. En contraste hallaron que el abuso emocional fue significativamente asociado con un mayor descontento con su cuerpo, alta depresión y baja autoestima, lo que ellos notaron es que el maltrato infantil puede ser asociado con el incremento de la angustia psicológica en general pero no específicamente con los rasgos de los desórdenes alimentarios.

Existen diversas investigaciones que han estudiado la pérdida de control al comer y estas coinciden en que es más común en niñas que en niños. Croll, Neumark-Sztainer, Story e Irlanda, 2002 (citados en Marcus y Kalarchian, 2003), estudiaron una muestra formada de 81, 247 de los novenos y doceavos grados quienes completaron en 1998 en Minnesota la encuesta del estudiante, en dicha encuesta ellos tenían que contestar si durante los últimos 12 meses habían tenido períodos de tiempo en donde se sintieran fuera de control y comieran sin parar, lo que encontraron fue que el 25.6% de las respuestas afirmativas pertenecían a mujeres y el 12.5% a hombres, resultando mayor en mujeres hispanicas y ligeramente menor en mujeres blancas, negras, asiáticas e indias estadounidenses.

Diferentes investigaciones mencionan que los desordenes alimentarios pueden ocurrir tanto en mujeres blancas como en negras, sin embargo las mujeres negras poseen mayor probabilidad de desarrollar bulimia nervosa y recibir un tratamiento relacionado a los diferentes problemas con la comida (Pica, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, y Fairburn, 2001; Striegel-Moore, Dohm, Pica, Wilfley, y Fairburn, 2002, citados en Marcus y Kalarchian, 2003). Así mismo sugieren que el abuso sexual puede ser un riesgo específico para los desordenes alimentarios entre mujeres negras puesto que se encontró que dentro de la muestra de mujeres con trastornos alimentarios manifestaron haber sufrido abuso sexual 66% de mujeres negras y el 23.8% mujeres blancas.

En cuanto a los estudios en relación a los hombres con trastornos alimentarios Russell (1997) menciona que los homosexuales están en mayor riesgo para desarrollar la bulimia que los heterosexuales, un equipo dirigido por el Dr. Daniel Carlat examinó a una población clínica de 135 hombres diagnosticados con desórdenes alimentarios, del total del grupo el 27% fue clasificado como homosexual o bisexual mientras que el 32% mencionó carecer de interés por el sexo por lo menos un año antes de que la investigación comenzara y por lo cual fue clasificado como grupo asexual. Casi medio grupo manifestó practicar la purga, el ayuno, vómito o laxante incluyendo un número desproporcionadamente grande de homosexuales y bisexuales (42%). Casi un cuarto de la muestra había sufrido anorexia, a diferencia de los estudios con mujeres para este estudio se llevó cerca de 15 años para reunir los 135 casos de hombres utilizados en este estudio. Una característica interesante del estudio es que los homosexuales parecen estar en riesgo especial hacia la bulimia, lo que parece sostener las teorías acerca de la bulimia que relaciona al género. También encontraron que los homosexuales poseen el mismo riesgo que las mujeres de ser violados en comparación con los heterosexuales, lo cual confirma otra teoría acerca de la relación entre los trastornos alimentarios y el abuso sexual.

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Día con día se va incrementando el número de personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria, principalmente anorexia y bulimia, al ver este tipo de problemática y para poder explicar el por que algunas personas son mas vulnerables que otras se decidió investigar si el maltrato podría tener alguna relación con el desarrollo de este tipo de trastornos.

OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es determinar si existen diferencias entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en relación al maltrato en preadolescentes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis₁: Existen diferencias en la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) dependiendo del maltrato (con y sin) de los preadolescentes.

Hipótesis₂: Existen diferencias en la conducta alimentaria de riesgo dependiendo del maltrato (con y sin) de los preadolescentes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: MALTRATO INFANTIL

Definición Conceptual: El maltrato infantil se define como un acto u omisión, verbal o material, intencionado o no que le genere al menor algún daño físico o psicológico (Fierro, 2001)

Definición Operacional: Maltrato infantil se define como las respuestas dadas durante la entrevista al instrumento guía de seguimiento de maltrato que signifiquen que el preadolescente ha sido maltratado en cualquiera de sus manifestaciones (física, sexual o emocionalmente).

VARIABLE DEPENDIENTE: SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Definición Conceptual: Es la configuración global que forma 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. Este cuerpo es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza y normas de rol) y la imagen del cuerpo, es así siempre una representación evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Definición Operacional: Se entenderá por insatisfacción a la diferencia entre figura actual y figura ideal que podrá ser positiva o negativa; mientras mayor sea la diferencia entre éstas mayor será la insatisfacción y mientras menor sea la diferencia, mayor satisfacción (Gómez Peresmitré, 1998)

VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Definición Conceptual: Es una variable compleja, que incluye patrones inadecuados de consumo de alimento

Definición operacional: Puntajes que se obtendrán mediante la aplicación de una Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El tipo de estudio fue de carácter comparativo; correlacional o ex post facto, ya que se investigó la relación entre las variables de estudio; de campo, debido a que los preadolescentes fueron entrevistados en la escuela y transversal, debido a que las observaciones se hicieron en un momento único en el tiempo y se describieron relaciones en variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

El diseño fue de dos muestras con observaciones independientes.

MUESTRA

Se trabajó con muestras intencionales de preadolescentes que se obtuvieron: a) de una población de madres maltratadoras que asistían a terapia a CAPSIM (Centro de Atención Psicoterapéutica para Mamás) y b) de hijos de madres no maltratadoras provenientes de escuelas primarias públicas. El tamaño de las muestras fue de 60 preadolescentes maltratados y 60 preadolescentes no maltratados.

INSTRUMENTOS

Se realizó una entrevista a madres maltratadoras que asisten a terapia a CAPSIM.

Se aplicó un cuestionario de trastornos alimentarios para preadolescentes (hombres y mujeres), hijos de madres maltratadoras que asistían a consulta a CAPSIM y aquellos preadolescentes que asistían a escuelas públicas.

Para identificar el maltrato en preadolescentes se realizó una entrevista de tipo cualitativo, llamada "guía de seguimiento de maltrato" a través de la cual se detectó si el preadolescente fue maltratado en su infancia, o si su maltrato únicamente pertenece a esta época de la preadolescencia.

A las madres de los preadolescentes se les aplicó la escala de maltrato, por medio de la cual se identifica si el maltrato es físico o emocional y un cuestionario de datos sociodemográficos.

PROCEDIMIENTO

Para la aplicación a preadolescentes maltratados:

- Durante la entrevista realizada a madres maltratadoras que asistían a CAPSIM, se les pidió su autorización para que sus hijos formaran parte del estudio (consentimiento informado).
- Se aplicó individualmente el cuestionario de trastornos alimentarios para preadolescentes (hombres y mujeres) hijos de madres maltratadoras y se les hizo una entrevista para corroborar los datos brindados por la madre y determinar el maltrato.

Para la aplicación a preadolescentes no maltratados:

- Se acudió a la escuela de los preadolescentes y se les invitó a participar en la investigación, haciéndoles saber que tenían la libertad de aceptar o no y que podrían interrumpir su participación en el cuestionario cuando así lo desearan, se les informó que los datos obtenidos serían anónimos.
- Se aplicó colectivamente el cuestionario de trastornos alimentarios para preadolescentes (hombres y mujeres) y la escala de maltrato para preadolescentes maltratados
- Posterior a la aplicación se realizó una entrevista individual a cada uno de los preadolescentes para determinar que efectivamente no eran maltratados

RESULTADOS

El maltrato infantil ha sido relativamente estudiado; se conocen las causas y consecuencias del mismo; Sin embargo es insuficiente la información que existe de la relación entre el maltrato infantil y los trastornos alimentarios. Como se sabe los trastornos de la conducta alimentaria (en particular anorexia y bulimia) hoy en día representan un fenómeno de gran preocupación social, debido al impacto que tienen los medios de comunicación sobre el comportamiento individual, los personajes que actúan en comerciales y diferentes programas televisivos constituyen un modelo a seguir. Esto aunado a la historia personal de cada individuo puede convertirse en un problema grave; es por ello que el propósito de la presente investigación fue averiguar si las variables insatisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo difieren cuando se compara un grupo de preadolescentes con maltrato y un grupo de preadolescentes sin maltrato, para ver si el maltrato pudiese influir para que en un futuro estos preadolescentes desarrollen algún tipo de trastorno alimentario; Aunque no se manejó como variable independiente al sexo es importante señalar que se analizaron los datos por separado para observar si existían diferencias en cuanto al sexo.

Para tal propósito, se procedió al análisis de los datos con el SPSS 11.0 para Windows. Los resultados obtenidos se muestran de manera conjunta, con la finalidad de facilitar la observación de las diferencias y similitudes halladas. Así mismo, se dividirá la presentación de estos, en tres partes:

- ◆ Descripción de la muestra
- ◆ Descripción de las variables de estudio
- ◆ Prueba de hipótesis

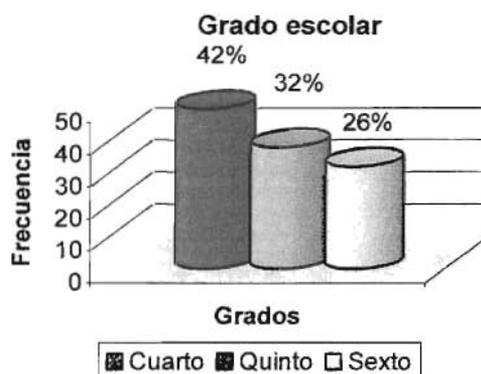
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó una muestra total no probabilística, de N=120 preadolescentes que cursaban el 4°, 5° ó 6° grado de primaria. La muestra total se subdividió en grupo 1 con n=60 preadolescentes (30 hombres y 30 mujeres) con maltrato y grupo 2 con n=60 preadolescentes (30 hombres y 30 mujeres) sin maltrato (Tabla 1). Se evaluó el grado escolar, como puede observarse en la figura 1 el 42% de nuestra muestra total se encontraba cursando el cuarto grado de primaria.

Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra total (N)

PREADOLESCENTES	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON MALTRATO	MUJERES	30	25%
	HOMBRES	30	25%
SIN MALTRATO	MUJERES	30	25%
	HOMBRES	30	25%
Total		120	100%

Figura 1 Distribución porcentual de la variable grado escolar



En la tabla 2 se encuentran expresadas las medias y desviaciones estándar para la variable edad, como se observa la media para el grupo con maltrato (hombres y mujeres) fue de $\bar{X} = 10.36$ las mujeres obtuvieron una desviación estándar de 1.21 y los hombres de 1.06. La media de edad para las mujeres sin maltrato fue de $\bar{X} = 10.40$ y para los hombres de $\bar{X} = 10.63$, la desviación estándar obtenida fue de 1.06 tanto para los hombres como para las mujeres.

Tabla 2 Distribución de la variable edad por sexo y por maltrato. Medias y Desviaciones Estándar

	PREADOLESCENTES	SEXO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
EDAD	CON MALTRATO	MUJERES	10.36	1.21
		HOMBRES	10.36	1.06
	SIN MALTRATO	MUJERES	10.40	1.06
		HOMBRES	10.63	1.06

Con respecto al lugar que ocupan los preadolescentes entre sus hermanos se encontró que la mayoría de ambos grupos era el hijo menor (fig. 2). En cuanto a la ocupación de sus madres más del 50% contestó que su mamá se dedicaba al hogar (fig. 3).

Figura 2 Distribución porcentual de la variable lugar que ocupa el entrevistado con relación a sus hermanos

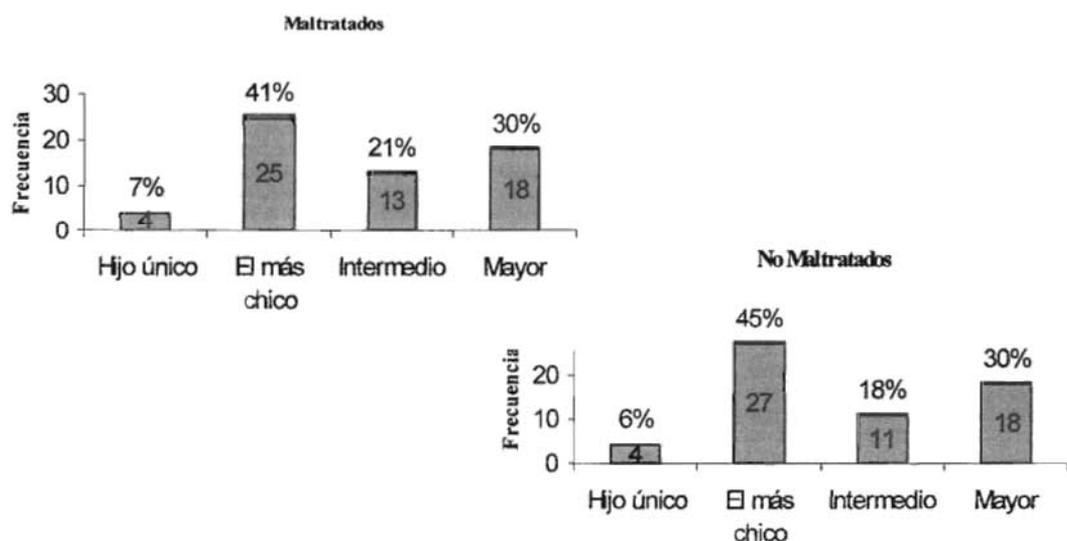
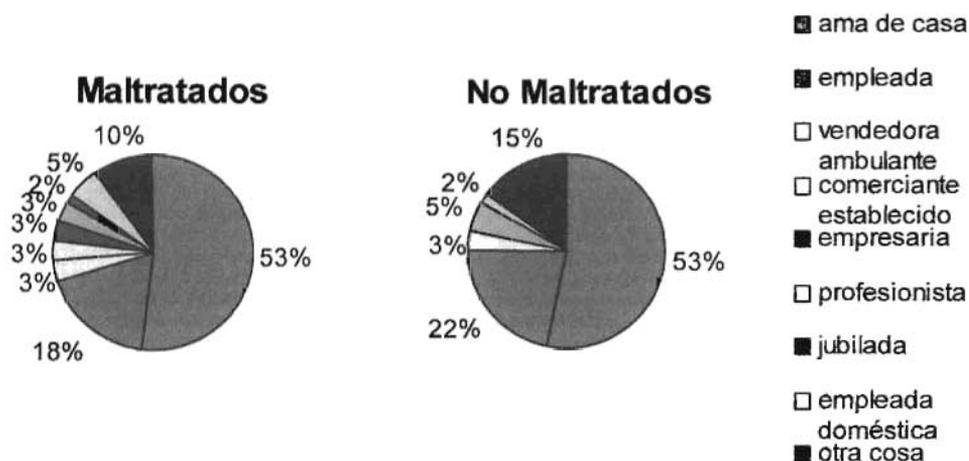


Figura 3 Distribución porcentual de la variable ocupación de la madre

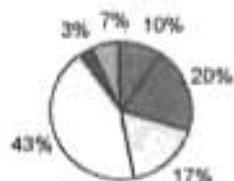


6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

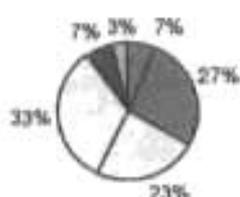
ELECCIÓN DE LA FIGURA ACTUAL. Con el propósito de obtener los resultados de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se obtuvieron primero los porcentajes de las variables Figura actual y Figura Ideal. Con respecto a la primera se pedía a los preadolescentes que eligieran aquella figura que más se les pareciera. A continuación se muestran en la figura 4 los porcentajes de la elección de las siluetas de la figura actual; las mujeres eligieron las siluetas que van desde demasiado delgada hasta muy obesa, con predominio en la elección de la silueta gordita (mujeres con maltrato 43% y sin maltrato 33%). En referencia a los hombres eligieron siluetas que van desde demasiado delgado hasta muy obeso solo dos preadolescentes prefirieron marcar la opción otro y dibujar su propia silueta, la mayoría de los hombres con maltrato eligió la silueta gordito (33%) en tanto que los hombres sin maltrato eligieron la silueta normal (37%).

Figura 4 Distribución porcentual en la elección de la figura actual

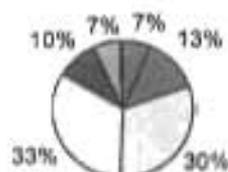
MUJERES CON MALTRATO



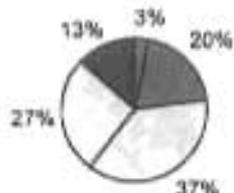
MUJERES SIN MALTRATO



HOMBRES CON MALTRATO



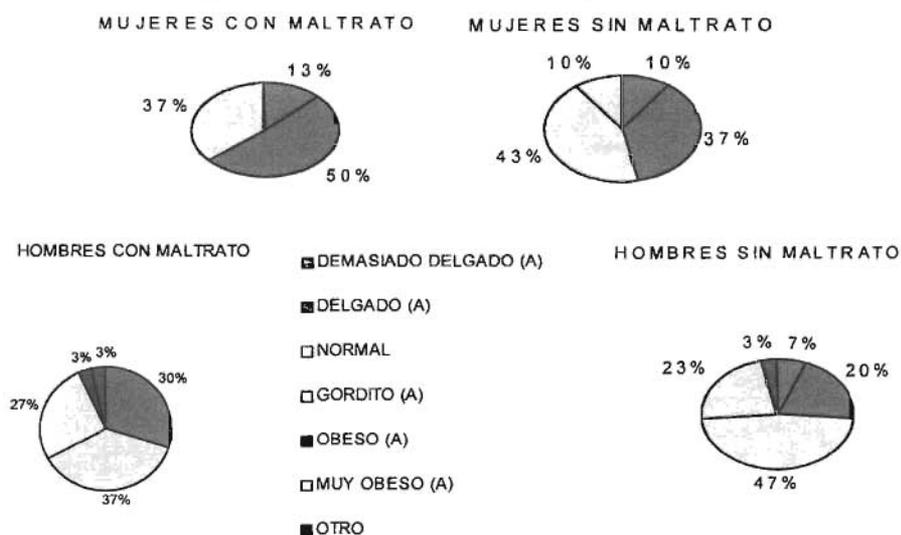
HOMBRES SIN MALTRATO



- DEMASIADO DELGADO
- DELGADO
- NORMAL
- GORDITO
- OBESO
- MUY OBESO

ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL. Cuando a los preadolescentes se les pidió que eligieran la figura que les gustaría tener (Figura Ideal), los porcentajes cambiaron, la mayoría de las mujeres con maltrato (50%) prefirió la figura delgada, mientras que la mayoría de los grupos restantes (hombres con maltrato, mujeres y hombres sin maltrato) prefirieron la figura normal (fig. 5).

Figura 5 Distribución porcentual en la elección de la figura ideal

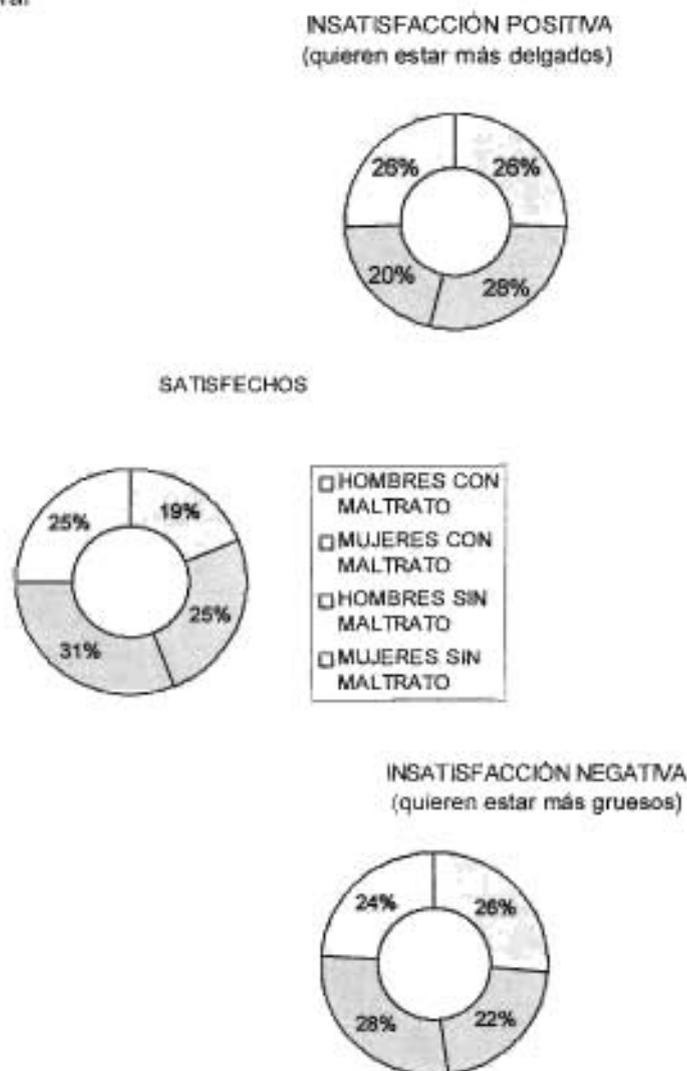


6.2.3 SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL. Para conocer si los preadolescentes se encuentran satisfechos o insatisfechos con su imagen corporal, al valor de la figura actual se le restó el valor de la figura ideal, si el resultado era cero se consideraba satisfecho, si daba positivo eran preadolescentes insatisfechos que quieren estar más delgados y si el resultado era negativo eran insatisfechos queriendo ser más gruesos, como puede observarse en la Tabla 3 el grupo que mostró encontrarse más satisfecho fue el de los hombres sin maltrato obteniendo el 4% del total de los preadolescentes satisfechos, el grupo de mujeres con maltrato obtuvo mayor puntuación siendo insatisfechos positivos (13%), es decir quieren estar más delgados, mientras que los hombres sin maltrato muestran mayor insatisfacción negativa queriendo ser más gruesos, la figura 6 representa gráficamente el porcentaje de cada uno de los grupos para la variable satisfacción/insatisfacción.

Tabla 3 Distribución porcentual por grupo de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

GRUPO	SEXO	INS. (+) Más delgados	SATISFECHOS	INS. (-) Más gruesos	TOTAL
CON MALTRATO	MUJERES	13%	3%	9%	25%
	HOMBRES	12%	2%	11%	25%
SIN MALTRATO	MUJERES	12%	3%	10%	25%
	HOMBRES	9%	4%	12%	25%
TOTAL		46%	12%	42%	100%

Figura 6 Distribución porcentual por grupo de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal



Con respecto a esta variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y para complementar la información, también se analizaron algunas preguntas: ¿Qué tan satisfecho me encuentro con mi figura? y ¿Me preocupa la forma de mi cuerpo?, en relación a éstas preguntas los resultados se grafican en las figuras 7 y 8 respectivamente.

Figura 7 Distribución de frecuencia para la variable ¿Qué tan satisfecho se encuentra el entrevistado con su figura?

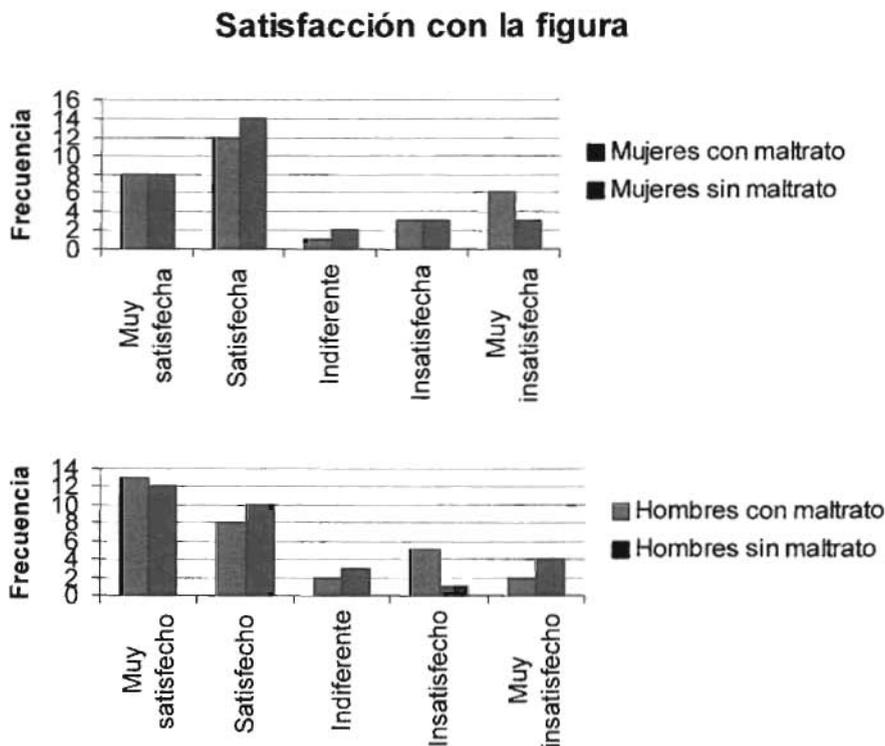
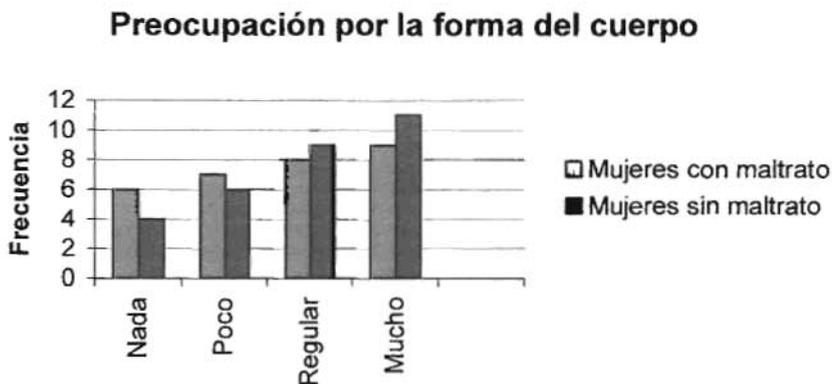
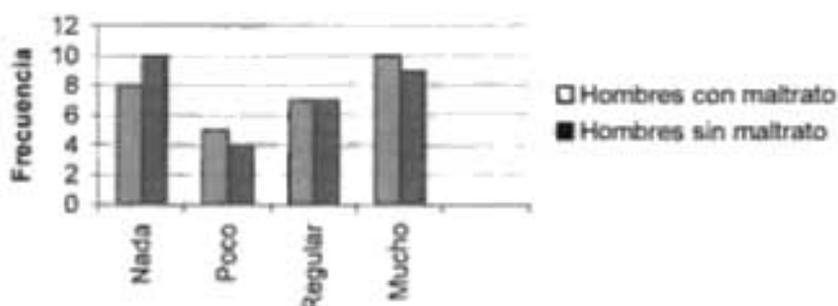


Figura 8 Distribución de frecuencia para la variable ¿Le preocupa al entrevistado la forma de su cuerpo?



Continuación Figura 8 Distribución de frecuencia para la variable ¿Le preocupa la forma de su cuerpo?

Preocupación por la forma del cuerpo



CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO. Para identificar el factor de riesgo con respecto a la conducta alimentaria se analizaron varias preguntas del cuestionario de alimentación para preadolescentes, y dependiendo el tipo del problema del que se tratará se le asignaba un valor por ejemplo si la respuesta era nunca se le asignaba el número 1 y si la respuesta era siempre le correspondía el 5, así, la calificación mínima era de 19 y la máxima de 95, de esta manera entre más puntos más riesgo, como se puede observar en la Tabla 4 la media del riesgo para las mujeres con maltrato fue de $\bar{X}=39.96$ con una Desviación Estándar de 9.16 y para los hombres con maltrato de $\bar{X}=40.12$ con una Desviación Estándar de 7.61; para el grupo de las mujeres sin maltrato fue de $\bar{X}=35.46$ con una Desviación Estándar de 8.43 y para los hombres sin maltrato de $\bar{X}=36.33$ con una Desviación Estándar de 5.89.

Tabla 4 Distribución por grupos de la variable riesgo. Medias y desviación estándar

	PREADOLESCENTES	SEXO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
RIESGO	CON MALTRATO	MUJERES	39.96	9.16
		HOMBRES	40.12	7.61
	SIN MALTRATO	MUJERES	35.46	8.43
		HOMBRES	36.33	5.89

6.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

De acuerdo con los resultados anteriores y con la finalidad de realizar la confirmación de la hipótesis: Existen diferencias en la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) dependiendo del maltrato (con y sin) de los preadolescentes, se aplicó la prueba paramétrica **t de student** para muestras independientes, teniendo como variable independientes el maltrato.

Como lo muestra la Tabla 5, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, con respecto al maltrato. Al comparar la misma variable con respecto al sexo tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6).

Tabla 5 Comparación entre los grupos de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por maltrato utilizando la prueba t.

GRUPO	MEDIA	DESVIACIONES ESTÁNDAR	t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA
Con maltrato	4.06	2.62	-0.10	116	0.92
Sin maltrato	4.06	2.62			

Tabla 6 Comparación entre los grupos de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por sexo utilizando la prueba t.

GRUPO	MEDIA	DESVIACIONES ESTÁNDAR	t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA
Mujeres	3.83	2.70	-0.10	116	0.92
Hombres	3.83	2.70			

Además se realizó un análisis de varianza de una clasificación para comparar la interacción de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por grupo (Tabla 7). En la Tabla 8 puede observarse que la media más alta corresponde a los hombres sin maltrato indicándonos que son los que se encuentran más satisfechos con su imagen corporal y la media más baja corresponde a las mujeres sin maltrato; sin embargo no se muestran diferencias estadísticamente significativas al $\alpha \leq 0.05$ por lo cual no se rechaza la hipótesis nula con respecto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en relación al maltrato (con y sin).

Tabla 7 Comparación entre los grupos por maltrato y sexo utilizando la prueba análisis de varianza de una clasificación, de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

FUENTE DE VARIACIÓN	GRADOS DE LIBERTAD	SS	MS	F	DF
Satisfacción Insatisfacción	Entre Grupos	5.492	3	1.831	271
	Dentro Grupos	783.300	116	6.753	
	Total	788.792	119		

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Tabla 8 Comparación entre los grupos por maltrato y sexo, medias y Desviación Estándar.

GRUPO	ME DIA	DESVIACION ESTÁNDAR
Mujeres con maltrato	3.90	2.75
Mujeres sin maltrato	3.76	2.76
Hombres con maltrato	4.23	2.52
Hombres sin maltrato	4.23	2.52

Otro factor que se analizó fue la conducta alimentaria de riesgo con el propósito de confirmar la hipótesis: Existen diferencias en la conducta alimentaria de riesgo dependiendo del sexo y maltrato (con y sin) de los preadolescentes, por lo cual se aplicó la prueba paramétrica **t de student** para muestras independientes.

La Tabla 9 muestra que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria de riesgo con respecto al maltrato. Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$ y se rechaza la hipótesis nula. Como puede observarse en la Tabla 10 al comparar la misma variable en cuanto al sexo no se produjeron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 9 Comparación entre los grupos de la variable conducta alimentaria de riesgo por maltrato utilizando la prueba t.

GRUPO	ME DIA	DESVIACION ESTÁNDAR	T	P	SIGNIFICANCIA
Con maltrato	40.05	8.35			
sin maltrato	37.71	9.02			

Tabla 10 Comparación entre los grupos de la variable conducta alimentaria de riesgo por sexo utilizando la prueba t.

GRUPO	ME DIA	DESVIACION ESTÁNDAR	T	P	SIGNIFICANCIA
Mujeres	37.71	9.02			
Hombres	40.05	8.35			

Se aplicó el análisis de varianza de una clasificación de una clasificación para entablar diferencias de riesgo de la conducta alimentaria por grupo, tomando como medida entre más puntuación mayor riesgo (Tabla 11). En la Tabla 12 puede observarse que las medias más altas pertenecen a los preadolescentes con maltrato y más aún los hombres que las mujeres por lo tanto los hombres muestran mayor conducta alimentaria de riesgo que las mujeres.

Tabla 11 Comparación entre los grupos por maltrato y sexo utilizando la prueba anova de una sola vía de la variable conducta alimentaria de riesgo.

Prueba de ANOVA	Entre Grupos	Dentro Grupos	Total	Suma de Cuadrados	gl	MS	F	Sig.
RIESGO	Entre Grupos	528.358	3	176.119	2,840	.041		
	Dentro Grupos	7194.567	116	62.022				
	Total	7722.925	119					

Tabla 12 Comparación entre los grupos por maltrato y sexo, medias y Desviación Estándar.

GRUPO	MEDIA	DESVIACION ESTÁNDAR
Mujeres con maltrato	39.96	9.16
Mujeres sin maltrato	39.96	9.16
Hombres con maltrato	40.13	7.61
Hombres sin maltrato	40.13	7.61

El análisis concluyó realizando una correlación entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo, con el fin de conocer si entre mayor era la insatisfacción había mayor conducta de riesgo o bien entre mayor satisfacción menor conducta alimentaria de riesgo. Primero se realizó una correlación entre conducta alimentaria de riesgo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal utilizando la última variable con puntajes crudos, es decir tomando en cuenta a los insatisfechos positivos (quieren ser más delgados) y a los negativos (quieren ser más gruesos) y como punto intermedio a los satisfechos encontrándose no significativa con una significancia de $p=.069$ (Tabla 13).

Tabla 13 Resultados de la correlación de Pearson para las variables conducta alimentaria de riesgo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal con puntajes crudos

		Correlación de Pearson
Riesgo	Correlación de Pearson	.167
	Significancia	.069
	Muestra	120

Dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas se procedió a recodificar a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal como un continuo desde el más insatisfecho hasta el satisfecho. Como podemos observar en la Tabla 14 tampoco resulto significativa teniendo una significancia de $p=.125$. Con lo cual se comprueba que la Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal no tiene una

correlación significativa con la conducta alimentaria de riesgo. Además se probó la correlación por grupos con la variable continua de satisfacción (Tabla 15) resultando significativa únicamente para el grupo de los hombres con maltrato.

Tabla 14 Resultados de la correlación de Pearson para las variables conducta alimentaria de riesgo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal ordenada por continuo de satisfecho a más insatisfecho.

		Continuo de satisfecho a más insatisfecho
Riesgo	Correlación de Pearson	.141
	Significancia	.125
	Muestra	120

Tabla 15 Resultados de la correlación por grupos con la variable continua de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

			Continuo de satisfecho a más insatisfecho
CON MALTRATO	Mujeres	Correlación de Pearson	.279
	Riesgo	Significancia	.135
		Muestra	30
SIN MALTRATO	Mujeres	Correlación de Pearson	.104
	Riesgo	Significancia	.585
		Muestra	30

Por último la Tabla 16 muestra la correlación por grupos con la variable original de positivos y negativos en donde puede observarse correlaciones significativas. Las mujeres maltratadas muestran una significancia de $p=.032$, los hombres maltratados muestran una significancia de $p=.012$ y las mujeres maltratadas significancia de $p=-.024$ con respecto a la conducta alimentaria de riesgo y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El único grupo que no mostró correlación fue el de los hombres sin maltrato. Por lo que podría decirse que a menor maltrato menor riesgo y entre mayor satisfacción con la imagen corporal menor riesgo; aunque debe tomarse en cuenta que la correlación fue baja.

Tabla 16 Resultados de la correlación por grupos con la variable original (positivos y negativos) de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

			Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal
CON MALTRATO	Mujeres	Correlación de Pearson	.391
	Riesgo	Significancia	.032
		Muestra	30
SIN MALTRATO	Mujeres	Correlación de Pearson	-.024
	Riesgo	Significancia	.900
		Muestra	30
CON MALTRATO	Hombres	Correlación de Pearson	.012
	Riesgo	Significancia	.459
		Muestra	30
SIN MALTRATO	Hombres	Correlación de Pearson	-.024
	Riesgo	Significancia	.900
		Muestra	30

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue conocer si existen diferencias en la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes (hombres y mujeres) con y sin maltrato, por lo cual se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

- ▼ Hipótesis₁: Existen diferencias en la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) dependiendo del maltrato (con y sin) de los preadolescentes.
- ▼ Hipótesis₂: Existen diferencias en la conducta alimentaria de riesgo dependiendo del maltrato (con y sin) de los preadolescentes.

Como pudo observarse en los resultados se rechazó la hipótesis de trabajo₁ por lo cual se aceptó la hipótesis nulas estableciendo que no existen diferencias en la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) dependiendo de el maltrato; aunque sí pueden observarse diferencias descriptivas. En cuanto a la hipótesis de trabajo₂ sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas lo que quiere decir que los preadolescentes con maltrato presentan mayor conducta alimentaria de riesgo que los preadolescentes sin maltrato. dependiendo del maltrato.

En cuanto a sus características demográficas ambos grupos resultaron muy similares entre sí, se contó con la misma cantidad de hombres y mujeres tanto para los maltratados como los no maltratados al igual que de hombres y mujeres, el mínimo de edad fue de 9 años y el máximo de 12, los preadolescentes en su mayoría dentro de ambos grupos contaban con 9 y 10 años, esto debido a que en su mayoría de los maltratados cursaba el cuarto grado y de los no maltratados el cuarto o quinto grado de primaria.

En su mayoría los dos grupos de preadolescentes manifestaron vivir en casa propia y pertenecer a una clase media. Una de las diferencias que se puede observar entre ambos grupos es el lugar que ocupan los preadolescentes entre sus hermanos, así la mayoría de los preadolescentes maltratados ocupan el último o el primer lugar entre sus hermanos, mientras que los no maltratados en su mayoría son los más pequeños, retomando la literatura, Rosselot, 1981 (citado por Cruz, 2000; p.17), mencionaba que algunas de las características que pueden facilitar la agresión son:

- ❖ Ser hijos no deseados
- ❖ Ser del sexo opuesto al esperado
- ❖ Ser concebidos fuera del matrimonio
- ❖ **Ser uno de los hijos menores en una familia numerosa**
- ❖ Presentar anomalías congénitas
- ❖ Llorar frecuentemente
- ❖ Ser irritables e hiperactivos

Al respecto Fontana (1984) y Kadushin y Martín (1985), mencionan que el hijo de más edad puede estar en mayor riesgo de ser maltratado, porque los padres consideran que su conducta debe servir de modelo para los hermanos menores.

La mayoría de las madres de los preadolescentes mencionó no contar con un trabajo y dedicarse al hogar, sin embargo las madres de los preadolescentes no maltratados que trabajan en su mayoría lo hacen medio tiempo y las madres de los preadolescentes maltratados lo hacen entre medio y tiempo completo, lo cual nos habla un poco acerca del tiempo que conviven con sus hijos y coincide nuevamente con la literatura ya que Rodríguez (1989), indica que una mujer sometida a tensiones emocionales, como es el caso de las madres solteras, las madres que trabajan fuera del hogar o las madres maltratadas por su pareja, con frecuencia tiende a ser violenta con sus hijos.

Rorty, Yager y Rossotto (1995) por medio de su estudio, que consistió en relacionar los aspectos del castigo físico infantil y ambiente familiar con la bulimia nerviosa encontraron que los sujetos con bulimia se percibían a sí mismos más merecedores de castigo físico que sus pares que no tenían un desorden alimenticio, así mismo mencionan que los niños maltratados, especialmente aquellos que fueron maltratados tempranamente y a través del tiempo tienden a internalizar la idea de que son malos, sin valía y culpables y por tanto merecen el castigo que reciben.

Una de las variables catalogadas como factor de riesgo y que se retoma en este estudio, es la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal la cual ha sido ampliamente estudiada tanto en la literatura internacional (Thompson, 1990; Cash y Brown, 1987; Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973, citados en Alvarado y Moreno, 2000) como en la literatura nacional (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1997, 1998, 1999; Gómez Pérez-Mitré y Avila, 1998 y Gómez Peresmitré, Unikel y Saucedo, 1999).

Enfocándonos un poco más a los resultados de la presente investigación tomaremos en cuenta la diferencia que se presentó en preadolescentes con respecto a la elección de la figura actual e ideal, las mujeres en su mayoría eligieron la figura actual como gordita, hubo elección por cada una de las figuras desde muy delgada hasta muy obesa, al elegir la figura ideal la mayoría de las mujeres con maltrato seleccionaron la figura delgada, también un gran porcentaje de las mujeres sin maltrato eligió una figura delgada pero la mayoría de ellas deseaba tener una figura normal.

Lo que se puede percibir es que sí hubo un cambio en cuanto a la elección entre la figura que se tiene y la que realmente se desea y más aún en las mujeres con maltrato, al analizar las respuestas de las mujeres con maltrato se logró observar que su elección de figura ideal se encontraba entre muy delgada, delgada y normal mientras que en las mujeres sin maltrato sí hubo un porcentaje de niñas que eligieron la figura gordita aquí se puede rescatar algo interesante ninguna mujer maltratada quisiera ser gordita, esto puede entenderse y explicarse desde dos puntos de vista el social y el clínico, con respecto a lo social y de acuerdo con Kesselman, 1989 (citado en Barajas, 1998), los mensajes en los medios de comunicación advierten a los jóvenes que el cuerpo es el pasaporte a la felicidad esto aunado al temor al sobrepeso que

actualmente se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9 años de edad (Gómez Peresmitré, 1993 b, citada en Murrieta, 1997) da como consecuencia una preocupación constante por el peso y el aspecto de los preadolescentes y por medio de ello la insatisfacción con su propio cuerpo.

Tomando el punto de vista clínico es probable que las mujeres piensen que sus madres pudiesen quererlas si fuesen delgadas ya que posiblemente tienen la idea de que a una niña bonita la quiere su mamá y las niñas bonitas son delgadas o bien no son gorditas, si ellas fuesen bonitas posiblemente sus madres las querrían y no les pegarían. O bien, Siguiendo la línea de Stierlin y Weber (1990) quienes mencionan que la niña puede ser capaz de captar por medio de la conducta de su madre que realmente no era deseada al no haber sido un varón, por lo que es probable que perciba la ambivalencia (amor-odio) que siente su madre. Suele preguntarse si realmente es amada y apreciada por sí misma y la duda la acosará toda su infancia sin poder hallar una respuesta definitiva volviéndose duda existencial.

Kirkpatrick y Sanders, 1978 (citado en Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001) mencionan que niños muy pequeños incluso de 6 años ya le atribuyen características negativas a figuras gruesas y adjetivos positivos a las figuras delgadas, con lo cual se demuestra una actitud negativa hacia las personas gorditas. Al respecto Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001) manifiestan como dicha actitud negativa hacia la obesidad puede llegar a generalizarse, como se les va atribuyendo adjetivos negativos a las personas por una sola característica física, un sobre peso que hace que se vean más llenitos que los demás tanto hasta poder ser sinónimo de gordura las palabras asqueroso, prieto o tonto sin existir diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a esta actitud negativa.

Con respecto a los hombres con maltrato se observa que la mayoría eligieron como figura actual la figura gordita y los hombres sin maltrato la figura normal, al comparar con la elección de la figura ideal podemos constatar que la mayoría de los hombres de ambos grupos desea tener una figura normal; sin embargo en comparación con las mujeres sí hubo dentro del grupo de los hombres con maltrato quienes eligieron figuras gorditas e incluso obesas, lo cual nos indica que los hombres se encuentran más satisfechos en cuanto a su imagen corporal que las mujeres, además los maltratados se encuentran más insatisfechos que los maltratados aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas, lo que se puede observar con este estudio es que sí se presentan diferencias por lo menos descriptivas en cuanto a la apreciación de la figura en relación al maltrato y también al sexo de los preadolescentes. Al respecto Gómez Peresmitré, et. al., (2001), señalan que tanto hombres como mujeres se encuentran en una cultura, en donde ellas tienen que ser delgadas para ser bellas y exitosas y ellos musculosos para ser atractivos; dando como resultado la preocupación constante por el peso y la apariencia y la insatisfacción con su propio cuerpo.

En cuanto a la conducta alimentaria de riesgo lo que se encontró es que la mayoría de los preadolescentes se encontraba en una conducta alimentaria de riesgo normal, no obstante al realizar una comparación entre grupos se puede observar que sí existe una

diferencia estadísticamente significativa al comparar maltrato y no maltrato, esto también puede deberse a los sentimientos intrínsecos que pudiesen presentar los preadolescentes maltratados, lo cual pudiese verse relacionado con un estudio realizado por Gómez Peresmitré (1997), en el que se encontró relación entre la autoatribución negativa y los problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias.

En la correlación podemos resaltar que hubo correlación significativa entre las mujeres maltratadas con respecto a la conducta alimentaria de riesgo y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal lo cual indica que aquellas preadolescentes maltratadas que manifestaron insatisfacción con su imagen corporal podrían tener o desarrollar una conducta alimentaria de riesgo.

CONCLUSIONES

Fue interesante llevar a cabo este estudio ya que se logró confirmar que desde muy temprana edad ya se presenta la insatisfacción con la imagen corporal e incluso se practican conductas alimentarias consideradas como de riesgo para controlar el peso y puedan contar con la figura que consideran como adecuada impuesta por otros o por ellos mismos en base a lo que perciben del exterior. En relación al maltrato fue impactante conocer que hay muchos niños víctimas de maltrato y que si bien no están en riesgo de padecer de algún trastorno de la conducta alimentaria si puede afectar otras áreas en su vida podrían llegar a presentar depresión, neurosis refugiarse en drogas o alcohol o bien continuar con la cadena volviéndose padres maltratadores, por lo cual se considera importante estudiar más a fondo ambos temas y su relación, sería interesante estudiar la autoestima, autoatribución y como afecta a la imagen corporal.

Este tipo de estudios es de gran importancia debido a la prevención que puede llegar a tomarse ya que como menciona Gómez Peresmitré, 1993 b (citada en Murrieta, 1997), vivimos en una cultura centrada en el aspecto físico, por lo que la apariencia de un individuo, y específicamente la percepción que éste tiene de la misma, determinan sus relaciones personales, y su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria.

Con este estudio se comprueba lo que encontraron Fosson, Knibbs, Bryan-Waugh y Lask, 1987; Gómez Peresmitré, et. al., 2001; Gómez Peresmitré, 1997 citando a Brownell y Napolitano, 1995 quienes mencionaron entre otros que los trastornos de la alimentación pueden darse también en niños con edad promedio de 10.7 años de edad, ya que sí se encontraron en este estudio preadolescentes que manifiestan no comer ciertos alimentos por que engordan o bien suspender alguna comida del día.

Las elecciones de la figura ideal reflejan una importante diferencia entre sexos, ya que los hombres tienden a elegir una figura más gruesa y las mujeres más delgada mostrando una concordancia en cuanto al mesomorfismo en niños y ectomorfismo en niñas del que nos habla Tucker, 1982 (citado por Abell y Richards, 1996). Como menciona Gómez Peresmitré (1997) aludiendo a los modelos corporales a seguir por los niños la famosa Barbie y su pareja Ken, siendo la muñeca un prototipo de delgadez extrema y teniendo una admirada silueta, el cual constantemente las niñas contemplan,

manipulan, visten y desnudan siendo la manera en que van conformando la figura ideal y que se convertirá en una meta a alcanzar en la preadolescencia o bien en la adolescencia

En base a este estudio puede concluirse que el maltrato sí podría llegar a influir para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria pero no lo determina, es decir, no es lo único que lo puede producir ya que influyen varias cuestiones como por ejemplo los medios de comunicación, la cultura y sobre todo la historia individual de cada individuo.

Es importante señalar que el presente estudio es uno de los primeros en este campo con preadolescentes maltratados, representa una primera aproximación, fue un estudio exploratorio cuyos resultados deberán confirmarse con más investigaciones relacionando el maltrato con los trastornos de la conducta alimentaria ya que de esta manera también podría identificarse con mayor claridad cual es el factor determinante o bien el que mayor influye para desencadenar algún trastorno de este tipo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Es posible que el presente estudio no haya resultado significativo debido a la muestra seleccionada quizá se deberían haber controlado con mayor anticipación los grupos, es decir, tener un grupo de preadolescentes con maltrato sin que haya habido un tratamiento psicoterapéutico de por medio, ya que posiblemente el maltrato de la muestra no era un tipo de maltrato en extremo, al igual que los preadolescentes sin maltrato ya que es posible que pudo haber habido algo de maltrato físico o emocional en algunos de los preadolescentes de nuestra muestra sin maltrato.

Se sugiere que haya preguntas más dirigidas hacia la satisfacción/insatisfacción quizá utilizando a otro niño como ejemplo "¿Por qué crees que Juanita quiera estar más delgada?" O bien para la conducta alimentaria "¿Pedrito a veces no quiere comer ciertos alimentos, a que crees que se deba?. Ya que a lo mejor por medio de esto los menores podrían abrirse más sin sentir que es una agresión directa y prefieran lograr la aceptación social contestándonos lo creen que estaría bien contestar.

Para futuras investigaciones tomar como variable el tipo de maltrato físico y emocional y su influencia en la percepción de la figura de los preadolescentes ya que es posible que el maltrato emocional pudiera influir en mayor medida para la insatisfacción con la imagen corporal debido al daño en la autoestima de la o el preadolescente.

Estudiar el papel del padre directamente en la muestra de los preescolares para detectar algún tipo de influencia quizá más enfocado hacia los hijos varones.

Explorar más a fondo el papel de los medios de comunicación en el desencadenamiento de los trastornos de la conducta alimentaria o como factor de riesgo.

REFERENCIAS

- Abell, S. Richards, M. (1996). The relations between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. Journal of youth and adolescence, 25, (5), 691-703.
- Ajuriaguerra, J. (1996). Manual de Psicopatología del niño. España: Masson.
- Allon, N. (1975). Latent social services in group dieting. Social Problems 32, 59-69.
- Alfaro, A. J., Del Angel, L. N., Espinosa, M. O., Medrán, C. H., Perez, C. J., Sánchez, H. G. y Serrato, M. J. (1998). Psicología para el bachillerato. México: Colegio de Ciencias y Humanidades. UNAM.
- Alvarado, H. G. y Moreno, E. L. (2000). Socialización Familiar como Factor de Riesgo en los Trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- American Academy of child e adolescent psychiatry (AACAP). El maltrato infantil: Los Golpes Ocultos- información para la familia # 5 –explorer
<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/chldabus.htm>
- Anjuria, G. J. (1980). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, M. I y De Paúl J. (1994). Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM). (c) Mayo-1996: Juan José López García. Maltrato infantil – explorer
<http://www.um.es/~facpsi/maltrato/>
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-III). Washington, D. C.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). Breviario de criterios diagnósticos (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. España: Alianza.
- Barajas, M. (1998). Trastornos alimentarios: relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barkley, R. A. (1981). The use of psychopharmacology to study reciprocal influences in parent-child interaction. American Journal Orthopsychiatric. 75: 560-580.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la Infancia. Buenos Aires: Paidós.
- Bejla, R. G. (2000). Anorexia y bulimia un nuevo padecer. Buenos Aires: Lugar Editorial.

-
-
- Beltrán, M. M. (1993). El mundo vivo 2. México. Fernández Editores.
- Berger, Neil y cols. (1973). Los derechos de los niños. México: Extemporáneos.
- Blanch, H. G. (1993). Tratado de Psicología del niño. Tomo IV. Desarrollo afectivo y moral. Madrid: Morato.
- Bond, D. D., (1949). Anorexia nervosa. The Rocky Mountain Medical Journal 46, 1012-1019.
- Boskind-Lodahl, M. y White, W. C., (1978). The definition and treatment of bulimarexia in college women -a pilot study. Journal of the American College Health Association 27, 84-86.
- Bowlby, J. (1976). El vínculo afectivo. España: Paidós.
- Bruch, H., (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine 24, 187-194.
- Bruch, H., (1973). Eating Disorders. Nueva York: Basic.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., y Joyce, P. R. (1997). Initial manifestations of disordered eating behavior: Dieting versus bingeing. International Journal of Eating Disorders, 22, 195-201.
- Cadena, V. L. M. (2002). Detección de los factores de riesgo de la conducta alimentaria asociados con el afrontamiento al estrés en una población de adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Carrillo, P. M., Castillo, R. A. y Roque, H. M. (1989). El síndrome del niño maltratado como fenómeno social: identificación de un problema y alternativas de solución. Tesis de licenciatura. FES Zaragoza.
- Chinchilla, M. (1995). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: ERGON.
- Cooper, M. y Burrows, A. (2001). Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. Behavioral and cognitive psychotherapy 29, 143-149.
- Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall.
- Craig, G. (1997). Desarrollo psicológico. México. Prentice-Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1998). Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Geldisa.
- Cruz, D. M. (2000). Efectos del maltrato físico en niños según la edad en la que inicio el abuso. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

-
-
- Cruz, A. D., y Estrada, M. F. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, autoatribución y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- De Mause, L. (1975). Differential symptomatology associated with three types of child abuse histories. Child Abuse and Neglect, 14, 357-364.
- De Mause, L. (1994). Historia de la infancia. Madrid: Espasa – Calpe.
- De la Fuente, J. R. (1996). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Paül, J. (1998). Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Pirámide.
- DIF (1979). Simposium Internacional del Síndrome del Niño Maltratado. México. D.F.
- Dio, E., (1997). El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid: FONTAMARA
- Doueck, H. J. Ishisaka, A. H., Sweany, S. L., y Gilchrist, L. D. (1987). Adolescent maltreatment: Themes from the empirical literature. Journal of Interpersonal Violence 2, 139-153.
- Duker, M. y Slade, R., (1995). Anorexia y Bulimia un tratamiento integrado. México: UTEHA Noriega Editores.
- Equipo de traductores de la dirección Española de la biblia de Jerusalén (1999). Biblia de Jerusalén. Traducida de la biblia original por la dirección de la escuela biblica de Jeusalén. España: Desclé.
- Erikson, E. (1963). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Hormé.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. y O' Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry 55, 425-432.
- Feinstein, S. C., y Scrosky, A. D. (1988). Trastornos en la alimentación Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Buenos Aires: Nueva visión.
- Fierro, A. J. (2001). Reflexiones en torno a la historia del maltrato infantil. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
- Fischer, M. F., (1976). The art of eating. Nueva York: Vintage.
- Fontana, V. (1984). En defensa del niño maltratado. México: Pax.
- Fredericksen, H. (1976). El niño y su bienestar. México: CECSA.
- Fredericksen, H. y Mulligan S. (1976). Child abuse and neglect: Assessment, treatment and prevention. Children Abuse and Neglect, 15, 5-15.
- Friedrich, W. N. y Boriskin, J. A. (1980). The role of the child in abuse. A review of the literature. Developmental psychology, 52, 456-480.

-
- Fosson, A., Knibbs, J., Bryan-Waugh, R. y Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. Archives of Disease in Childhood, 62, 114-118.
- Garbarino, J. (1980). Meeting the needs of mistreated youths. Social Work, 25, 122-126.
- Garbarino, J., y Gilliam, G (1980). Understanding abusive families. Lexington, MA: Lexington Books.
- Garbarino, J. (1984). Adolescent maltreatment: A guide for practice and policy. Practice Applications (2), 1-11.
- Gesell, A. (1967). El niño de nueve y diez años. Buenos Aires: Paidós.
- Gessell, A. (1971). El niño de cinco a diez años. Buenos Aires: Paidós.
- Gil, S. L. (1971). Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychological Bulletin, 114, 68-79.
- Giovannoni, J. (1971). Parental mistreatment: perpetrator and victims. Journal of Marriage and the family, 33 (4), 649.
- Glassman, A. H. y Walsh, B. T., (1983). Linkbetween bulimia and depression unclear. Journal of Clinical Psychopharmacology 3, 203.
- Gómez, S. (1988). Maltrato infantil: Un problema multifacético. Revista Latinoamericana de psicología, 20, 149-161.
- 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. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Revista Mexicana de Psicología, 3 (1), 95-112.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de psicología, 14 (1), 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La psicología social en México 7, 277-282.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal ¿qué es más importante “sentirse atractivo” o “ser atractivo”? Revista de Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33.
- Gómez Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 153-165

-
-
- Gómez Peresmitré, G. y Avila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista Iberoamericana, 6 (2), 37-46.
- Gómez Peresmitré, G., Unikel, C. y Saucedo, (1999). Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación. Psicología Social. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo, M. y Unikel, C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. Psicología Social: Investigación y aplicación en México. México: Fondo de Cultura Económica, 267-315.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, F. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad prepúberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324.
- González, L., Lizano, M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista mexicana de Psicología 16 (1), 117-126.
- Gordon, R. A., (1994). Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social. Barcelona: Ariel.
- Green, A., Gaines, R. y Sandgrund, A. (1974). Child abuse: Pathological syndrome of family interaction. American Journal Psychiatry. 60, 131-150.
- Grilo, C. M., y Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. Obes res 9, 320-325.
- Grilo, C. M., y Masheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 106, 183-188.
- Grinder, R. (1987). Adolescencia. México: Limusa.
- Gull, W. W., (1873). Anorexia hysterica (apepsia hysterica). British Medical Journal 2, 527.
- Guy, R. L. (2001). El ciclo de la vida. International Thomson.
- Harter, S. (1987). The Determinants and Mediational Role of Global Self-Worth in Children. In N. Eisenberg (Ed.), Contemporary topics in developmental psychology. New York: John.
- Helfer, N. y Kempe, L. (1976). The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. Child Abuse and Neglect. 16, 201-215.
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, L. (1998) Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill.
- Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

-
-
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M. y Yurgelun-Todd, D., (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. British Journal of Psychiatry 142, 133-138.
- Hurlock, E. B. (1967). Desarrollo psicológico del niño. México: Mac Graw Hill.
- Johnson, C. y Larson, R., (1982). Bulimia: an analisis of modos and behavior. Psychosomatic Medicine 44 (4), 333-345.
- Kadushin, L. y Martin, O. (1985). El niño maltratado. México: Extemporáneos.
- Kaplan, A. S. y Garfinkel, P. E., (1984). Bulimia in the Talmud. American Journal of Psychiatry 141 (5), 721.
- Kaplan, L. J. (1986). Adolescencia: el adiós a la infancia. Barcelona: Paidós.
- Kempe, H. y Kempe, R. (1978). A behavioral approach to the classification of different types of physically abusive mothers. Merril-Palmer Quartely. 35, 255-279.
- Kinard, E. M. (1980). Emotional development of physically abused children. American Journal of Orthopsychiatry. 50, 686-696.
- Klaus y Kennell, (1976). Psychosocial and background factors in emotional abuse of children. Child: Care, Health and Development. 15, 227-240.
- Kurtz, P. D., Gaudin, J. M., Wodarski, J. S. y Howing, P. (1993). Maltreatment and the school-age child: scool performance consequences. Child Abuse and Neglect. 17, 581-589.
- Lammoglia, E. (2002). La violencia está en casa, agresión doméstica. México: Grijalbo.
- Laureano, O. (1980). Maltrato a los niños: Perspectiva del grupo familiar. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. UNAM.
- León, Y., (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Loredo A. A. (1990). El maltrato al menor, espectro clínico. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Loredo, A. A. (1994). El maltrato al menor. México: Interamericana Mc. Graw Hill.
- Lutzker, J. R. (1993). Behavioral treatment of the victims of child abuse and neglect. Behavioral Modification. 14, 301-315.
- Maharaj, S. (2000). The interpersonal context of diabetes mellitus: examining the links between eating disturbances, metabolic control, and the quality functioning among girls with type I diabetes. Dissertation abstracts international. 60.
- Maher P. (1990). El abuso contra los niños, la perspectiva de los educadores, consejo nacional para la cultura y las artes. México: Grijalbo.

-
-
- Maier, H. (1979). Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marcovich, J. (1978). Maltrato a los hijos. México: Edicol.
- Marcovich, J. (1981). Problemática en México. México: Editores Mexicanos.
- Marcus, M. D., Moulton, M. M., y Greeno, C. G. (1995). Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. Addictive Behaviors, 20, 747-755.
- Marcus, M. D., y Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. Eat Disord 34, 47-57.
- Marshall, C. F., (1895). A fatal case of anorexia nervosa. Lancet 1, 149-150.
- Martínez, R. A., y De Paul, O. J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, F. L. y Ventura, F. D., (2000). Anorexia nerviosa entre la vida y la muerte. España: Paraninfo.
- Mata, V. F. (2002). Relación entre depresión y nivel de maduración en niños víctimas de maltrato infantil. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
- Mendoza, J. M. A., y Rodríguez, D. S. L. (2002). Factores de riesgo e imagen corporal en mujeres de diferentes carreras universitarias. Facultad de Psicología UNAM.
- Mercado, X. (1991). El autoconcepto en niños maltratados institucionalizados y niños callejeros. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Montiel, R. (1982). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. Child Abuse and Neglect. 20, 7-21.
- Moraleta, M. (1999). Infancia, adolescencia, madurez y senectud. México: Alfaomega.
- Murrieta, M. (1997). Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Mussen, P. (1965). Desarrollo psicológico. México: Hispanoamericana.
- Nava, M. L. (2001). Conducta alimentaria de riesgo y peso corporal en preadolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
- Nemiah, J. C., (1950). Anorexia nervosa: a clinical psychiatric study. Medicine 29, 225-268.
- Newman, B. R. (1985). Desarrollo del niño. México: LIMUSA.
- Osorio, N. y Nieto, H. (1983). El niño maltratado. México: Trillas.

-
-
- Osorio, N. y Nieto, H. (1989). Antecedentes del maltrato infantil. Psicología. Síndrome del niño maltratado. 30, 12-26.
- Osterrieth, P. (1974). Psicología Infantil. España: Morata
- Papalia, D. E. (1990). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E. (1997). Desarrollo humano. Colombia: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. y Olds, S. (1995). Desarrollo psicológico. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. y Wendkos S. (1992). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1993). Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Pedroza, I. (1976). La psicología evolutiva: desarrollo del individuo normal por etapas. Madrid: Moravia.
- Piaget, J. (1981). Seis estudios de psicología. México: Seix Barral.
- Playfair, C., (1888). Note on the so-called anorexia nervosa. Lancet 1, 817-828.
- Primero, R. E. (1992). La importancia de una definición completa del maltrato a los menores. En: el abuso contra los niños: una perspectiva multidisciplinaria. México: FICOMI.
- Querol, X. (1990). El niño maltratado. Barcelona: Pediátrica.
- Raich, R. M. (1996). Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Reid, J., Lorber, K. y Felton, G. (1984). Using the case study method to treat several problems in a family indicated for child neglect. Children Abuse and Neglect. 53, 156-166.
- Reymond-Rivier, B. (1986). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona: Herder.
- Richardson, D. (1980). Developmental psychopathology and incompetence in childhood. Suggestions for intervention. Developmental Psychology. 56, 789-799.
- Ritter, M. (1998). Mothers, daughters, culture and criticism: An examination of eating problems in adolescent girls. Dissertation abstracts international section B; The sciences and engineerin, 58, (9-B).
- Rodríguez, O. I. (1989). Factores de riesgo en el maltrato infantil. Psicología. Síndrome del niño maltratado. 21, 11-14.
- Romero, J. M. (1989). Causas y consecuencias del maltrato infantil. Psicología. Síndrome del niño maltratado. 21, 25-35.

-
-
- Roque, H. M., Carrillo, P. M. y Castillo, R. A. (1997). Antecedentes históricos del maltrato infantil. Psicología. Síndrome del niño maltratado, 21, 2-5.
- Rorty, M., Yager, J., y Rossotto, E., (1995), Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa. Children abuse & neglect, 19(6) 659-667.
- Rosselot, J. A. (1981). Treating child-abusive families: intervention based on skills-training principles. New York: Plenum Press.
- Russell, K. (1997). Lesbian News. News bytes 23 (2), 16-20
- Russell, G. F., (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine 9, 429-448.
- Salvat, editores (1999). Enciclopedia Multimedia.
- Salzman, J. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. International Journal of Eating Disorders 21.
- Sánchez, V. A. (1997). Encuesta de opinión sobre el tema "maltrato al menor"; estudio preliminar. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
- Selman, R. L. (1980). The growth of interpersonal understanding. New York: academic Press.
- Serrato, G., (2000). Anorexia y Bulimia trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Libro-Hobby-club.
- Shelley, R., (1999). Anorexia. Guía para pacientes, familiares y terapeutas. México: Trillas.
- Sherman, L. (1977). The effects of systemic family violence on children's mental health. Child Development, 66, 1239-1261.
- Sherman, R. T. y Thompson, R. A., (1999). Bulimia una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- Siegel, R. E., (1973). Galen on Psychopathology and function and Diseases of the Nervous System. Nueva York: Karger.
- Silver, E. (1969). Child abuse and neglect. American Journal Orthopsychiatric, 60, 50-58.
- Slade, R., (1984). The anorexia nervosa reference book. Londres: Harper and Row.
- Smith, S., Hanson, R. y Noble, S. (1973). Parents of battered babies: A controlled study. American Journal of Psychology, 56, 78-80.
- Smith, R. E., Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1984). Psicología: Fronteras de la conducta. México: Harla.
- Sollier, P., (1891). Anorexie hysterique (sitiergie hystérique). Revue Medicale 11, 625-650.

-
-
- Solloá, L. M. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño. México: Trillas
- Spinello, T. M. (1998). Exploration of the relationship between female adolescent anorexics/bulimics and their mothers. Dissertation abstracts international: section B: The sciences and Engineering, 59, (5-B).
- Staffieri, J. R., (1967). A study of social stereotype of body image in children. Journal of Personality and Social Psychology 7, 101-104.
- Stasch, M. y Reich, G. (2000). Interpersonal relationship patterns in families with a bulimic patient: an interaction analysis. Praxis deer kinderpsychologic and kinderpsychiatric, 49.
- Stein, M. y Robinson, J. (2001). The feeding problems, sleep disturbances and negative behaviors in toddler. Journal of developmental and behavioral pediatrics 22.
- Steven, A. y Maryse, R., (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: an investigation of gender and class differences. Journal of youth and adolescence 25 5.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. España: Gedisa.
- Stice, E., Agrass, W. S., y Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. International Journal of eating disorders 25, 375-387.
- Stith S. M. Williams A. B. Rosen K. (1992). Psicología de la violencia en el hogar. Bilbao: Desclée de Brower.
- Strangler, R. S. y Prinz, A. M., (1980). DSM III: psychiatric diagnosis in a university population. American Journal of Psychiatry 137, 937-940.
- Stunkard, A. J. Grace, W. J. y Wolff, H. G., (1955). The night eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. American Journal of Medicine 19, 78-86.
- Teer, L. (1970). A family study of child abuse. American Journal Psychiatric.127. 250-253.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Trejo M. A. (2001). Prevención de la violencia intrafamiliar. México: Porrúa.
- Unikel, S. C. y Gómez Pérez-Mitré G., (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes; estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología 16 (4), 121-126.
- Unikel, S. C., Villatoro, V. y Medina, M. I., (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D. F. La revista de la investigación clínica 52 (2), 140-147.
- Villarreal, L., (1999). ¿De que tenemos hambre realmente?. México: Océano.

Waller, G. y Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa. The role of perceived and actual control. The Journal of nervous and mental disease 184 (4), 213-219.

White, W. C. y Boskind-White, M., (1981). An experimental behavioral approach to the treatment of bulimarexia. Journal of Psychotherapy, Theory, Research, and Practice 2, 342-356.

Wood, K., Becker, J. y Thompson, J., (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. Journal of applied developmental psychology 17, 85-100.

Wooley, S. y Wooley O., (1979). Obesity and women-I: a closer look at the facts. Women's Studies International Quarterly 2, 69-79.

Zulliger, H. (1972). El niño normal y su entorno. Barcelona: Herder.

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

I. ALGUNOS DATOS DE USTEDES

1. ¿Cuándo nació usted? Día _____ Mes _____ Año _____
2. ¿Qué parentesco tiene con el niño(a)?
Madre() Abuela() Hermana() Tía() Otro()Especifique _____
3. Escolaridad:

<input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Estudios técnicos o comerciales <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado
--	--
4. Estado civil:
Soltera() Casada o unión libre() Separada() Viuda() Divorciada()
5. ¿Cuántos hermanos tiene el niño(a)? _____ ¿Qué lugar ocupa el niño(a) entre sus hermanos? _____
6. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
7. La casa o departamento en donde vive es: Propia() Rentada() De un familiar()
8. Escriba el nombre de su colonia y delegación donde vive actualmente: _____

9. ¿Cuántas veces se ha casado en total? _____
10. Tiempo de relación (en años): _____
 - 10.1 Tiempo de unión con el actual cónyuge _____
 - 10.2 Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse _____
 - 10.3 Tiempo que estuvo casada con su último cónyuge _____

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

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

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

13. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

14. Si usted no está trabajando actualmente, ¿cuál es el motivo?

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

Otra razón. ¿Cuál? _____

15. Si no está empleada ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?

- () Menos de 3 meses
() De 3 a 6 meses
() De 7 a 9 meses
() De 10 meses a un año
() Más de un año

16. Alimentó o alimentaron al niño(a) con:

- () Leche materna
() Mamila. ¿Por qué? _____

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

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

18. Marque con una cruz (X) la o las opciones que considere que le han ocurrido al niño(a) durante los últimos 6 meses.

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

Otro.
¿Cuál? _____

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

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

() Ninguno

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

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

() Ninguno

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

() Yo misma

() Cónyuge

() Hijos

() Ninguno

() Otro. Especifique _____

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

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

24. ¿Cuándo fue la última vez que pesó al niño(a)? Un mes o menos() Más o menos 6 meses()

Un año o más() Nunca() No me acuerdo()

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

Mucho()

Regular()

Poco()

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

Insiste()

Castiga()

Ofrece premios()

Regaña()

Lo deja sentado hasta que se acabe la comida()

Amenaza()

Deja que coma hasta que tenga hambre()

Otro(). Especifique _____

-
27. ¿Su insistencia para comer ha provocado que el niño(a) vomite?
Siempre() A veces() Nunca()
28. ¿Su niño(a) es lento(a) para comer?
Siempre() A veces() Nunca()
29. Usted cree que el niño(a) es:
() Obeso (gordito)
() Sobrepeso (llenito)
() Peso normal
() Delgado (flaquito)
30. ¿Compara negativamente a su niño(a) con otros niños(as)?
Siempre() A veces() Nunca()
31. ¿Qué tan exigente se considera con el desempeño de los niños en la escuela?
Mucho() Poco() Nada()
32. ¿Cree que el niño(a) utilice pretextos para no comer, como dolor de cabeza o de estómago?
Siempre() A veces() Nunca()
33. ¿El niño(a) come frente a la televisión?
Siempre() A veces() Nunca()
34. ¿Cómo disciplina al niño(a)?
() Regaños
() Prohibiciones
() Golpes
() Premios
() Chantajes
Otros.
Especifique _____
35. ¿El padre del niño(a) que cumple la función del padre (abuelo, tío, hermano o pareja actual) es cariñoso?
Nunca() A veces() Siempre()
36. ¿Qué tanto participa el padre o el que cumple la función del padre en la educación del niño(a)?
Nunca() A veces() Siempre()
37. ¿El padre o el que cumple la función del padre reconoce cuando el niño(a) obtiene logros?
Nunca() A veces() Siempre()

ESCALA PARA LA DETECCIÓN DE MM
EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____ NÚMERO DE HIJOS: _____
RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (SI) (NO)
**NÚMERO DE HERMANOS INCLUYÉNDOSE USTED: _____ LUGAR QUE USTED
OCUPA ENTRE ELLOS: _____ VIVE CON SU PAREJA: (SI) (NO)**

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

Evite dejar sin respuesta alguna pregunta

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

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

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

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

FORMATO GUIA DE ENTREVISTA

Nombre: _____ Grupo y no L: _____
 (H) (M) Edad: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
 Como celebras tu cumpleaños?: _____

Vives en casa _____ o departamento _____ de quién es: _____
 Con quien vives?: mamá _____ papá _____ abuelitos _____ tíos _____ primos _____
 Otros _____ Cuantos son en total: _____
 Cuántos hermanos tienes y que lugar ocupas entre ellos? _____ mayor _____ menor _____ intermedio _____
 Alguno de ellos toma o fuma (si) (no) Quién _____
 Crees que haya consentidos en tu casa? (Sí) (No) Quién? _____ por que? _____

Tus padres están? Casados _____ Divorciados _____ Separados _____ Tienen otra pareja _____
 murieron _____ otro _____

Quien es la persona encargada de tu educación: _____
 Cuál es su edad: _____ Cómo te llevas con ella (el) _____

Cómo te demuestran su cariño tus padres? _____
 Te haz sentido solo? _____
 Haz sentido ganas de llorar? _____
 Para ti que es maltrato? _____
 Consideras que estas siendo maltratado? (si) (no) por que? _____
 En tu casa hablan con groserías? (Si) (No) Que piensas al respecto? _____
 Que es lo que te dicen cuando te regañan? _____

Alguna vez te han pegado? (Si) (No) Cuándo te han pegado y en que parte del cuerpo fue? _____

Cual es la razón por la cual acostumbran pegarte? Por desobedecer? _____ No hacer la tarea _____
 Portarte mal _____ Otro _____

Con que acostumbran pegarte? Mano _____ Pie _____ Cinturón _____ Chancla _____ Palos _____
 otro _____

Te han dejado marcas? (si) (no) moretones _____ cicatrices _____ Haz ido al hospital a causa de
 esto? _____ otro? _____

Tienes amigos (as)? _____ Cuántos _____ Cómo te llevas con ellos? _____

Tienes novio (a)? _____ te gustaría tener? _____ Como te gustaría que fuera? _____

Te gusta como eres o quieres cambiar algo? _____

Si pudieras cambiar algo de tu vida que cambiarías: _____

Dime tres adjetivos buenos y tres malos que te describan: _____

Buenos: 1) _____ 2) _____ 3) _____

Malos: 1) _____ 2) _____ 3) _____

Si (M) Mo (M) F E V P

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

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

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

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

Pública..... ()

2.- Grado que cursas _____

3.- Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

4.-¿Cuánto pesas? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas?: _____ Kg.

5.-¿Cuánto mides? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides?: _____ Mts.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

No tiene Trabajo ()

Obrero ()

Empleado ()

Vendedor Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresario ()

Jubilado ()

Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

Ama de casa ()

Empleada doméstica ()

Empleada (comercio u oficina) ()

Vendedora Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresaria ()

Jubilada ()

Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

Eres hijo único ()

Eres el más chico ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres el mayor ()

**ESTA PARTE NO LA
CONTESTES**

E.r: _____

P.r: _____

9. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?

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

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

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____**11.- ¿ A que clase social crees pertenecer?**

A)Alta

B)Media

C)Baja

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

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C)Tú

D) Tú, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

G) Otros : ¿Quién o quienes ? _____

13.- Años de estudio de tu padre :

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

14.- Años de estudio de tu madre

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D)De 12a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

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

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

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?

() No (Pasa a la siguiente sección)

() Si (Pasa a la siguiente pregunta)

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

_____ Años

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

_____ Años

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

A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres

B) Detienes tu dieta

C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

10. Cuando estás a dieta:

A) Comes y disfrutas los alimentos permitidos

B) Comes todavía menos de lo que está permitido

C) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes

D) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos

E) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

SECCIÓN C

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

Mamá ()

Papá ()

Yo mismo ()

Tía(o) ()

Abuela(o) ()

Hermana (o)()

Otro. ¿Quién? _____ ()

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

Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre

(50% de las veces) Frecuentemente

() () () () ()

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

Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre

(50% de las veces) Frecuentemente

() () () () ()

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

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

5.- Consumo alimentos "chatarra"

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

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

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

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

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

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

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

9.- Como a escondidas de mis padres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.- Como rápido y mucho

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

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

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

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

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

20.- Para controlar mi peso es más fácil:

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

21.- Según yo, como:

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

22.- Según mis padres o tutores como:

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

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

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

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

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

25.- Me preocupa subir de peso.

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

26.- En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

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

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

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

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

29.- En mi casa practican deporte:

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

30. Actualmente, practico un deporte o actividad fisica.

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

SECCION D**1. Llegar a estar gordo:**

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

2.Como te sientes con tu figura ?

- Muy Satisfecho.....()
 Satisfecho.....()
 Indiferente()
 Insatisfecho.....()
 Muy Insatisfecho.....()

3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :

- Nada () Poco () Regular () Mucho ()

4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)

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

5.-Me gusta mirarme al espejo

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

6.-Cuando quiero insultar a alguien lo llamo "gordo" :

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

7.-Admiro a las personas delgadas :

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

SECCIÓN E

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G
()
(si no hay una figura
que te guste, dibújala)

SECCIÓN F

1.-Marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Espalda					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Pompas					
Piernas					
Pantorrillas					

2.- Creo que estoy:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado. ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

3.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

4.- Según yo, un niño atractivo es:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

5.- Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

6.- Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente.....()
 un poco más de lo que peso actualmente..... ()
 lo mismo que peso actualmente.....()
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones en que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1. Critican tu estatura						
2. Critican tu peso corporal						
3. Comparan tu peso con el de tus amigos.						
4. Te molestan porque quieren que estés más delgado.						
5. Te molestan porque quieren que subas de peso						
5. Se burlan de ti porque estas gordito.						
7. Se burlan de ti porque estas flaquito						
3. Se burlan de ti porque estás chaparrito.						
1. Critican tu cuerpo delante de los demás.						

2. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCIÓN G

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más 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
()

G
()

(Si no hay una figura
que te guste, dibújala)

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX
Versión 2003**

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

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

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

Pública..... ()

2.- Grado que cursas _____

3.- Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

4.-¿Cuánto pesas? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas?: _____ Kg.

5.-¿Cuánto mides? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides?: _____ Mts.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

No tiene Trabajo ()

Obrero ()

Empleado ()

Vendedor Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresario ()

Jubilado ()

Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

Ama de casa ()

Empleada doméstica ()

Empleada (comercio u oficina) ()

Vendedora Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresaria ()

Jubilada ()

Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

Eres hijo único ()

Eres el más chico ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres el mayor ()

**ESTA PARTE NO LA
CONTESTES**

E.r: _____

P.r: _____

9. ¿ Ya estas menstruando ?

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

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

10. Edad en que tuviste tu primera menstruación _____**11.-Tu menstruación se presenta...**

regularmente (todos los meses).....()

irregularmente (unos meses si, otros no).....()

12.- ¿ A que clase social crees pertenecer?

A)Alta

B)Media

C)Baja

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

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C)Tú

D) Tú, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

G) Otros : ¿Quién o quienes ? _____

14.- Años de estudio de tu padre :

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D) De 12a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

15.- Años de estudio de tu madre

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) De 9 a 11 años

D)De 12a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

G) Sin estudios

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

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

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?

() No (Pasa a la siguiente sección)

() Sí (Pasa a la siguiente pregunta)

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

_____Años

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

_____Años

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

A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres

B) Detienes tu dieta

C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

10. Cuando estás a dieta:

A) Comes y disfrutas los alimentos permitidos

B) Comes todavía menos de lo que está permitido

C) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes

D) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos

E) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

SECCIÓN C

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

Mamá ()

Papá ()

Yo mismo ()

Tía(o) ()

Abuela(o) ()

Hermana (o)()

Otro. ¿Quién? _____ ()

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

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

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

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

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

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

5.- Consumo alimentos "chatarra"

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

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

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

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

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

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

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

9.- Como a escondidas de mis padres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.- Como rápido y mucho

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

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

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

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

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

20.- Para controlar mi peso es más fácil:

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

21.- Según yo, como:

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

22.- Según mis padres o tutores como:

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

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

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

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

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

25.- Me preocupa subir de peso.

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

26.- En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

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

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

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

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

29.- En mi casa practican deporte:

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

30. Actualmente, practico un deporte o actividad fisica.

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

SECCION D**1. Llegar a estar gorda:**

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

2. Como te sientes con tu figura ?

- Muy Satisfecha.....()
 Satisfecha.....()
 Indiferente()
 Insatisfecha.....()
 Muy Insatisfecha.....()

3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :

- Nada () Poco () Regular () Mucho ()

4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)

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

5.-Me gusta mirarme al espejo

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

6.-Cuando quiero insultar a alguien: lo llamo "gorda" :

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

7.-Admiro a las personas delgadas :

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

SECCIÓN E

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(si no hay una figura
que te guste, dibújala)

SECCIÓN F

1.-Marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Espalda					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Pompas					
Piernas					
Pantorrillas					

2.- Creo que estoy:

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada. ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

3.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

4.- Según yo, un niña atractiva es:

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

5.- Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

5.- Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente.....()
 un poco más de lo que peso actualmente..... ()
 lo mismo que peso actualmente.....()
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones en que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
Critican tu estatura						
Critican tu peso corporal						
Comparan tu peso con el de tus amigos.						
Te molestan porque quieren que estés más delgado.						
Te molestan porque quieren que subas de peso						
Se burlan de ti porque estas gordito.						
Se burlan de ti porque estas flaquito						
Se burlan de ti porque estás chaparrito.						
Critican tu cuerpo delante de los demás.						

2. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Agil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCIÓN G

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. 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
()

G

()

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)