

177



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE ESCUELAS PUBLICAS Y PRIVADAS Y SU RELACION CON EL INDICE NUTRICIONAL (IN) Y PREOCUPACION POR EL PESO CORPORAL"

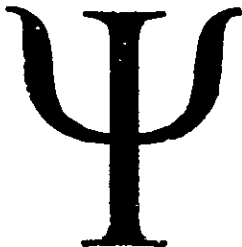
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

SALOMA GARCIA, SUGEY



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO DIRECTORA DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA

OCTUBRE 2000

284596



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Te quiero dar gracias
porque cuando todo era oscuridad
tú me diste luz,
tú me diste la verdad.

En ti pienso constantemente
te cuento todos mis problemas
y con tu comprensión tan grande
siempre solución les encuentras

En ti encuentro ese amigo
en el cual pueda confiar
y aunque problemas haya habido
tú no me retiras tu amistad

Por último te quiero pedir
que no me hagas tropezar
que nunca sepa mentir
y que en ti, siempre pueda contar

A MARY:

Te dedico esta tesis a ti, porque siempre me escuchaste y ayudaste no sólo en la realización de este trabajo si no en todos los momentos difíciles de mi vida, en ti siempre encontré a una amiga y hoy aprovecho la ocasión para darte gracias, aunque sé que no es suficiente comparado con todo lo que tú has hecho por mí. Te quiero mucho.

A MI MAMÁ:

Por apoyarme siempre y estar conmigo en todos los momentos de mi vida.

AL AMOR DE MI VIDA:

Gracias
por todo lo que me has dado
cariño, comprensión y aquella palabra
donde dices que me amas tanto
Gracias
porque aún en ese momento difícil
nunca me diste la espalda
luchaste junto conmigo
yo sabré agradecerte
lucharé contra todo
y sobre todo
siempre te amaré.
Gracias Ale.

A MIS HERMANOS:

Erick y principalmente a Karime por los momentos agradables que hemos compartido siempre.

A LALO Y CHUY:

Por enseñarme que las metas siempre se consiguen con esfuerzo y dedicación, y por enseñarme a aprender de mis errores y a levantarme de mis caídas para seguir siempre adelante.

A MI ABUELITA BERTHA, MI TÍA CRISTINA Y MI TÍA LOURDI!

Porque gracias a ellas fue posible la impresión de este trabajo.

A LA DRA. GILDA GÓMEZ PERÉZ-MITRÉ:

Por el apoyo y tiempo dedicado a la revisión de esta investigación y sobre todo por su valiosa ayuda, ya que sin ella esto no hubiera sido posible. ¡gracias doctora!

A GISELA:

Por su gran ayuda en la parte estadística.

A CHIVIS:

Por ser mi amiga.

A JULISSO:

Por ser noble y estar conmigo siempre.

A MIS SINODALES:

Dr. Mario A. Cicero Franco

Dra. Rosa Korbman Chjetaite

Mtra. Lucy Reidl Martínez

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Por su tiempo dedicado a la revisión de este trabajo, así como la aceptación del mismo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1. VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON EL CONCEPTO DE ACTITUD	
1.1 Definición de actitud.....	4
1.2 Componentes de la actitud.....	6
1.3 Las funciones de las actitudes.....	14
1.4 Relación entre actitudes y conducta.....	16
CAPITULO 2. PESO CORPORAL, OBESIDAD Y DELGADEZ	
2.1 Obesidad: Antecedentes Históricos.....	18
2.2 Definición y clasificación de obesidad.....	19
2.3 Diagnóstico.....	23
2.4 Prevalencia de la obesidad.....	30
2.5 Implicaciones de la obesidad.....	35
2.6 Obesidad Infantil.....	39
2.6.1 Clasificación.....	40
2.6.2 Los cimientos de la obesidad.....	43
2.6.3 Prevalencia.....	45
2.6.4 La medición de la obesidad infantil.....	48
2.6.5 Implicaciones físicas y psicosociales de la obesidad infantil.....	51
2.6.6 Adquisición de hábitos alimentarios en la infancia.....	55
2.7 La delgadez como ideal.....	58
CAPITULO 3. DESARROLLO FISICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL EN LA ETAPA INTERMEDIA	
3.1 Crecimiento físico durante la niñez intermedia.....	64

3.1.2	Desarrollo cerebral en la infancia intermedia.....	68
3.1.3	Capacidades sensoriales y salud dental en la infancia intermedia.....	69
3.1.4	Desarrollo motriz en la infancia intermedia.....	69
3.2	Desarrollo cognoscitivo en la infancia intermedia.....	70
3.2.1	Operaciones concretas.....	71
3.2.2	Procesamiento de la información en al infancia intermedia.....	78
3.3	Desarrollo del lenguaje en la infancia intermedia.....	81
3.4	Desarrollo social en la infancia intermedia.....	83
3.4.1	Familia.....	84
3.4.2	Relaciones entre compañeros.....	85
3.5	Desarrollo moral en la infancia intermedia.....	90
3.6	Desarrollo de la personalidad en la infancia intermedia.....	93
3.6.1	Teorías de la personalidad de esta etapa.....	95
3.7	Desarrollo de la sexualidad en la infancia intermedia.....	99
3.8	Panorama filosófico: muerte.....	100

CAPÍTULO 4. PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

4.1	Planteamiento del problema general de investigación.....	101
4.2	Problemas Específicos.....	101
4.3	Definición de variables	
4.3.1	Variables independientes.....	101
4.3.1.1	Definición conceptual.....	101
4.3.1.2	Definición operacional.....	102
4.3.2	Variables dependientes.....	102
4.3.2.1	Definición conceptual.....	102
4.3.2.2	Definición operacional.....	103
4.4	Hipótesis.....	104

Método.....	104
4.5 Diseño de investigación.....	104
4.6 Muestra.....	104
4.7 Instrumentos y aparatos.....	105
4.8 Procedimiento.....	106
CAPITULO 5. RESULTADOS	
5.1 Descripción de la muestra.....	108
5.2 Descripción de las variables de interés.....	112
5.3 Peso para la talla e índice nutricional.....	124
5.4 Estadísticas paramétricas.....	126
CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	134
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	137
REFERENCIAS.....	138
ANEXO (CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD)	

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue conocer cuál es la actitud hacia la obesidad y determinar si ésta se relaciona con el tipo de escuela (pública y privada), el sexo y con la preocupación por el peso corporal y por la comida. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional (N=223) que se extrajo de una población de escolares mexicanos formada por niñas y niños de 6 a 12 años de edad de una escuela pública (n=121) y una escuela privada (n=102). Se aplicó un cuestionario que explora alimentación y salud entre los escolares. Las variables independientes que se midieron fueron el sexo y el tipo de escuela, y las variables dependientes fueron la actitud hacia la obesidad, preocupación por el peso corporal y por la comida y el índice Nutricional. De acuerdo con los resultados encontrados no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por tipo de escuela en relación con la actitud hacia la obesidad; en relación con preocupación por el peso corporal se encontró que aunque en ambos sexos y en ambos tipos de escuela los niños se mostraron preocupados, sin embargo, se observó que la preocupación mayor fue entre las niñas principalmente las de la escuela privada. De acuerdo con las categorías de peso o índice Nutricional (IN), se encontró que el total de los niños de la escuela privada cayeron en la categoría de peso normal, sin embargo, en los niños de la escuela pública un poco menos de la mitad cayó en esta categoría. Una de las conclusiones a las que se llegó es que a esta edad (8 años promedio) ya existe una clara actitud negativa y "ofensiva" hacia la obesidad y una alta preocupación por el peso corporal principalmente en las niñas, y una preocupación menor por la comida.

*El presente estudio forma parte de una investigación mayor:

CONACYT 9825845-H imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: "Un instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación". Bajo la dirección de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCION

Actualmente se ha visto y se ha comprobado que el culto a la delgadez se ha constituido en un objetivo casi colectivo del ámbito cultural de las sociedades industrializadas, esto se debe entre otras cosas a la influencia de los medios de comunicación masivos como el cine, la televisión, la fotografía y las revistas. Como consecuencia de esto se ha ido manifestando una preocupación excesiva por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables (delgadez como sinónimo de belleza), ésta preocupación hace que las mujeres, más que los hombres y principalmente los adolescentes, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha demostrado ser una figura cada vez más delgada. Sin embargo, se ha encontrado que ésta preocupación por la figura ideal inicia aún en edades más tempranas que la adolescencia.

Debido a esto, se ha ido manifestando un rechazo cada vez mayor hacia la obesidad, ya que el exceso de grasa se considera como indeseable, vergonzosa y símbolo de fealdad, siendo que en otras épocas ésta era considerada como símbolo de prosperidad, salud y belleza. Asimismo, las personas que presentan obesidad son consideradas por la sociedad como "sucias", "tontas", flojas", "lentas", entre otros.

Asimismo, los estudios ya no sólo se han enfocado hacia poblaciones de adolescentes y preadolescentes, sino que ahora también se han realizado estudios donde se observa la actitud general que tienen los niños más pequeños hacia la obesidad.

Por esta razón y debido a que en nuestro país prácticamente no se han realizado estudios en niños escolares (de 6 a 12 años), la finalidad del presente estudio fue conocer cuál era la actitud hacia la obesidad y si a esta edad ya existe una preocupación por el peso

corporal y por la comida, así como, su relación con el sexo y el tipo de escuela (pública y privada). De esta manera, otro de los propósitos del presente estudio fue aportar información para la detección de factores de riesgo en trastornos de la alimentación, así como la elaboración de programas de prevención primaria.

El presente estudio consta de 6 capítulos: en el primero se abordan las variables psicosociales relacionadas con el concepto de actitud; en el segundo se expone una perspectiva histórica de la obesidad, así como el concepto, sus implicaciones físicas, psicológicas y sociales, su prevalencia, peso corporal, Índice Nutricional (IN) y la obesidad en la infancia; en el tercer capítulo se tratan aspectos generales del desarrollo humano de 6 a 9 años de edad. En el cuarto capítulo se describen la metodología y en el quinto y sexto capítulo se presentan los resultados de la investigación así como la discusión y conclusión.

CAPITULO 1.

VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON EL CONCEPTO DE ACTITUD

El concepto de actitud es probablemente el más imprescindible y distintivo en la psicología social contemporánea e históricamente fue una de sus primeras preocupaciones .

La actitud tiene un importante papel que jugar en un modelo psicosocial de la conducta, de aquí que haya motivo más que suficiente para analizar este concepto detalladamente. En primer lugar, se explicará lo que son las actitudes, es decir, cómo se han definido y las diferentes concepciones que existen de ellas, además se analizarán las diferentes funciones que tienen y la relación entre actitudes y conducta.

Así, el término de actitud social fue introducido en la psicología por Thomas y Znaniecki (1918, citado por Hewstone, Stroebe, Codol y Stephenson, 1994), para explicar las diferencias conductuales en la vida cotidiana existentes entre los campesinos polacos que residían en Polonia y en Estados Unidos. Desde entonces, se han propuesto muchas definiciones distintas para este creciente concepto popular de las actitudes.

1.1 Definiciones de actitud

Secord y Backman (1964), hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos y tendencias de la persona para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente.

Cook y Selltiz, (1964, citado por Summers, 1976), consideran las actitudes como una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él.

Allport (1968, citado por Kaufmann, 1997), define la actitud como “ ... un estado mental neurológico de prontitud estructurado por la experiencia y que ejerce influjo dinámico sobre la

reacción del individuo ". Para Allport la actitud implica un estado neuropsíquico de prontitud para actividades mentales y físicas.

Para Kauffman (1977), la actitud se refiere a una tendencia de conducta derivada o inferida de elementos personales de índole afectiva e intelectual.

Una de las definiciones más usuales es la siguiente: la actitud es una predisposición a responder a alguna clase de estímulo, con ciertas clases de respuesta que no son observables en forma directa y se especifican como afectivas, cognoscitivas y de conducta-las cuales se explicarán más adelante-. Los tres componentes se consideran como subconjuntos de un conjunto superior que es la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960, citado por Hewstone, et al., 1994).

Años más tarde, Fazio (1989), considera a la actitud como una "asociación entre un objeto dado y una evaluación dada". Así por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales.

Para la realización de este trabajo, se utilizará la definición que hace Myers (1995), ya que es la más clara y completa: La actitud es una forma de respuesta a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente, o bien, la podemos considerar como una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conducta proyectada.

Con esto, las actitudes son una manera eficiente de evaluar al mundo. Cuando tenemos que responder con rapidez ante algo, la manera en que sentimos respecto a ello puede guiar el modo en que reaccionamos (Sanbonmatsu y Fazio, 1990).

Sin embargo, cuando la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud, o cuando éste no despierta su interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de

una actitud, en estos casos es preferible hablar de no-actitud ya que no existe una evaluación previa del objeto en la memoria (Fazio, 1989).

1.2 Componentes de la actitud

Suponemos que las diferentes maneras en que actuamos se relacionan con una actitud, Myers (1995) nos expone el siguiente ejemplo, si una persona cree que un grupo étnico particular es perezoso y agresivo puede sentir disgusto por tales personas y por consiguiente tender a actuar de una manera discriminativa. Cuando evaluamos las actitudes aprovechamos una de estas tres dimensiones: Cognoscitiva (pensamientos), Emocional (sentimientos) y Conductual (acciones).

La dimensión cognoscitiva, consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud, de la información y conocimientos que posee sobre él. El número de elementos de este componente varía de una persona a otra. Una persona puede saber que muchas cosas acerca de un objeto son verdaderas, por ejemplo, su profesor de sociología. Evidentemente hay objetos acerca de los que no se sabe nada. Debe observarse también que algunos objetos son más complejos que otros y, por consiguiente, pueden generar mayor información.

Mientras que todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen en el componente cognoscitivo, las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición. Estas últimas abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables, y buenas o malas (Summers, 1976).

El componente emocional, está compuesto de los sentimientos que dicho objeto despierta. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son amor-odio, gusto-disgusto, admiración-desprecio y otros que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos resulta que estos son algo más que meros sentimientos o emociones. También son

cogniciones, pero son significativamente diferentes de las del componente cognoscitivo. Las cogniciones de sentimientos y emociones no se refieren al objeto sino a quien conoce, al individuo que está respondiendo al objeto.

El componente conductual, incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Existe la noción general de que las creencias evaluativas y la dirección de la disposición de respuesta tienden a ser compatibles. Así, un individuo que cree que el partido de la revolución democrática es un buen partido, que posee buenas metas y prácticas, probablemente esté dispuesto a responder en forma valiosa y favorable al citado partido (Summers, 1976).

Ahora bien, todo esto quiere decir, que las respuestas que la persona emite frente al objeto de la actitud son susceptibles de una clasificación triple, según predominen en ellas los elementos de información-creencias, afectivos o de intención-conducta.

Sin embargo, a pesar de que estos tres elementos son diferentes entre sí, todos ellos comparten algo: la disposición evaluativa frente al objeto de la actitud (Ajzen 1989). En efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intenciones de apoyo u hostiles.

Es importante mencionar, que la actitud, no es directamente observable. Su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observable. Por tanto, es necesario encontrar los indicadores adecuados de una actitud. La mayor parte de los métodos de medida de la actitud se basan en el supuesto de que las actitudes pueden ser evaluadas por medio de las opiniones o creencias de las personas acerca de los objetos de actitud. Otros métodos intentan apreciar el carácter evaluativo de una actitud más directamente. Casi todos los métodos están basados en la conceptualización unidimensional de las actitudes -cuando el término actitud se usa para referirse a sólo un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna

persona, objeto o problema. Este tipo de definición se denomina unidimensional porque se centra en un solo componente de la actitud- (Hewstone, et al., 1994).

En relación a esto, Ajzen (1989), dice que la actitud es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. En sentido estricto, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. A su vez, éstos, sólo se conocen adecuadamente cuando se han evaluado a través de varios índices diferentes. Quizá el ejemplo más adecuado para ilustrar este carácter inferido o latente de la actitud, así como su complejidad, lo ofrezca el trabajo de Breckler (1984), destinado a contrastar si, en efecto, la actitud consta de los tres componentes mencionados. Breckler eligió las serpientes como objeto actitudinal. Una serpiente estaba físicamente presente en la situación de estudio dentro de su jaula. Para medir los tres componentes el autor recurrió a la técnica de Thurstone, la cual se basa en la ordenación de una serie de elementos, en este caso cognoscitivos, afectivos y conativos-conductuales, de modo que se establezca una gradación de intervalos iguales desde el polo negativo al positivo del elemento de que se trate. Por ejemplo, el sentimiento más negativo hacia una serpiente es: "siento ante las serpientes un pánico incontrolable", mientras que el más positivo es: "me hace feliz poder jugar con las serpientes". La técnica exigiría establecer una serie de puntos intermedios entre ambos extremos, tales como: "me siento ansioso", "me dejan indiferente", "me gustan", etc., garantizando que entre cada uno de ellos y los dos más próximos exista la misma distancia evaluativa. Se supone que cada persona elegirá el punto que mejor represente su evaluación. Es decir, si las serpientes no le producen ninguna emoción elegirá el punto "me dejan indiferente", si le gustan moderadamente elegirá el punto "me gustan", y así sucesivamente. Una escala bien construida conseguirá que la persona elija un solo punto de la escala, precisamente aquel que representa su evaluación personal del objeto. En los casos en que una persona elija varios puntos, si la escala está bien construida, éstos serán contiguos entre sí. En el estudio de Breckler, la técnica de Thurstone se aplica para medir los tres componentes actitudinales.

Como la selección de dos o tres enunciados en una escala de catorce puntos es incapaz de agotar los conocimientos y creencias de la persona sobre un determinado objeto, Breckler utilizó dos procedimientos adicionales para llegar a una delimitación más aceptable del componente cognoscitivo. El diferencial semántico le permite averiguar la proporción de creencias favorables y desfavorables hacia las serpientes. Mediante la enumeración de pensamientos descubre si el balance de los pensamientos que acuden a la mente de la persona cuando ésta se encuentra en presencia de una serpiente es positivo o negativo.

Por último, se evaluaba el componente conativo-conductual con una medida que indicaba la disposición de la persona a adoptar conductas graduadas de tal forma que implicaban una mayor o menor proximidad a la serpiente real (hasta llegar al contacto físico), y con otra que indicaba el deseo de ubicarse a una mayor o menor distancia de fotos de serpientes. Finalmente, con ayuda de la técnica estadística del análisis factorial, Breckler confirmó que todas las medidas de los diferentes componentes correlacionaban entre sí en el sentido esperado, es decir, los cognoscitivos entre sí, los afectivos entre sí y los conductuales entre sí.

Ahora bien, la mayoría de los estudios sobre actitudes no incluyen un conjunto de mediciones tan completo como el de Breckler. Por lo general, se suele medir sólo uno de los componentes y con un solo instrumento de medida. Esto limita de forma drástica el conocimiento de la actitud que se investiga.

Por otra parte, cuando se quiere medir el componente cognoscitivo, se debe examinar su diferenciación y su integración. La diferenciación alude al número de creencias que usa una persona al pensar en un objeto actitudinal. La integración apunta a la consistencia evaluativa de las creencias, es decir, al grado en que comparten su evaluación del objeto de la actitud (Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, Marques, Paez y Pérez, 1994).

Asimismo, existen relaciones entre los componentes de la actitud. La relación entre el componente cognoscitivo y el afectivo se ha tendido a conceptualizar como una consistencia

afectivo-cognoscitiva. Es decir, se supone que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia. Por ejemplo, si una persona cree que el objeto de la actitud facilita la obtención de objetivos importantes, tal creencia debería traducirse en un afecto positivo hacia el objeto. A la inversa, si del contenido de las creencias se deduce que el objeto es un obstáculo para sus intereses, lo que habría que esperar sería más bien un afecto negativo.

Sin embargo, las actitudes no siempre presentan esta consistencia afectivo-cognoscitiva que se les supone. La razón es que muchos objetos de actitud son ambiguos y la persona sabe perfectamente que, si bien favorecen la consecución de ciertos objetivos, impiden igualmente la de otros. En realidad, lo difícil es encontrar objetos de actitud monolíticamente positivos o negativos. En contra de la consistencia afectivo-cognoscitiva operan también las actitudes que surgen de una experiencia intensa de carácter afectivo, ya que su componente cognoscitivo suele ser bastante débil.

La consistencia afectivo-conativa, es el grado en que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden. En principio habría que esperarla, porque las personas tienden a realizar aquellas conductas que les resultan positivas y a evitar las negativas, y también porque es socialmente censurable que la conducta de una persona no coincida con las preferencias que ha manifestado públicamente (Morales et al., 1994).

Tres importantes teorías psicosociales predicen este tipo de consistencia, si bien por razones diferentes en cada caso. Estas teorías se explicarán a continuación.

Las teorías de la consistencia cognoscitiva sostienen que la incoherencia entre nuestros pensamientos y nuestros actos nos incomoda y que debemos tratar de reducir esta incomodidad:

La teoría de la autopresentación, sostiene que por razones estratégicas expresamos actitudes que nos hacen parecer consistentes: ¿quién entre nosotros no se preocupa por lo que piensan los demás?, gastamos incontable dinero en ropa, cosméticos, dietas, etc. y todo para que los demás tengan una buena impresión de nosotros.

Leary y Kowalski (1990), dicen que causar una buena impresión con frecuencia, es obtener recompensas sociales y materiales, sentirnos mejor respecto a nosotros mismos, incluso volvernos más seguros de nuestras identidades sociales.

La teoría de la autorepresentación sugiere que, en efecto, nadie desea verse tontamente inconsistente. Para evitar parecerlo expresamos actitudes que corresponden con nuestras acciones. Para parecer consistentes, incluso podemos fingir actitudes que en realidad no creemos. Aún si esto significa exhibir un poco de insinceridad o hipocresía, puede retribuir al manejo de la impresión que está haciendo (Myers, 1995).

Para algunas personas, causar una buena impresión es un modo de vida. Monitorean continuamente su propia conducta y observan como reaccionan los demás para adecuar su desempeño social cuando éste no tiene el efecto deseado.

Así, la teoría de la autorepresentación asume que las personas, sobre todo aquellas que automonitorean su conducta esperando crear una buena impresión, adaptarán sus reportes de actitud para parecer consistentes con sus acciones. La evidencia disponible confirma que la personas adaptan sus declaraciones de actitud preocupándose por lo que pensarán otras personas, pero también muestra que ocurre algún cambio de actitud genuina.

La teoría de la disonancia cognoscitiva, supone que para reducir la incomodidad justificamos nuestras acciones ante nosotros mismos (Festinger, 1957, citado por Myers, 1995). Por ejemplo, tenemos la historia de un mono al que le encantaba la fruta y que no podía conseguir más que limones, por lo que decidió que eran los limones más dulces que había probado o la fábula de Esopo sobre la zorra que, al no poder alcanzar las uvas decidió que no las quería porque

estaban verdes. Según la teoría de la disonancia cognoscitiva, estas opiniones hubieran sido mantenidas más firmemente si tanto el mono como la zorra hubieran podido elegir libremente su alimento (si el mono hubiera elegido los limones en lugar de alguna otra fruta o si las uvas hubieran estado al alcance pero la zorra no hubiera querido hacer el esfuerzo de cogerlas). La tendencia natural de los seres humanos a incrementar el valor de lo que ellos han elegido, sea lo que sea, y a minimizar lo que no han elegido, está en la base de esta influyente teoría propuesta por Festinger (Papalia y Olds, 1987).

Más detalladamente, esta teoría sostiene que nuestras actitudes cambian debido a que estamos motivados para racionalizar nuestra conducta. Expone que sentimos tensión ("disonancia") cuando dos pensamientos, actitudes u opiniones ("cogniciones") son psicológicamente inconsistentes (o contradictorias). Siempre tenemos que elegir o hacer algo para disminuir esta disonancia, por ejemplo, nos preguntaremos si hemos elegido correctamente si alguna otra universidad nos hubiera dado una mejor educación o si algún otro coche hubiera durado más, y trataremos de reducir la disonancia convenciéndonos a nosotros mismos de que la alternativa escogida es en realidad la más deseable (Festinger, 1957, citado por Papalia y Olds, 1987).

Otras situaciones que pueden provocar disonancia cognoscitiva, son aquellas en la que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

Ahora bien, la teoría de la disonancia puede modificarse de varias maneras. No podemos ignorar el hecho de que todos somos muy diferentes unos de otros: unos pueden ser capaces de tolerar la disonancia mejor que otros y no dejarse impresionar sin sentir que necesitan reducirla, o pueden enfrentarse a ella de otra manera. Es más, lo que es disonante para unos puede ser consistente para otros.

Además, algunas veces es útil que surja información disonante. Si no pudiéramos tolerar parte de ella, distorsionaríamos la realidad en muchas áreas y no admitiríamos nunca nuestros errores. Admitir errores crea efectivamente disonancia pero es la única manera de aprovecharnos de ellos y aprender para el futuro.

La teoría de la autopercepción, de Bem (1972, citado por Myers, 1995), sostiene que cuando no estamos seguros de nuestras actitudes las inferimos de la misma forma en lo que hará alguien que nos observara (viendo nuestra conducta y las circunstancias bajo las cuales ocurre).

Escucharme hablar a mí mismo me informa de mis actitudes; ver mis acciones me proporciona claves de lo fuertes que son mis creencias, sobre todo si mi conducta no es atribuible fácilmente a presiones externas. Los actos que realizamos libremente son autorreveladores.

Por ejemplo, si un oso gruñendo se le aparece a una mujer en un bosque, ésta se tensa, su ritmo cardíaco aumenta, fluye adrenalina y huye. Observando todo esto, ella experimenta temor.

Algunas personas pueden ser escépticas respecto al efecto de la autopercepción, sin embargo, todos hemos experimentado este fenómeno. Simplemente, si nos sentimos malhumorados y alguien nos llama por teléfono o toca la puerta, nos producirá una conducta amable y cortés: "cómo está todo?" "bien gracias". Si nuestros sentimientos no son intensos esta conducta amable puede cambiar completamente nuestra actitud (Myers, 1995).

Ahora bien, una consecuencia interesante de la teoría de la autopercepción es el "efecto de sobrejustificación": contrario a la noción de que la recompensa siempre incrementa la motivación, sugiere que las recompensas innecesarias en ocasiones tienen un costo oculto. Recompensar a las personas por hacer lo que ya disfrutaban puede conducirlos a atribuir su actuación a la recompensa, socavando por lo tanto su autopercepción de lo que hacen porque les agrada. Por ejemplo, pague a personas por jugar con rompecabezas, éstas jugarán después menos con los rompecabezas que aquellos que juegan sin que se les pague. En conclusión, el

efecto de sobrejustificación es el resultado de sobornar a las personas para que hagan lo que les gusta hacer; ellas pueden entonces ver su acción como controlada de manera externa en lugar de intrínsecamente atractiva. Las recompensas que buscan controlar a las personas y hacerles creer que fue la recompensa la que causó su esfuerzo ("lo hice por dinero") disminuyen el atractivo intrínseco de una tarea agradable (Sansone, 1986, citado por Myers, 1995).

1.3 Las funciones de las actitudes

A medida que las personas acceden a puestos de responsabilidad y mando dentro de la empresa, manifiestan por lo general una actitud más favorable hacia los puntos de vista de la dirección o el número de simpatizantes de un partido político aumenta de forma espectacular cuando está claro que va a ganar las elecciones, mientras que, si está amenazada su disolución, pierde gran parte de su apoyo social. Estos cambios de orientación de las personas indican que las actitudes se están modificando continuamente, que las asociaciones objeto-evaluación que existen en la memoria son susceptibles de cambios.

En los ejemplos que se acaban de ofrecer, una actitud favorable facilita a la persona la consecución de objetivos deseables, como el ascenso a puestos directivos en la empresa o la participación en el éxito político. Por su parte, la actitud desfavorable trata de evitar la asociación con instituciones en declive. El cambio actitudinal parece tener una funcionalidad muy clara. No todos los objetivos son instrumentales, sin embargo, la actitud ayuda a conseguir objetivos muy diversos (Morales, et al., 1994).

La primera función actitudinal es la evaluación de los objetos del mundo social. Tener una actitud hacia un objeto es más funcional para la persona que no tener ninguna, puesto que por ese solo hecho puede orientar su acción y sabe lo que es conveniente hacer y lo que es preferible evitar en todo lo relacionado con el objeto de la actitud. Tampoco necesita emplear tanto tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actuar hacia ese objeto.

La predicción de Fazio (1989), es que las actitudes más accesibles, aquellas que implican una asociación fuerte objeto-evaluación, serán más funcionales y ayudarán más a la persona a guiar su acción hacia el objeto.

En cambio, los sujetos con actitudes menos accesibles se dejan influir más por aspectos de la situación y por características poco pertinentes del objeto, de forma que la percepción de éste no se adecua lo suficiente a la evaluación existente en la memoria. En consecuencia, la actitud poco accesible no puede ser una buena guía para la acción y no cumple su función de evaluación de objetos de forma satisfactoria.

Funciones de ajuste social y de expresión de valores. En ocasiones, la orientación social predominante de una persona o grupos de personas las predispone a mantener o adoptar actitudes que cumplen una función determinada. Es lo que sucede con las personas bajas y altas en autoobservación:

Tabla 1

	Bajos	Altos
Preocupación:	Ajustarse a lo que internamente consideran correcto.	Adecuarse a la situación en la que se encuentran.
Conducta:	Reflejo de sus disposiciones, valores y sentimientos. Por tanto, basada o fundada internamente.	Reflejo de las consideraciones sociales e interpersonales que facilitan el ajuste situacional.
Actitudes:	Se forman sólo aquellas que reflejan, expresan y comunican adecuadamente los valores fundamentales.	Se forman sólo aquellas que responden de manera adecuada a las estipulaciones de los grupos de referencia relevantes para cada situación.
Función actitudinal Predominante:	Expresiva de valores.	Ajuste social.

Fuente: Snyder y DeBono (1989, citado por Morales, et al., 1994, pp.511).
Características de personas bajas y altas en autoobservación.

Una primera prueba de que los altos en autoobservación se orientan hacia actitudes con una función de ajuste social mientras que los bajos lo hacen hacia actitudes con función expresiva

de valores lo encuentra Snyder y DeBono (1989, citado por Morales, et al., 1994), en la valoración diferencial que hacen unos y otros de lo que se conoce como enfoque de la venta "blanda" y enfoque de la venta "dura" en el ámbito de la publicidad. La venta blanda, asocia el producto con un personaje o símbolo atractivo, por ejemplo, una mujer rubia, mientras que el segundo apela al valor intrínseco del producto: "este producto da mejor resultado". Los altos deberían preferir el primer tipo de anuncios, porque evoca imágenes que luego el consumidor puede proyectar en las circunstancias sociales apropiadas. Por su parte, los bajos se inclinarán hacia el segundo tipo, que enfatiza el valor intrínseco del producto y su utilidad. Esto fue, lo que encontraron estos autores en sus estudios: manteniendo la igualdad del producto, los anuncios del primer tipo provocaban una reacción más favorable hacia el producto entre los altos y eran mejor evaluados. Lo mismo ocurría con los anuncios del segundo tipo en los bajos.

1.4 Relación entre actitudes y conducta

La investigación ha demostrado por ejemplo, que la actitud general de las personas hacia la religión no nos dice si van a ir o no a la iglesia el domingo próximo. Eso también depende de si llueve, de si les gusta el párroco y de si hay alguna otra cosa que les apetezca más hacer. No obstante, sus actitudes religiosas de hecho predicen su conducta religiosa a nivel global y a largo plazo.

Sin embargo, hay casos en los que saber lo que la gente piensa puede ayudar a predecir sus acciones dos semanas, dos meses e incluso dos años después (Kahle y Bermann, 1979).

La predicción tiende a ser muy exacta en las siguientes condiciones:

1. Cuando se minimizan otras influencias sobre nuestro comportamiento, nuestra preocupación por lo que piensen los demás, por ejemplo.
2. Cuando la actitud medida se corresponde íntimamente con la situación considerada. Es más fácil predecir el comportamiento de un hombre hacia una compañera de trabajo en concreto, si

sabemos qué siente hacia ella, que si sabemos solamente lo que siente respecto a la igualdad de derechos.

3. Cuando somos conscientes de nuestras actitudes al actuar, bien porque se nos pida que las recordemos, o bien porque la adquirimos de una forma especialmente poderosa, tal como la experiencia personal, o porque somos personas " introvertidas" que están más de acuerdo en juzgar una situación a partir de los propios principios que en ajustar éstos y nuestra conducta a la situación (Snyder y Campbell, 1982, citado por Papalia y Olds, 1987).

En conclusión, lo que la gente dice sobre sus actitudes, sólo nos permite predecir con menos de un 10 por 100 lo que realmente hace. Por qué es esto así? Una de las principales razones es que frecuentemente no sabemos cuáles son nuestras actitudes respecto a un tema determinado hasta que nos vemos forzados a tomar la iniciativa. Es más, en algunos casos parece que nuestra conducta determina nuestras actitudes. Personas que son inducidas a testificar algo de lo que no están realmente seguros acaban creyéndolo (Klaas, 1978, citado por Papalia y Olds, 1987).

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

CAPITULO 2.

PESO CORPORAL. OBESIDAD Y DELGADEZ

2.1 Obesidad: Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia, se ha ido modificando conforme a los ritmos y formas de vida, la percepción médica y social de la obesidad, así como, los estereotipos o modelos físicos de cada época.

Así, desde que el hombre se volvió sedentario, los trastornos de la alimentación se hicieron presentes (anorexia, bulimia y obesidad). Incluso, los estudios realizados sobre figurillas de mujer del período paleolítico alto encuentran que la mayoría de ellas eran obesas, muchas incluso esteatopígicas y con frecuencia aparentan estar embarazadas (Brown, 1992, citado por C. -Soriguer, Esteva y García, 1994).

Cuando el ser humano empieza a comer en exceso, como por ejemplo en la época de los romanos, surgen diversos desórdenes. De hecho, fueron los romanos los que al parecer iniciaron con la práctica del vomitorio, con el objeto de continuar saboreando los alimentos.

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

Asimismo, la obesidad ha sido relacionada con estrato socioeconómico alto y también ha sido considerada como símbolo de belleza, e inclusive, con gran valor erótico; hace aproximadamente 2000 años A.C. la Venus de Milo fue esculpida e inspirada por un

modelo que indudablemente tenía un exceso de grasa corporal, sin olvidar a las modelos obesas que impregnaban las obras de Rubens y Boticelli (Saldaña y Rossell, 1988).

Actualmente la obesidad se concibe de manera distinta, pues se considera que una figura esbelta es bella y saludable, mientras que el exceso de grasa se considera como indeseable, vergonzosa y símbolo de fealdad. A pesar de esto, el porcentaje de personas con obesidad, especialmente en países como Estados Unidos y en otros países primermundistas, ha ido creciendo, pues se estima que sobrepasa el 15% de la población total. Y aunque la obesidad ha sido muy estudiada y cada día se revelan nuevos e interesantes aspectos de su fisiopatología, el panorama es muy confuso y lleno de hallazgos contradictorios. Si bien la literatura científica sobre este padecimiento figura entre los más abundantes, lo cierto es que el camino por recorrer en los terrenos básico, clínico, terapéutico y epidemiológico es aún muy largo.

2.2 DEFINICION Y CLASIFICACION DE OBESIDAD

La palabra obesidad se deriva del griego: ob (exceso) y endere (comer), es decir exceso de ingesta alimentaria, este significado asume que la causa principal de la obesidad es el comer en exceso (Pineda, 1999).

Para Bourges (en prensa), la obesidad es el exceso en la proporción de masa grasa en el organismo, mientras que para Gray (1989), la obesidad se manifiesta cuando el tejido adiposo representa una fracción mayor que la "normal" del peso corporal total. Por su parte, Miller (1995), la concibe como un exceso de grasa corporal; la obesidad para este autor, es sinónimo de adiposidad que se traduce a través de un aumento en el peso corporal.

Como se puede observar, el concepto de obesidad incluye dos elementos en común: 1) exceso de grasa corporal, y 2) exceso de peso corporal.

Sin embargo es preciso señalar, que el exceso de peso corporal no equivale a obesidad ya que el exceso de peso corporal puede deberse también a una imponente musculatura y no necesariamente a la cantidad de grasa en el cuerpo (Alemany, 1995).

Así, tomando en cuenta el marco de referencia anterior, Gómez Pérez-Mitré (1993b), define la obesidad como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Este exceso de grasa o de tejido adiposo se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 27 a las mujeres, mayor a 28 en los hombres y obesidad masiva mayor a 31 en hombres y mujeres.

Ahora bien, en cuanto a su clasificación, existen diversas formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

La intención para clasificarla será la de reunir información suficiente para caracterizarla y obtener así una base que permita comprender su etiología y evolución, y hacer un pronóstico en relación a su riesgo y consecuencias clínicas, que aumentan la morbilidad y mortalidad al repercutir en los distintos órganos y sistemas. Finalmente, para hacer las recomendaciones terapéuticas adecuadas (Bray, 1989).

Stunkard (1984), clasificó la obesidad en tres categorías: 1) leve, que corresponde del 20% al 40% de sobrepeso; 2) moderada, que va del 41 al 100% de sobrepeso; y 3) severa, cuando el sobrepeso excede el 100%. Según los criterios de este autor, el 35% de la población general puede considerarse obesa, indicando que un 25.5% de mujeres entrarían en la categoría de leve, un 9% en la categoría de moderada y el 0.5% en la de severa o grave, no existiendo datos comparables para la población masculina.

Para la clasificación de la obesidad podemos valorar los siguientes aspectos:

- a) **Anatómico:** A nivel celular podemos considerar dos tipos distintos de obesidad: la obesidad hiperplásica y la obesidad hipertrófica. La primera se caracteriza por un aumento en el número de células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico y su aparición está asociada a las épocas de crecimiento (infancia) y tiene un mayor factor de riesgo. La obesidad hipertrófica se caracteriza por un aumento de contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas, este tipo de obesidad es común que se desarrolle en la edad adulta (Vidal, Cordido, Martínez y Méndez, 1994).
- b) **Distributivo:** Según la localización predominante del acúmulo de grasa puede denominarse visceral, abdominal, andrógena o cetrípeta, cuando se localiza preferentemente en el abdomen y que se asocia a un mayor riesgo de complicaciones; frente la periférica, de cadera, ginoide o centrífuga que lo es menos.
La obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana es la llamada ANDROIDE, y es característica de los hombres, y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior, o tipo pera es la llamada GINOIDE y es característica de las mujeres (Vague, Vague, Trameni y Vialettes, 1980).
- c) **Cuantitativo:** La cuantía de sobrepeso vincula el grado de riesgo que es aceptable para un SOBREPESO del 20 por 100 (mínimo), BAJO si no excede del 25 por 100, MODERADO para el 30 por 100, ALTO si llega al 35 por 100, MUY ALTO para el 40 por 100 y PELIGROSO cuando es del 50 por 100 (obesidad mórbida). Para determinar éste se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC).
- d) **Energético:** Si consideramos que puede ser inducida por inactividad de origen social, laboral, limitación física o excesivo aporte por una dieta inadecuada en cantidad, composición, distribución, etc. (Ravussin, Lillojia y Anderson, 1986).
- e) **Etiológico:** Cuando consideramos factores genéticos, endocrinológicos, hipotalámicos (o centrales), inducidos por fármacos, psicológicos, sociales, etc.

Ahora bien, según Bruchon-Schweitzer (1992), etiológicamente, la obesidad se clasifica en:

1. Posible origen genético:

- Síndrome de Down
- Obesidad familiar (obesidad masiva, asociada a diabetes y asociada a hiperlipidemia).

2. Síndromes genéticos -asociada a:

- Laurence Moon Biele
- Hiperostosis Fontalis Interna
- Alstrom
- Pruder Willi
- Pseudo hipoparatiroidismo

3. Enfermedades endócrinas -secundaria a:

- Hipotiroidismo
- Hiperadrenocorticismo (Síndrome de Cushing)
- Hipogonadismo primario
- Síndrome del ovario poliquístico

4. Lesiones hipotalámicas -secundaria a:

- Tumores
- Histiocitosis X
- Traumáticas o quirúrgicas
- Inflamatorias

5. Obesidad de origen metabólico:

- a) secundaria a ingesta excesiva (espontánea y experimental)
- b) secundaria a un desequilibrio energético (mayor aporte que gasto energético y alteraciones en la termogénesis).

Miller (1995), expone que según la causa de origen, la obesidad se clasifica en exógena y endógena. La EXOGENA expresa una relación ingesta calórica-gasto energético, así el

trastorno puede deberse a una ingesta de calorías excesiva, bien por una disminución en el gasto energético o a una combinación de ambas. Este tipo de obesidad es característico de poblaciones que cuenta con exceso de alimentos y existe mínima información de los valores nutritivos de los mismos. La obesidad ENDOGENA, es el resultado de una patología ya existente o como efecto colateral de algunos medicamentos, dentro de éstas se encuentran la obesidad por defecto termogénico, la obesidad hipotalámica, endocrina e iatrogénica.

Por otra parte, en los seres humanos no ha podido demostrarse la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso (Withers, 1964).

En algunos casos la obesidad se debe a una enfermedad endócrina o a lesiones hipotalámicas, sin embargo, es raro que se origine por estas causas.

f) Cronológico: Con respecto a la edad de inicio, la obesidad se divide en infantil, adolescente y adulta. En el desarrollo de la obesidad adulta interactúan algunos acontecimientos relacionados con la propia etapa de desarrollo, por ejemplo, algunas mujeres después del embarazo tienen una ganancia significativa de peso, mientras que en los hombres la transición que va de la intensa actividad física a la vida relativamente sedentaria de la adultez, propicia el aumento de peso (Bray, 1989).

2.3 DIAGNÓSTICO

Antes de exponer cuáles son los indicadores más utilizados para el diagnóstico de la obesidad, es importante definir algunos conceptos que son básicos para la comprensión y elaboración de éste.

Peso corporal

El peso es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, incluido de tejido óseo y tejido adiposo.

Desde la antigüedad, la fisiología se ha preguntado cuáles son las proporciones de los diferentes tejidos en el organismo y cómo cambian estas proporciones en distintos individuos, sanos y enfermos. Responder estas preguntas en el individuo intacto y hasta en cadáveres es muy difícil, pero en las últimas décadas han surgido avances tecnológicos que han permitido, siempre por medios indirectos, abordar el estudio de la composición corporal y han dado a este campo un enorme impulso (Bourges, en prensa)

Actualmente es posible determinar in vivo el oxígeno, carbono, hidrógeno, nitrógeno, calcio y fósforo, que representan el 99 por cien del peso total del organismo. Otros componentes como potasio, cloro, sodio, magnesio, hierro, contribuyen a un 0.5 por 100 adicional del peso total. Un modelo de composición corporal que incluye estos elementos se ha denominado elemental o molecular, en el cuál se utilizan técnicas isotópicas adecuadas para medir cada uno de ellos (Heymsfiel, Lichtman, Baumgartner, Dilmanian y Hamen, 1992).

Ahora bien, si consideramos la composición del organismo a nivel molecular, los componentes principales son de agua, lípidos (en su mayoría triglicéridos), proteínas y minerales. Este modelo de cuatro compartimentos es el más común en el estudio de composición corporal, y en muchas ocasiones se simplifica a un modelo constituido por sólo dos compartimentos: La Masa Grasa (MG) y la Masa Libre o Carente de Grasa (MLG o MCG).

Bourges (en prensa), define la masa grasa (MG) como el conjunto de todos los lípidos del organismo. Existen lípidos en todas las células (membranas, vacuolas de reserva) y en los fluidos corporales pero, por mucho, la mayor parte de la masa grasa está constituida

por los triglicéridos presentes en el tejido adiposo, de manera que existe correspondencia entre la magnitud de la masa grasa y la de este tejido.

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

El peso corporal (P) es la suma de los dos componentes descritos, de manera que: $P = MG + MCG$ y, por lo tanto, $MCG = P - MG$ y $MG = P - MCG$.

Es evidente que un cambio en P puede deberse a cambios en la Masa Grasa (MG), en la Masa Carente de Grasa (MCG) o en ambas y es por eso que sobrepeso no equivale a obesidad, ya que (como se mencionó antes) tal sobrepeso podría deberse a un aumento en la MCG y éste a su vez, puede deberse a un aumento en el agua, en las proteínas, en las cenizas o en cualquier combinación que eleve finalmente la proporción de MCG. Cualquier trastorno que haga retener líquidos o cualquier situación que se acompañe de una mayor proporción de proteínas (deportistas muy musculosos por ejemplo) o de masa inorgánica (esqueleto de constitución más pesada) puede producir sobrepeso.

Masa Grasa

La proporción de masa grasa difiere de una persona a otra según su edad, sexo y actividad, posiblemente por factores genéticos y, según el estado de salud. En una persona sana la MG alcanza hasta 25% durante el primer año de vida, lo que explica la típica apariencia del infante "regordete". Más adelante disminuye gradualmente, más en el niño que en la niña y al llegar la pubertad hay una clara diferenciación que es parte del

llamado dimorfismo sexual. La mujer acumula mucha más grasa que el hombre, lo cual es fundamental ya que sirve como reserva energética para la reproducción, esta acumulación se concentra en las caderas y en las mamas particularmente. En tanto que la masa grasa representa 15 al 18% del peso corporal en el hombre, en la mujer alcanza 20 a 28%. Esta proporción aumenta durante el embarazo (35%) y durante la lactancia tiende a volver gradualmente a los valores pregestacionales (Bourges, en prensa). Por otra parte, una vez explicados estos conceptos básicos, ahora sí se expondrán los indicadores más utilizados para el Diagnóstico de obesidad.

En la práctica epidemiológica y en la clínica no especializada el peso constituye un indicador valioso. Esta medición requiere de ciertos cuidados, sobre todo en cuanto al tipo de báscula, a la calibración frecuente de la báscula con objetos de peso conocido, a la misma manera de colocar al paciente en la plataforma y a la homogeneización de las condiciones (sin zapatos, mínimo de ropa, después de orinar y defecar, sin haber comido ni bebido cantidades importantes de agua, etc.). Con el peso es necesario registrar la estatura y, particularmente en los niños la edad exacta. Para medir la estatura, se necesita un instrumento conocido como estadiómetro, el cual es una cinta métrica de material no dilatante, fija en una tabla instalada en la pared (Bourges, 1990).

Una vez que se conocen el peso, la talla, el sexo y la edad del individuo se necesita comparar los datos con algún tipo de patrón. Existen tablas de peso para la estatura (en adultos) y para la estatura y la edad (en niños y púberes) cada una con sus limitantes. Estos valores consignados no son otra cosa que referencias.

Ahora bien, en la investigación de las desviaciones del peso normal, además del Test del espejo (uno de los más sencillos y baratos para observar las variaciones nutricionales), han sido utilizadas numerosas variaciones de diferentes mediciones antropométricas.

De entre todos los procedimientos siguen siendo las tablas de la Metropolitan Life Insurance Company en los adultos (Stat, 1984, citado por C. -Soriguer, Esteva y García, 1994), y en los niños por debajo de 5 años las de Tanner y Whitthouse (1973, citado por C. -Soriguer, et al., 1994), los instrumentos más utilizados para identificar las desviaciones nutricionales a partir del peso individual.

Las tablas de las compañías de seguros americanas han sido de gran utilidad para establecer criterios sobre tasas de mortalidad, pero tienen en la actualidad importantes limitaciones debidas por un lado, a la antigüedad de los datos y por, haber sido obtenida la información para la elaboración de dichas tablas con ropa y zapatos.

Por otra parte, con el peso del individuo y el peso señalado para su estatura en las tablas se puede calcular el índice de peso relativo (IPR) como sigue:

$$\text{IPR} = \text{Peso del individuo} \times 100 / \text{Peso de referencia}$$

Así, por ejemplo, un paciente que pese 80 kg. Y su peso e referencia sea de 60 kg. Tendrá un $\text{IPR} = 80 \times 100 / 60 = 133\%$, es decir, que su peso es el 133% del peso de referencia o, lo que es igual, que tiene un sobrepeso de 33%. En este ejemplo, el sobrepeso es considerable, pero en general sobrepesos entre un 10% y 20% se consideran "leves" y valores de 10% o menos ni siquiera se toman como sobrepeso ya que caen dentro de la variabilidad normal alrededor del promedio usado para el cálculo (Vargas y Casillas, 1993).

Ahora bien, al estar el peso en función de la talla, se han desarrollado numerosos índices con éstos dos parámetros, tales como peso/talla, peso/talla² o peso/talla³.

Braguinsky y Mazza (1987), describen varios indicadores de obesidad, entre los más conocidos se encuentran los denominados Índices ponderales: Índice de Masa Corporal

(IMC) o de Quetelet, el Índice Nutricional y el Índice de Benn, entre otros. Cualquiera que sea el indicador que se utilice deberá adecuarse al contexto morfológico que presenta cada sociedad.

En México los indicadores más utilizados para diagnosticar obesidad son el Índice de Masa Ponderal (BMI) o el Índice de Masa Corporal (IMC) descrito por Quetelet y el Índice Nutricional. Ambos índices se utilizan para estimar obesidad y sobrepeso, el primero de ellos en adultos y el segundo en púberes.

Estos índices expresan una relación peso-talla y la confiabilidad de sus resultados dependerá de la alta correlación que tengan con la grasa corporal y la baja correlación que posean con la talla.

Asimismo, con el IMC, el grado de obesidad se puede expresar de 2 formas diferentes, como porcentaje de grasa corporal, o como grasa en medida absoluta. El problema de expresar el grado de obesidad como porcentaje radica en que la relación no es lineal, ya que un sujeto engorda añadiendo grasa y MCG en una proporción de 75 y 25 por 100, respectivamente, luego al aumentar porcentaje de grasa se acercará asintóticamente al 75 por 100, sin llegar a sobrepasarlo por mucha grasa corporal que tenga dicho sujeto (Garrow, 1988).

Sin embargo, el IMC de Quetelet, es el más confiable, debido a que se ha comprobado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal a través de la densometría (se pesa a la persona inmersa total o parcialmente en agua para obtener la densidad corporal), además, la fórmula del IMC $\text{Peso}/\text{talla}^2$ al elevar la estatura al cuadrado disminuye la influencia de la misma (NIH, 1985; Simopoulos, 1986, citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993).

En resumen, las propiedades y limitaciones más importantes del índice de la masa corporal son:

- a) Es relativamente independiente de la estatura y dependiente del peso.
- b) La relación del índice con la grasa corporal es alta en los extremos de la curva donde se encuentran los individuos emaciados y obesos. Esto no sucede en la parte media de la curva, donde el índice no distingue entre delgadez y falta de grasa o sobrepeso y obesidad.

Este índice tiene valor pronóstico, ya que se ha encontrado que en pacientes con enfermedades terminales que producen emaciación grave, las cifras cercanas a 12 no son compatibles con la vida. Se relaciona con el riesgo de mortalidad, de la siguiente manera:

Índice	Mortalidad
Menos de 20	moderada
Entre 20 y 24.9	muy baja
Entre 25 y 29.9	baja
Entre 30 y 34.9	moderada
Entre 35 y 39.9	alta
Más de 40	muy alta

Es interesante hacer notar que para índices iguales, las mujeres tienen mayor grasa que los hombres, pero la mayor parte de los estudios han mostrado que el riesgo de mortalidad es el mismo, lo que confirma que la cantidad de grasa recomendable para las mujeres es mayor que para los hombres. Esto justifica emplear los mismos valores de normalidad para los dos sexos (Vargas y Casillas, 1993).

Por otra parte, en México el IMC ya ha sido validado en 1997 por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré. Con base en los resultados obtenidos por estos investigadores, la obesidad en jóvenes y adultos se diagnóstica cuando los valores del índice son mayores a 27. Sin

embargo, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en preadolescentes, por lo que es poco recomendable utilizar este índice para diagnosticar estado nutricional en la adolescencia temprana, por lo tanto Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1998) recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN), el cual se expondrá más adelante en otro apartado.

2.4 PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

Debido al sedentarismo o a la ausencia de actividad física y a un tipo de alimentación basada en grandes cantidades de carbohidratos y grasas, la obesidad se ha convertido en un mal común que alcanza su mayor prevalencia en los países industrializados, aunque se puede observar también en las capas privilegiadas de las sociedades de países en desarrollo en los que la desnutrición es frecuente.

Escobar, Fernández y Barredo (1994), señalan que, de forma general en los países desarrollados se está produciendo un aumento en la prevalencia de la obesidad, que incluso llega hasta representar hasta un 50 por 100 de población mayor de 40 años. El aumento de sobrepeso durante los últimos 20 años y la asociación con un estado socioeconómico bajo sugiere que los factores ambientales contribuyen en parte al riesgo de obesidad.

Sin embargo, los estudios poblacionales muestran que las características ambientales explican sólo una proporción muy pequeña de la variación global en el peso corporal. Los distintos estudios epidemiológicos realizados, principalmente en países anglosajones, señalan de manera generalizada que aproximadamente del 15 al 20% de la población general es obesa, porcentaje que sigue incrementándose.

En relación a esto, Agras (1988), señala que, en países altamente industrializados cerca del 15% de hombres y el 20% de mujeres tiene más de un 20% del peso deseable. De igual forma, en los Estados Unidos, en el período comprendido de 1915 a 1985, se manifestó

una relación directa entre el aumento de grasa en la dieta y el aumento del peso corporal. En la actualidad aproximadamente un 30% de la población global estadounidense sufre obesidad, mientras que un 11 y 21% de adolescentes presenta este desorden alimentario (Campollo, 1995; Weber y Pearson, 19986).

Otro estudio realizado por el National Center for Health Statistics, ofrece datos de 34 millones de personas con sobrepeso en Estados Unidos, de los cuales 12.4 millones (35%) eran obesos graves en 1983. Esta proporción ha aumentado 10 años después y sigue incrementándose en inmigrantes, tradicionalmente de bajo IMC como los japoneses, que emigran a Hawai o a California, o Irlandeses que cambian su residencia al área de Boston. Éstos, al igual que aquéllos, con hermanos y familiares que se quedan con el mismo IMC durante toda su vida al no existir "cambios" geográficos de hábitat, contribuyen a aumentar los índices de prevalencia para el sobrepeso y la obesidad, al adaptarse a un "nuevo estilo de vida" con factores ambientales "distintos", que desde luego no contribuyen a mantener un peso ideal (Epstein y Higgins, 1992, citados por Escobar, et al., 1994).

En lo referente a los países europeos, cabe mencionar que no existen datos relativos, debido a las diferencias étnicas, económicas y de estilo de vida, así como criterios, distintos que los dificultan. Sin embargo, un estudio realizado por Rona y Monis (1982, citado por Escobar, et al., 1994), muestra que en Europa, las cifras de prevalencia pueden variar entre un 2 a un 40 por 100 y en mujeres entre un 2 y un 50 por 100. La dispersión observada puede atribuirse a la utilización del IMC para la definición de obesidad, incluyendo dentro de esta misma categoría al sobrepeso ($IMC=27-30 \text{ kg/m}^2$).

El aspecto geográfico, referido más concretamente a la prevalencia de sobrepeso (10 por 100 o más del peso corporal ideal y/o la suma del pliegue tricipital y subescapular sobre 28 mm), está señalado en el Seven-Countries Study. Las variaciones e incrementos de prevalencia que aquí se publican comienzan en Japón (2%) y le siguen: Grecia (11%),

Finlandia (4%), Yugoslavia (29%), Italia (28%), Holanda (32%) y, finalmente, Estados Unidos de América (63%). En América del sur, a excepción de Brasil y Trinidad, en general, la prevalencia es similar a la media europea (Mancini, Contaldo y Farinero, citado por Escobar, et al., 1994).

En cuanto a México, son escasos los estudios epidemiológicos de la obesidad, por lo que no se cuentan con estadísticas exactas, sin embargo, las encuestas y estudios que se han realizado indican de alguna manera, la frecuencia de este trastorno.

Así, en una recopilación de encuestas nacionales sobre la prevalencia de la obesidad en la República Mexicana, González (1994), encontró una prevalencia del 35%.

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

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1993), cuyo objetivo consistió en detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria, se encontraron varios aspectos importantes en lo que a obesidad se refiere. La muestra por cuota no probabilística (N=197) estuvo compuesta por estudiantes hombres y mujeres, que se encontraban cursando preparatoria, licenciatura o posgrado. Los resultados obtenidos revelaron que prácticamente no existe en esta población estudiantil mexicana el problema de obesidad (únicamente el 2% de los sujetos que conocían su peso y estatura -N=102- entró en la categoría de obesidad). No obstante, se encontró una prevalencia de sobrepeso del 41%, lo cual resulta significativo.

Cabe mencionar, que la gran diferencia, entre la mayor frecuencia de obesidad en países como Estados Unidos, y la menor frecuencia de obesidad en países latinoamericanos, como por ejemplo México, puede obedecer a varias razones. La primera de ellas es que la disponibilidad de alimentos no es tan grande en nuestro país como digamos, en los Estados Unidos. El tipo de alimentos también es diferente; nuestros platillos son mucho más equilibrados, por lo que aún cuando se coman en grandes cantidades, no se está ingiriendo necesariamente un exceso de calorías; en cambio, en los Estados Unidos los platillos contienen más calorías y son ricos en carbohidratos y grasas.

Por otra parte, de los distintos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexos, se puede concluir que en las sociedades occidentales la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que los hombres parecen alcanzar su peso máximo antes que las mujeres (Ley, 1980, citado por Gama, 1999).

En nuestro País, Chávez y Díaz (1967, citado por Campollo, 1995), realizaron un estudio encontrando una prevalencia de obesidad del 28.5% en hombres y mujeres del sector urbano.

Asimismo, en un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (en prensa), con una muestra total (N=1646) formada por hombres adolescentes y jóvenes adultos con edades entre 14 y 24 años, tuvo como objetivo conocer la distribución de variables asociadas con imagen corporal y con el Índice de Masa Corporal (IMC), así como su relación con conducta alimentaria de riesgo. Los resultados encontrados muestran de acuerdo al IMC, una prevalencia de obesidad (IMC > 27) de 9.6%, obesidad II (IMC > 31) de 5.5%, sobrepeso (IMC=23-27) 26% y un porcentaje mayor 42.5% correspondió a un peso normal (IMC=19-22.9). Como se puede observar, estos resultados indican que los hombres de esta muestra (aunque un alto porcentaje cayó en el

promedio), tienden a tener mayores problemas de sobrepeso que de obesidad propiamente dicha, confirmando resultados previos (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

En relación con esto, otros estudios señalan una mayor frecuencia de obesidad en mujeres que en hombres, y mayores puntajes de sobrepeso en éstos que en las mujeres (Bjöntorp, 1985).

En la realización de una mesa redonda, llevada a cabo por los Cuadernos de Nutrición, González (1992), informa que es más frecuente la obesidad en la mujer. La primera razón es que por lo general, está más en contacto con la comida, por ser quien prepara los alimentos, y al hacerlo los está probando y comiendo con mayor frecuencia. Además, por lo general la mujer hace menos ejercicio que el hombre. Por otro lado, informa que en los estudios que se han realizado, se ha encontrado que este problema es más frecuente en la gente de posición baja. Esto se debe a razones culturales ya que no se les ha educado en lo que respecta al valor de la comida natural; en algunos casos consumen productos como los refrescos embotellados por ejemplo, por considerar que elevan su "posición social". Todo esto lleva implícito una serie de contrastes, de bloqueos y de enfrentamientos socioculturales. En cualquier sociedad en que hay suficiente disponibilidad de comida, mientras menos educación se tenga, más problemas de obesidad van a existir. La gente que tiene mayor educación sabe que la obesidad es una enfermedad y que tiene que cuidarse, porque conoce las consecuencias del problema.

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

2.5 IMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

La obesidad no solamente predispone a múltiples alteraciones fisiológicas, sino que también puede traer consigo consecuencias sociales y emocionales devastadoras, ya que con frecuencia esta alteración es condenada por la sociedad e inclusive por el mismo sujeto que la padece.

. Implicaciones fisiológicas

Stunkard (1985, citado por Gama, 1999), expone diversas implicaciones fisiológicas como:

- a) Falta de energía y letargo, ya que al consumir más calorías para mover una masa mayor, la actividad se hace especialmente laboriosa, debido a esto, la obesidad acrecenta la tendencia a la inactividad.
- b) La obesidad con frecuencia se complica por diversos problemas médicos, ya que, conforme las personas aumentan de peso, la mayor parte del tiempo tienden a sentirse cansadas por lo que pueden tener dificultades al dormir, es decir, presentan dificultad para respirar cuando duermen. Estos problemas del sueño pueden ser indicadores de una condición severa llamada apnea de sueño (en donde las personas generalmente roncan y tienen episodios en los cuales dejan de respirar hasta por un minuto), lo cual por falta de respiración puede conducir incluso a ataques cardíacos.
- c) La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, presión arterial alta, ataques cardíacos y demás enfermedades de la piel, entre otras.
- d) El colesterol alto, también está asociado comúnmente con la obesidad.
- e) La actividad sexual, es otro aspecto que se ve afectado por la obesidad.

Por su parte, Saldaña y Rossell (1988), informan que entre las enfermedades que se asocian a la obesidad se encuentran las siguientes: hipertensión arterial, hiperlipidimias (exceso de lípidos en el torrente sanguíneo), diabetes mellitus, enfermedades pulmonares y renales, arteroesclerosis y artritis degenerativa.

. Implicaciones Psicológicas

Los efectos físicos suelen ser preocupantes para las personas con obesidad, sin embargo, los efectos psicológicos suelen ser más terribles, los cuales modifican notablemente la vida de estas personas.

Entre los efectos psicológicos más frecuentes encontramos:

- . Autoconcepto devaluado
- . Tristeza
- . Ansiedad
- . Enojo
- . Poseen sentimientos de no tener el control
- . Poseen sentimientos de culpa por ser como son
- . No se sienten bien físicamente
- . No se sienten deseados sexualmente
- . Relaciones interpersonales pobres -aislamiento social- (Robbins, 1991, citado por Gama, 1999, pp.21-28).

Como se puede observar, no es raro que el obeso tenga un gran menosprecio por su imagen corporal. Se percibe a sí mismo como grotesco y horrendo y atisba en los demás la hostilidad que su cuerpo les produce, lo que le puede provocar una pérdida de autoestima y de su propia valoración personal. Evidentemente, la crítica social a la que se ve sometido le recuerda constantemente que su apariencia física no es "una buena carta de presentación", cayendo en lo que ya se ha dado en llamar "dietomanía" como forma de resolver sus problemas.

Los individuos que presentan obesidad generalmente sufren consecuencias psicológicas de consideración. La obesidad entonces, es causa y efecto de los aspectos psicológicos. Tiene lugar un círculo vicioso que no es fácil de romper. Es decir, sentirse mal consigo mismos, hay personas que comen en exceso y que buscan en la comida un alivio a sus conflictos emocionales, aunque este alivio sea tan solo temporal. Al empezar a engordar

suelen sentirse cada vez peor consigo mismas, por lo que comen más, y así sucesivamente hasta que se convierten en obesas. De allí en adelante muchas de ellas jamás consiguen una satisfacción plena y mucho menos una autoaceptación que les permita disfrutar de lo que son y de los alimentos que consumen que, paradójicamente, encontrándose obesas no disfrutan con plenitud (Gama, 1999).

Ahora bien, diversos estudios muestran que traumas e inestabilidad emocional en la adolescencia o en otras etapas de la vida hacen más vulnerables a las personas a los desórdenes del comer. También un clima familiar adverso puede influir para que una persona desarrolle obesidad u otros trastornos alimentarios. La comida entonces, se convierte en una especie de paliativo temporal de una situación que el sujeto no desea o no sabe cómo enfrentar.

La obesidad, entonces, puede estar implícita como enfermedad representativa de desajuste familiar. Es común encontrar algún caso de obesidad en familias disfuncionales, en familias donde, por ejemplo, no se permite la libre expresión de emociones y/o sentimientos.

Una autoestima baja es otro factor que puede conducir a la obesidad. Una persona sólo puede cuidar realmente aquello que quiere o que valora. En consecuencia, si no se quiere a sí misma, es probable que pueda llegar a desarrollar sobrepeso u obesidad. De igual forma, si su autoconcepto está devaluado, es probable que desarrolle obesidad o que incurra en otros trastornos conductuales. Cuando una persona, en cambio, se valora y se quiere a sí misma, resultará más difícil que tenga problemas con el peso.

En otras ocasiones, la obesidad surge como consecuencia de un vacío existencial. El individuo carece de motivación y de objetivos en la vida y, como se siente mal consigo mismo o lo que es más, se detesta y se reprocha su actual situación y su miserable vida, se dedica a consumir alcohol, drogas o, en su caso, a comer o a dejar de comer. La comida

funciona entonces como un medio temporal para hacer frente al vacío que el individuo siente, para tratar de sustituir la falta de cariño en su vida (Gama, 1999).

. Implicaciones sociales

No existe duda alguna de que en nuestra cultura la obesidad no es bien vista. Vivimos en una sociedad obsesionada con el físico y con el ideal de lucir bien, por lo que desafortunadamente los que empatizan y se interesan en la gente obesa son muy pocos. La actitud y el trato hacia un individuo obeso es notablemente distinto en comparación con un individuo de apariencia física deseable.

Así, Canning y Mayer (1966), demostraron que los obesos son discriminados y rechazados al solicitar empleo y son poco aceptados por sus coetáneos en la universidad.

En relación a esto, no es raro, que la gente perciba al obeso como sucio, estúpido, feo, apático, etc., ni tampoco el que, en Estados Unidos, se le discrimine socialmente hasta el punto de que encuentra dificultades para: a) ingresar en determinados colegios y universidades privadas; b) ingresar en el ejército, en la policía o en los bomberos, y que incluso en tales servicios exista la posibilidad de despido siempre que no se mantenga un peso normal; c) encontrar trabajo en determinadas empresas porque se les considera con malos hábitos de trabajo, con más tendencia al ausentismo laboral injustificado y con cierta propensión a abusar de las compañías de seguros; d) casarse, sobre todo en mujeres, en las que el peso se considera una clave de "movilidad social"; y por último, los obesos también encuentran dificultades en los "sistemas sanitarios", donde existe una cierta antipatía hacia el obeso, al que en buena medida, se hace culpable de su salud, así como de su obesidad (Ibañez, 1994).

Con esto, se puede observar que, un gran número de personas asume que la gente obesa es poco inteligente, con poca fuerza de voluntad, glotona, perezosa, y hasta sucia y descuidada. Las personas con obesidad se enfrentan a prejuicios, discriminación en el

trabajo y en la escuela. Por tanto, los sentimientos de rechazo, vergüenza y depresión son comunes.

Ahora bien, diversos estudios han mostrado la relación inversa entre obesidad y estrato socioeconómico. A los gordos se les considera perezosos, porque si no lo fueran tanto no estarían gordos. Luego, se les juzga de tontos. Es imposible dar una apariencia de inteligencia cuando uno tiene 30 kilos de más. En tercer lugar, se cree que los gordos son desaseados porque las palabras "gordo" y "cerdo" van juntas y los cerdos son sucios. Y, en cuarto lugar, los que dan trabajo suponen que si usted es descuidado con su propio cuerpo, lo será también con su trabajo (Hoke, 1983).

Evidentemente, con toda esta carga y estas actitudes socioculturales no resulta extraño entonces, que el individuo con obesidad vea afectada de manera importante su aspecto afectivo y toda su vida en sí (Gama, 1999).

2.6 OBESIDAD INFANTIL

Los niños obesos pueden ser fáciles de reconocer, y pueden no serlo. Las personas más próximas a ellos tal vez los consideren débiles de carácter y de cuerpo, o tal vez no. Pueden sentirse o no afligidos y perseguidos. Durante cierto tiempo pueden ser más altos y tener un esqueleto más maduro que sus pares, pero esto, sólo ocurre a veces. Quizás sean sensibles y respondan a la ayuda profesional; quizás no lo hagan. La obesidad de los niños es desconcertante, difícil de caracterizar y difícil de definir (Khan, 1981).

La obesidad infantil es un problema de salud importante, con implicaciones graves a largo plazo. Se considera como factor de riesgo de obesidad del adulto (fenómeno de arrastre) y es un factor conocido que contribuye a enfermedades que van desde la hiperlipemia y arterioesclerosis hasta la osteoartritis.

Aunque la obesidad infantil se ha considerado una enfermedad benigna, con tan sólo el riesgo de obesidad en el adulto, es la causa más frecuente de hipertensión en la infancia, y es causa de varios problemas psicológicos, como pérdida de confianza en sí mismo y autoevaluación negativa tanto psíquica como física (López, 1994).

2.6.1 Clasificación

Prácticamente todos los niños que consultan por obesidad pertenecen a lo que podríamos llamar obesidad exógena y, dependiendo del mecanismo de selección de los pacientes, el porcentaje de pacientes de la llamada obesidad patológica (endógena) puede variar, aunque casi en ningún caso supera el 10% del total.

En lo referente a la obesidad patológica (endógena), se pueden encontrar causas Endocrinológicas, Síndromes/Cromosopatías, Disminución de la actividad física y uso de fármacos (López, 1994).

Entre las CAUSAS ENDOCRINOLÓGICAS tenemos:

. Hipotiroidismo

Causada fundamentalmente por disminución del gasto energético, con depósito de grasa y tejido mixedematoso. Fácil de diagnosticar, especialmente por talla y por velocidad de crecimiento baja.

. Déficit de hormona de crecimiento (GH)

Depósito de grasa peculiar, localizado sobre todo en abdomen, con fenotipo peculiar (rostro pequeño, redondeado, micrognatia, voz fina, micropene, etc.), al igual que el Hipotiroidismo, cursa con talla y velocidad de crecimiento disminuida.

. Síndrome de Cushing

Raro en la infancia. En el lactante es frecuente la presencia de un tumor con exceso de glucocorticoides y andrógenos. Al igual que el resto de la patología endocrina, presenta talla baja.

. Craneofaringioma

Obesidad de etiología multifactorial. Presenta sintomatología neurológica y endocrina. Tras el tratamiento quirúrgico, es frecuente el incremento de peso, con hiperfagia, a pesar de un tratamiento hormonal sustitutivo correcto.

. Hipotalámicos

En ocasiones se presenta sin lesión ni tampoco evidencia de alteraciones hormonales. Tras lesiones cerebrales, traumatismos, infecciones, tumores, etc., se observa polifagia y obesidad (alteración del núcleo ventromedial hipotalámico).

. Pseudohipoparatiroidismo (Síndrome de Albright)

Situación rara en pediatría, que cursa un fenotipo peculiar e hipoparatiroidismo por resistencia a PHT.

. Hipogonadismo

Especialmente marcado en edad puberal, con acúmulo de grasa (en niños) en abdomen y caderas, además de aumento del segmento inferior.

. Síndrome de Mauriac

En niños con diabetes mellitus tipo I, con hipoinsulinemia o resistencia insulínica, hepatomegalia, hiperlipemia, disminución de la velocidad de crecimiento y retraso puberal (López, 1994, pp.83-84).

CAUSAS POR SINDROMES/CROMOSOMICAS

. Anomalías cromosómicas

Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter. El síndrome de Prader-Willi (hipotonía, retraso mental, hipogonadismo, obesidad, cara peculiar, manos y pies pequeños, etc.) se podría incluir dentro de las anomalías cromosómicas, ya que en la mitad de los casos se encuentra una selección del cromosoma 15.

.Otros

Síndrome de Bardet-Bield (retraso mental, retinopatía, obesidad e hipogonadismo), síndromes de Cohen, Carpenter, etc. (López, 1994, pp.84).

DISMINUCION DE ACTIVIDAD FISICA

Guy (1978), observó que el 68% de los escolares con problemas físicos tenían sobrepeso, entre ellos el 100% de los niños con espina bífida y el 30% de aquéllos con distrofia muscular, tenían obesidad.

FARMACOS

Corticosteroides, valproato sódico, orexígenos, etc.

Ahora bien, en lo referente a la obesidad exógena, encontramos a la mayoría de los niños que acuden a consulta, los cuales tienen una exploración física normal.

Se ha visto, que al nacer los niños presentan un peso normal y que éste empieza a crecer durante la lactancia, con un aumento progresivo en las fases críticas y especialmente en la pubertad. Por lo general suelen tener una talla alta, acompañada por una edad ósea acelerada. Asimismo, se ha observado una aceleración del crecimiento, coincidiendo con períodos de un aumento rápido de peso y una disminución de la velocidad de crecimiento ante una dieta estricta (Forbes, 1977).

Ahora bien, los estudios de Stunkard (1986, citado por López, 1994), tanto en niños adoptados como en gemelos, han puesto de manifiesto el importante componente genético que favorece la aparición y persistencia de la acumulación de grasa.

De este estudio, aproximadamente el 70% de la variación del IMC era debido a factores genéticos, mientras que sólo el 30% se podía atribuir a factores ambientales.

La influencia ambiental es un factor importante para el desarrollo de la obesidad, esto se ha puesto de manifiesto en poblaciones trasplantadas a otras culturas, aunque hay razas con diferente susceptibilidad a la obesidad, quizás en relación con no haber cambiado su tipo de alimentación y costumbres.

Como se puede observar, la obesidad infantil es un problema de facetas múltiples afectado por variables genéticas, fisiológicas y ambientales.

2.6.2 Los cimientos de la obesidad

De acuerdo con Castro (1988), la principal forma de comunicación del bebé es el llanto. Con un poco de atención, la madre puede aprender muy pronto a distinguir su causa, ya sea hambre, frío, sueño, dolor o necesidad de compañía. No obstante, muchas madres responden mecánicamente al llanto del niño dándole alimento, que es una forma eficaz de mantenerlo callado y quieto. Por desgracia, con esta costumbre se enseña a los niños a asociar el alimento con la satisfacción o el encubrimiento de otras necesidades que no tienen relación con una señal fisiológica de hambre.

En relación a esto Bruch (1981), afirma que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la misma comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede muy bien a equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos. Para Bruch, la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión. Como resultado de la confusión, por lo tanto, la sobrealimentación enseña eslabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer; la sobrealimentación temprana monta la escena para la ingesta excesiva

ulterior. Los mensajes contradictorios que oyen muchos niños obesos, que les dicen que coman, que disfruten y que soporten las consecuencias, podrían añadirse a aquel extravío.

Ahora bien, aunque ocurre cada vez con menos frecuencia, todavía hay padres que piensan que el niño rollizo y sonrosado es el prototipo del pequeño sano; con esta convicción y animados con la mejor intención, se esfuerzan con alimentarlo con atoles y papillas. Son especialmente populares las que tienen una elevada proporción de hidratos de carbono simples que, como las mieles y los azúcares, se digieren con rapidez. Todas estas prácticas maternas, tan comunes en los primeros meses de vida de los niños, pueden estar encaminando a los infantes hacia la obesidad (Castro, 1988).

Según esto, Fitzgerald, Strommen y Mckinney (1991), observaron que la percepción del cuerpo infantil ideal está relacionada con las preferencias y creencias de las madres. Mostraron a las madres dibujos con diferentes tamaños corporales infantiles, que iban de lo más delgado a lo más grueso. Las madres que creían que un niño gordo era un bebé saludable y aquellas que escogieron los dibujos que representaban a bebés gordos, tenían más hijos obesos que las madres que habían preferido a los bebés delgados. Por tanto, creer que un bebé gordo es un bebé sano, ha demostrado estar relacionado con la obesidad de los niños.

Así, en el hombre y en otras especies animales, el número de células adiposas se va incrementando hasta cierta edad que, según varios autores va de los cuatro años hasta el final de la adolescencia.

Además, al iniciarse la obesidad en etapas más tempranas de la vida, los malos hábitos de alimentación se encuentran arraigados. Por ello, la obesidad hiperplásica -cuando el número de células adiposas aumenta-, tiene un pronóstico de reversión menos favorable que el de la obesidad que aparece en etapas tardías, llamada obesidad hipertrófica -

cuando el contenido lipídico de las células grasa aumenta, sin que el número de las mismas se incremente- (Castro, 1988).

2.6.3 Prevalencia

La incidencia de obesidad se muestra relativamente constante en todas las edades durante la infancia y la adolescencia, excepto un incremento leve de los 4 a los 6 años y otro más marcado en las mujeres en la etapa puberal (López, 1994).

En los Estados Unidos de Norteamérica, se estimó que entre 5% y 25% de niños y adolescentes, respectivamente, son afectados por este desorden alimentario. La comparación de datos de pliegues cutáneos en estudios nacionales de salud, muestran un incremento de 54% de obesidad en niños de 6 a 11 años entre mediados del decenio de 1960 y finales de 1970. Posteriormente, Khan (1981), estima que hay de un 10 a un 40% de niños obesos en este país.

Estudios más recientes muestran que, la obesidad infantil es la enfermedad nutricional más prevalente en países desarrollados oscilando entre el 5% y 25%, según datos en Estados Unidos, y entre un 4 y un 10% en España, dependiendo de la edad, sexo y variaciones geográficas (Dietz, 1991; López, 1994).

En una población española, y evaluando a 2932 niños entre 4 y 17 años de ambos sexos, en cuanto al IMC y pliegue tricúspital, la prevalencia de obesidad oscila para varones entre el 15.41% y 21.50% y para mujeres entre un 17.75% y 23.12% (Nogueroles, Ruíz, Martínez y Calero, 1992).

Ahora bien, en un estudio clásico la prevalencia de sobrepeso y obesidad en jóvenes de 34 países, los valores son inferiores al 11% en Jordania, 10% en Canadá, 11% en Jamaica y Chile y 5% en Bolivia y Trinidad (Garney y Gorstein, 1988, citado por Escobar, Fernández y Barredo, 1994).

Asimismo, la mayoría de los estudios realizados sobre la obesidad infantil señalan una mayor prevalencia de este trastorno entre las niñas, tanto en la primera infancia como en la adolescencia. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Alonso (1984, citado por Gama, 1999) en nuestro país con población escolar se encontró lo contrario: 30.93% de niños y el 27.78% de niñas escolarizados entre 6 y 11 años eran obesos, mientras que entre los adolescentes de 13 a 14 años el 30% de los chicos eran obesos, frente al 29.47% de las chicas. Otro estudio realizado también en nuestro país, para determinar estado nutricional, mostró una prevalencia de obesidad y sobrepeso del 24.8% en mujeres de 12 a 49 años, mientras que en los niños el porcentaje de obesidad de 4.4% (Sepúlveda, Lezana, Tapia, Valdespino y Kumate, 1990, citado por Pineda, 1999).

Los estudios realizados con población infantil sobre obesidad son escasos, sin embargo, Gómez Pérez-Mitré (1998), estudió una muestra de 487 niños que cursaban el 5º y el 6º grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas; en los resultados encontrados, un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con el fin de subirlo, los porcentajes se comportaron de manera similar en ambos sexos. En relación a la distribución de porcentajes del IMC, en la categoría correspondiente a sobrepeso y obesidad resultaron más altos entre los niños (13% y 5.4%) que entre las niñas (11% y 3%).

Cabe mencionar, que la prevalencia de obesidad está relacionada con variables familiares incluyendo obesidad de los padres, edad, tamaño de la familia y estado socioeconómico.

Con esto, los datos demográficos que relacionan la frecuencia con los recursos económicos de las familias ubican al niño obeso, a veces, en las familias de clase social baja. Así Stunkard, D'Aquilli, Fox y Filion (1972), informan que la prevalencia de la obesidad aumenta con el nivel socioeconómico (excepto en mujeres), y es inversamente proporcional al nivel de instrucción. Realmente la clase social baja predispone a la obesidad en países desarrollados.

Ahora bien, con independencia del nivel de ingresos, las niñas son más corpulentas que los varones en todas las edades, pero a medida que crecen, los niveles de ingresos parecen pasar a formar parte de un cuadro cambiante. Durante la adolescencia, las mujeres de clase social baja parecen convertirse en más gordas y, aunque los datos son transversales, tienden a sugerir acentuadamente que siguen siendo gordas en la adultez. No ocurre lo mismo con las de clase social alta. Como adultas, son más delgadas. Garm, Clark y Guire (1975, citados por LeBow, 1986), denominan este fenómeno "inversión de la gordura relativa relacionada con el ingreso".

Utilizando datos longitudinales de la comunidad de Techumseh, Estados Unidos, Garn, Hopkins y Ryan (1981), corroboraron esta relación entre ingreso y gordura, realizaron el seguimiento de 564 niñas y un número casi equivalente de varones durante 18 años. Ambos sexos revelaron un cambio diferencial de gordura (pliegue cutáneo) relacionado con el ingreso. Comparando los incrementos de grasa a lo largo del tiempo, se encontró que los de clase social más baja engordaron más que los de clase social alta. De modo que en la adultez, los de clase social más baja pasaron a ser los más gordos; esto no había sido así en la niñez.

Asimismo, se ha encontrado que las madres de estratos socioeconómicos bajos tienen mucho menor conocimiento nutricional. Asociado con este mayor desconocimiento está la mayor incidencia de obesidad entre las familias de bajo nivel socioeconómico, en comparación con la población de clase social media (Blank, Alexander, Clark, Dean y Welter, 1992).

Estos factores provocan el desarrollo de patrones de alimentación desequilibrados que, posteriormente, conducirán a una mala nutrición, que podría producir obesidad, desnutrición o conducir a otros problemas como la anorexia nervosa.

En lo referente a la familia, Mayer (1975, citado por LeBow, 1986), describe una influencia fuerte. La probabilidad de tener un hijo gordo aumenta con la gordura de los progenitores, desde un 7% si ambos progenitores tienen un peso normal, hasta un 80% si ambos padres son obesos, pasando por un 40% si sólo un progenitor lo es.

En los datos del Ten State Nutrition Study, casi 21,000 parejas progenitor-hijo y casi 30,000 parejas de hermanos, revelan la existencia de vinculaciones entre gordura y familia. Los progenitores delgados tienden a tener niños delgados; los progenitores obesos tienden a tener niños gordos. Incluso cuando sólo uno de los padres es corpulento la corpulencia del niño es afectada significativamente.

2.6.3 La medición de la obesidad infantil

No se necesita de mucha experiencia para saber si un niño es gordo observando sus formas. Sin embargo, no todo niño gordo es fácil de reconocer y la medición del grado de gordura y del cambio de gordura requiere más que una observación rápida. En consecuencia, los investigadores aplican técnicas diversas. Una consiste en la determinación del peso.

Como se mencionó anteriormente, el peso es una medida de la grasa y de componentes que no son grasas (por ejemplo los músculos), por lo tanto, puede reflejar tanto el exceso de una como de los otros

Existe un cierto número de índices de peso, sin embargo, sea cual sea el índice empleado, cuando se juzga la gordura de un niño a partir de su peso, se debe recordar que el peso refleja la edad, el sexo, la altura y la contextura física. Asimismo, es importante definir el sobrepeso, ya que éste término se confunde frecuentemente con obesidad. El sobrepeso, es el peso que excede a cierta norma o ideal. El grado de sobrepeso que ya se considera obesidad en los adultos y a veces en los niños, es el 20% (LeBow, 1986).

Así, los dos métodos más comúnmente utilizados para definir la obesidad infantil son las relaciones peso/talla y la medición de pliegues cutáneos.

Dado que el índice de masa corporal -IMC= P/T^2 -, varía con la edad, Cole (1979), prefiere utilizar el % del IMC:

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

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños, debido a su asociación dependiente de la edad con la estatura y a su varianza creciente con la edad. Por esta razón, Saucedo y Gomez Pérez-Mitré (1998), recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN). Este índice relaciona el cociente del peso y talla del sujeto con el cociente del peso y talla media. La fórmula es la siguiente:

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

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

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

Para la mejor clasificación de los sujetos se modificó el rango de la siguiente manera:

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

Por otra parte, el otro método para medir la obesidad son los pliegues cutáneos. La grasa subcutánea es aproximadamente el 50% de la grasa total, y su medida a través de los pliegues cutáneos es una buena aproximación a la medida de los almacenes grasos corporales. Este método presenta el problema de una escasa correlación con la grasa corporal interna, por lo que se prefiere la relación P/T.

El método de los pliegues cutáneos incluye cuatro tipo de mediciones, las cuales se realizan por lo general en el brazo ya que es una región de fácil acceso. Éstas mediciones son: Circunferencia del brazo, circunferencia muscular del brazo, área muscular del brazo y pliegue tricipital. Nos centraremos en éste último ya que es el único indicador de la obesidad (aunque también se utiliza para diagnosticar desnutrición).

El pliegue tricipital es una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea. Debido a que un anillo delgado en un brazo musculoso puede contener tanta grasa como un anillo grueso alrededor de un músculo pequeño, la medición del pliegue tricipital no se debe utilizar como único indicador de las reservas corporales de grasa. Sin embargo, a nivel clínico se puede emplear como indicador de grasa corporal y de reserva energética (Kaufer y Casanueva, 1986).

Para realizar esta medición, se utiliza un instrumento denominado calibrador o plicómetro. Este debe tener una superficie de contacto de 20 a 40 milímetros cuadrados, dar lecturas con una exactitud de 0.1 milímetros y ejercer una presión constante de 10 gramos por milímetro cuadrado. Se determina el punto medio del brazo y se marca. El

brazo debe estar relajado y colgar libremente paralelo al cuerpo. Se toma un doble pliegue longitudinal de piel y grasa, colocando el dedo índice de la mano izquierda aproximadamente un centímetro por encima de la marca. Se coloca el calibrador sobre el pliegue, al nivel de la marca y a una profundidad equivalente al grosor del pliegue. Se suelta el instrumento de medición, pero no el "pellizco" con los dedos y se toma la lectura después de esperar tres segundos.

2.6.4 Implicaciones físicas y psicosociales de la obesidad infantil

Es muy poco frecuente, excepto cuando los niños son extremadamente obesos, que los clínicos teman que sus pacientes lleguen a morir por ser gordos. Pero preocupa el hecho de que la obesidad y el sobrepeso se vean acompañados de una multitud de dificultades físicas, tales como hígado graso, infecciones del tracto respiratorio, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, hiperinsulinemia, producción deprimida de la hormona del crecimiento y tendencia a enfermar (Brook, 1980).

Una condición poco feliz a la cual no se le ha prestado mucha atención y que se relaciona de manera importante con la obesidad y el sobrepeso infantil, es la enfermedad cardiovascular. En los niños pesados y gordos se han identificado factores de riesgo tales como un nivel elevado de lípidos en sangre y alta tensión arterial (Levine, Henekens, Rosner, Gourley, Gelband y Jesse, 1981).

Hay también algunas pruebas de que los niños con sobrepeso presentan concentraciones mayores de colesterol sérico y triglicéridos. Asimismo, se han descrito alteraciones de la función pulmonar en el 34% de los niños obesos, con afectación del pico de flujo respiratorio (PEF) y del volumen respiratorio forzado 50 (FEV 50), al disminuir peso, las niñas normalizan dichos parámetros, pero no así los niños (Brambilla, D'Arcaris y Guarnieri, 1992, citados por López, 1994). Una enfermedad más conocida es la apnea de sueño, la cual puede conducir a una hipertensión pulmonar. Los niños obesos son

también propensos a padecer infecciones del tracto respiratorio superior, que aquellos con peso normal..

En lo referente a las implicaciones psicosociales podemos decir, que, con demasiada frecuencia la sociedad condena al obeso. A diferencia del enfermo o de la persona deforme, puede que se piense que el obeso es un débil de carácter. Un varón con el pecho excesivamente desarrollado y rollos de grasa alrededor de la cintura desentonan con el valor de la delgadez tan de moda en nuestra cultura, por lo general se lo hacemos saber. Tal vez sus padres y pares le digan que no ha hecho lo que se supone que debió hacer para evitar la gordura, o que hace algo que la provoca. Quizás ellos, con sus palabras y actos, lo responsabilicen de lo que le ocurre o le comuniquen la idea de que es merecedor de hostigamiento; es posible que él mismo este de acuerdo. Visto así, el obeso cree que tiene la culpa de ser como es, y cuando se lo trata mal puede ser llevado a aceptar esa actitud con respecto a él como una conducta justa.

LeBow (1981, pp.227-228), cita a un adulto delgado, que había sido gordo cuando niño y recuerda:

"Mi maestra de primer grado me abrió los ojos haciéndome comprender que lo que mis padres llamaban mi salud y mi robustez podría ser alguna otra cosa. Ella me hizo elegir como el Santa Claus del año, lo agradable era repartir regalos, pero también había desventajas. Algo no andaba bien en todo el asunto, y yo me sentía molesto y percibí que a mis padres tampoco les había concedido ese honor gracias a la carne que yo tenía sobre los huesos.

Con el tiempo, mi situación en la escuela y en todas partes se fue haciendo más aguda. Yo era el gordo, o mejor dicho, uno de los gordinflones. Mis amigos me ponían apodos... se burlaban bastante y me hacían jugarretas.

La sociedad me dijo que no tenía que ser gordo. Excederse de las normas fijadas significaba ser rechazado. Todavía con frecuencia me parece escuchar los "sea" (delgado, sea fuerte, etc.) y un importante "tenga" (tenga fuerza de voluntad); mi temor y mi placer tienen el mismo aspecto pues detesto ser advertido y anhelo ser aceptado, y ambas cosas significan llamar la atención. Pero los ojos que me observan, me hieren. De las muchas personas con las que entré en contacto aprendí que yo era grotesco, mi cuerpo era ridículo. Y además era débil, el responsable de mi maldición, y puesto que tenía la culpa de mi aspecto cómico, consideraba legítimo el maltrato que soportaba..."

De acuerdo con este autor, podemos observar que muchos niños que son objeto de reproches provenientes de progenitores y de la sociedad por tener figura de "gordos", están encerrados ya o pronto lo estarán, en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento o menosprecio adicional. Es así como corren el riesgo de quedar atrapados en un sistema que los castiga por ser obesos y que al hacerlo aumenta la probabilidad de que continúen siéndolo.

Esta discriminación y rechazo hacia la obesidad interfiere tanto con el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias como con la participación en actividades sociales. Los niños y los adolescentes aprenden a realizar muchas acciones apropiadas para sus edades formando alianzas con sus pares en el lugar de juego, cuando un niño no puede participar en los deportes o queda relegado a roles inferiores, se ve privado de oportunidades de desarrollo social y físico. Esto es lo que frecuentemente le sucede al jovencito obeso. En gran medida la razón reside en que el temperamento de "vencer a cualquier precio" penetra tanto en los deportes organizados como los libres, por lo cual los entrenadores de equipo procuran tener los mejores atletas. Los niños gordos pueden ser excluidos porque se les considera incapaces de hazañas, y frecuentemente lo son. Sin embargo, lo que muchos entrenadores parecen olvidar es que se les puede enseñar, incluso, cuando se les asigna un puesto en un equipo, lo probable es que al niño obeso se le ubique en posiciones en las que sea necesario absorber choques o derribar empujando.

Por lo tanto, es mal jugador, y se sentirá torpe, pesado y el menos deseable como compañero de equipo, ridículo en el campo de juego, por lo que es posible que trate de evitar nuevas confrontaciones en el futuro (LeBow, 1986). Esta percepción de no aceptación del tamaño corporal en el ambiente social, puede representar una clave cognoscitiva que provoca sentimientos de soledad en obesos, así como, sentimientos de fracaso y frustración, ocasionados en gran medida por las constantes burlas de sus compañeros.

Por otra parte, se han realizado estudios donde se observa la actitud general que tienen los niños hacia la obesidad.

Cuando se les pregunta a estos niños a quiénes prefieren como amigos, a quiénes tratan de parecerse, o cuando se les pide que digan quiénes tienen características positivas o negativas, muchos de ellos, y algunos obesos, desvalorizan a los corpulentos (Edelman, 1982).

Staffieri (1967), con una población de niños, demostró que el aspecto influye sobre al atractivo. Los estímulos fueron siluetas de niños de diferente contextura corporal. Staffieri evaluó a 90 niños de 6 a 10 años de edad principalmente, y los clasificó en tres grupos basados en la conformación de los propios niños: delgados, musculosos y gordos; en cada una de las edades los tres grupos estaban representados. Se interrogó a los niños sobre las figuras de pares que se les asemejaban y diferían de ellos mismos. Las siluetas exhibidas eran idénticas entre sí, salvo en cuanto a la contextura corporal que cada una retrataba: delgada, musculosa o gorda. Se les pidió a los niños que evaluaran estos dibujo empleando 39 adjetivos: fuerte, débil, estúpido, despierto, sano, gracioso, etc.

Con independencia de que el propio evaluador fuera gordo, atlético o delgado, los endomorfos provocaron reacciones negativas. Mientras que 58 de los examinados vieron a las siluetas gordas como "estúpidas", sólo 8 calificaron de ese modo a los delgados. Los

endomorfos fueron descritos como tramposos, perezosos o torpes y los atléticos como limpios, sociables, despiertos y valientes. En las niñas se observó lo mismo en una muestra que evaluó posteriormente este autor (Staffieri, 1972).

Ahora bien, de acuerdo con un estudio realizado por Feldman, Feldman y Goodman (1988, citado por Papalia y Olds, 1998), los niños desarrollan una aversión a la obesidad entre los 6 y los 9 años, debido en gran parte a que la sociedad norteamericana iguala la esbeltez con la belleza. De acuerdo con esto, es paradójico que haya más niños gordos que antes en los Estados Unidos, debido a estas actitudes sociales estos niños van a sufrir psicológica y físicamente.

Con toda razón se puede creer que, en el día de hoy como en el pasado, los jóvenes enfrentan el estigma de la obesidad. Con frecuencia la televisión retrata a los gordos como burlescos y graciosos. En las historietas aparecen como risibles (que causan risa), observándose también en los libros de chistes y en las envolturas de las gomas de mascar. Ahora más que nunca está fuera de moda considerar que el niño gordo es un niño sano. Para algunos, el ser gordo es traumático; esta condición da forma a las autodefiniciones que subyacen en cualquier distorsión psicológica y de la imagen corporal (Turner, 1980).

2.6.5 Adquisición de hábitos alimentarios en la infancia

La formación de hábitos alimentarios se inicia desde el nacimiento. El recién nacido no es capaz de sobrevivir sin que alguien le proporcione alimento, pero cuenta con una serie de habilidades que le permiten interactuar con la comida y con quien se la proporciona. El niño puede oler, gustar, sentir, ver y oír, además de aprender, todo lo cual permite que vaya formándose su actitud hacia el alimento y lo que se le relaciona. Las madres saben que el niño que es alimentado en un ambiente de tranquilidad, de relajación, sin prisa ni ansiedad tiende a quedar saciado y satisfecho más pronto y a dormir con mayor

tranquilidad. Por el contrario, el niño que es alimentado de prisa o por una madre angustiada o alterada, se muestra irritable, inquieto y parece no saciarse con el alimento que se le da (Castro, 1988).

De acuerdo con este autor, a medida que el niño crece, va desarrollando nuevas habilidades e intereses que se manifiestan en su conducta de alimentarse; ampliar la alimentación del infante es ampliar su mundo. Algunas madres agregan azúcar o miel a todos los alimentos que ofrecen al niño para que los acepte, sin sospechar que las consecuencias de esta práctica pueden traer implicaciones graves. En primer lugar, se evita al niño el contacto con estímulos que le hacen saber que el mundo es diverso y complejo. En segundo lugar, se propicia el desarrollo de una preferencia por el sabor dulce y un rechazo a los sabores desconocidos. Esto hará, que posteriormente tienda a desarrollar patrones de alimentación estereotipados y casi con seguridad inadecuados.

La adquisición de la habilidad de asir los objetos con las dos manos y manipularlos coincide con el inicio del desarrollo del lenguaje oral. El niño balbucea y ejercita mayor número de movimientos con la boca y la lengua. Entonces, comer puede convertirse en una experiencia divertida, puede manipular el alimento voluntariamente, escupirlo, comerlo, hacer "trompetillas". Los padres que son tolerantes tomarán precauciones para evitar que el niño ensucie demasiado el área de comida, pero le permitirán que juegue con los alimentos a medida que va comiendo. Los padres estrictos le impedirán jugar y ensuciar, convirtiendo la ahora de la comida en una sesión obligatoria de ingestión de sustancias, creando una actitud ambivalente y de insatisfacción hacia los alimentos que, en la vida adulta, puede desembocar en una conducta de alimentación remilgosa o por el contrario, excesiva, desordenada y frustrante. Estas últimas características se observan con frecuencia en los hábitos de alimentación de las personas obesas (Castro, 1988).

Cabe señalar, que los hábitos de alimentación, se refieren no sólo a los alimentos que se comen, si no también a las cantidades, a las combinaciones que se acostumbra, a los horarios y a la actitud general que se tiene ante la comida.

Asimismo, es en la familia donde se aprende a comer según las raciones establecidas en ella. La carencia del conocimiento nutricional se relaciona con la obesidad ya que las madres pueden, de forma no intencional, seleccionar una dieta que contribuya a ganar exceso de peso (Fitzgerald, Strommen y McKinney, 1991).

Además, se ha visto que las madres obesas tienden a servir raciones mayores que las madres no obesas. Aunque la diferencia sea en ocasiones de sólo unos cuantos gramos de más, cuando se suman kilocalorías durante un lapso relativamente largo, el resultado a cualquier edad casi siempre es la obesidad. Si a esto se le suma una regla común en muchos hogares, que es acabarse forzosamente todo lo que se sirvió en el plato, se entenderá que las raciones más abundantes producen sobrepeso con facilidad.

Con esto, los malos hábitos de alimentación involucran conductas o actitudes negativas, rechazo a experimentar alimentos nuevos, dietas rígidas, excesos en uno o más tipos de nutrimentos y aversión, a veces, grupos enteros de alimentos. Esto provoca que se desarrollen patrones de alimentación desequilibrados, que a la larga conducen a la mala nutrición (Bourges, 1990).

Por otra parte, (Castro, 1988), expone que las manifestaciones de rechazo de los adultos tales como gestos de disgusto o franca negativa a comer ciertos alimentos, son captados por el niño e incorporados a su propia categorización de lo que es bueno comer y lo que no lo es. Esto conduce a veces, a rehusar alimentos que en principio no le resultaban desagradables o a conformarse sólo con alimentos de cierto tipo. La dieta del obeso está llena de estos errores de alimentación, excesos en el consumo de azúcares, harinas, bebidas dulces, alimentos grasosos, y poca ingestión de verduras o frutas. Asimismo,

cuando llega el momento en que el niño empieza a observar el mismo horario de comidas del resto de la familia, empieza a aprender otras normas sociales que le enseñarán nuevos significados simbólicos de la comida. Es entonces cuando el niño comienza a asimilar los tabúes, las costumbres y las prácticas particulares de la familia o del grupo al que pertenece.

Es común encontrar niños con obesidad que desean estar comiendo constantemente. Si se descartan factores orgánicos como posibles causas de la obesidad, se podría pensar que la comida ha adquirido para el niño un significado diferente que el de la mera satisfacción del hambre. Tanto en niños como en adultos obesos, el alimento puede funcionar como un instrumento de presión social que opera en dos sentidos: el sujeto manipula y es manipulado socialmente mediante la comida. Es decir, desde que el niño es muy pequeño y durante toda la infancia, es frecuente que use el alimento para premiar, calmar, amenazar o controlar su conducta fuera de las horas o actividades directamente relacionadas con la comida. Se ofrecen dulces para calmar el llanto inoportuno; se premia con caramelos el buen comportamiento; se amenaza con quitar el postre si no se come la carne. Si el niño presenta una predisposición biológica a la obesidad, este valor simbólico de la comida puede ser un factor precipitante que se manifiesta tanto en la infancia como en la edad adulta (Castro, 1988).

Finalmente, en relación con la conducta alimentaria de niños obesos, Barkeling, Ekman y Rossner (1992), observaron que, estos niños comen más de prisa que los niños que no son obesos, además también, no sienten saciedad al final de la comida, pudiendo existir un defecto en la señal de saciedad.

2.7. LA DELGADEZ COMO IDEAL

Actualmente, de acuerdo con Ibañez (1994), la idea de la delgadez se ha constituido en un objetivo casi colectivo del ámbito cultural de los países occidentales; es uno de los

factores que provocan que en nuestra sociedad (incluyendo a los niños) la obesidad sea aún más rechazada. El modelo de la delgadez, está íntimamente ligado al abandono de la vida rural y a la incorporación de la mujer al mundo de trabajo, entre otras razones porque el tipo de trabajo que se realiza en el mundo agrario obliga a tener el cuerpo encorvado, lo que dificulta, en buena medida, tener una percepción adecuada del propio cuerpo, lo que lleva a una despreocupación por el plano estético. Por otro lado, el abandono del campo y la aparición de la burguesía urbana conlleva que se pueda dedicar más tiempo al cuidado de uno mismo, con lo cual el cuerpo adquiere una singular importancia. Junto a ello aparecen "razones económicas": en primer lugar, la estética de la delgadez conlleva el deseo de las clases económicamente fuertes de mostrar su posibilidad de consumir alimentos que tenían un precio elevado en el mercado, lo que convertía a la imagen corporal en una forma de distinción. En segundo lugar, el modelo de la delgadez aparece en épocas de abundancia económica y alimentaria: es decir, para que el "mantener un cuerpo en forma" se convierta en norma es necesario tanto que exista un control en el consumo por parte del individuo, como que éste tenga la suficiente capacidad económica para poder comprar no sólo elementos de "primera calidad", si no también todos los alimentos dietéticos que esto exige. Así pues, el hecho de que la obesidad sea una patología, principalmente de las clases menos privilegiadas está unido al fenómeno de que son las clases privilegiadas las que han impuesto la estética de la delgadez, apoyándose para ello tanto en razones médicas como de poder económico.

Ahora bien, este mismo autor, expone que los nuevos movimientos sociales principalmente el feminismo y el ecologismo, con sus reivindicaciones respectivas respecto a la igualdad social de los sexos y la preocupación por la naturaleza, suponen una especie de contraste en este mundo tan postmoderno. Es decir, se considera que estos movimientos feministas y ecologistas proporcionan la delgadez. Por un lado, porque el discurso feminista tradicional con su hincapié sobre la igualdad sexual ha promovido, junto a otras cosas, la transformación del cuerpo femenino en un cuerpo

andrógino que ha perdido sus "redondeces" tradicionales, al mismo tiempo que ha posibilitado el que el varón comience a preocuparse por su apariencia física, lo que contribuye a que se comience a apreciar un considerable aumento de casos de anorexia mental masculina.

Por otro lado, el ecologismo, con su interés por la conservación de la "naturaleza en su estado natural", va en contra de toda "cultura del consumo" y por tanto, contra todo aquello que signifique consumir más de la cuenta, es decir: el obeso (Ibañez, 1994).

Por otra parte, de acuerdo a Hsu (1982), la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres, y principalmente los adolescentes, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha mostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada.

Esta clase de intereses y conductas se ha encontrado con mayor frecuencia, como se mencionó anteriormente, en las clases sociales medias y altas, mientras que en las bajas, no se presentan tan marcadamente.

Otro de los factores que promueven este tipo de imagen corporal, son los medios de comunicación masiva como el cine, la televisión, la fotografía y las revistas, que han dado lugar al surgimiento de una especie de culto a la imagen del cuerpo humano.

Es así como la apariencia física y la delgadez, han tomado tal importancia al grado de resultar elementos importantes en la obtención de un empleo y la aceptación por parte del grupo. Algunas investigaciones han demostrado que la apariencia personal y la belleza influyen de manera favorable sobre las decisiones de contratación de un solicitante de empleo -principalmente si éste es mujer- (Diphoye, Arven y Terpstra, 1977, citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Desafortunadamente, las personas (mujeres) que no encajan dentro de estos estereotipos de belleza y éxito tienden a desarrollar baja autoestima y mayor insatisfacción con sus figuras (Toro y Vilardell, 1987).

Por otra parte, resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar (Hill, Weaver y Blundell, 1990, citados por Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998), pero a qué edad adquieren importancia los intereses relacionados con "hacer dieta". En varios estudios se reporta que, la situación tiene lugar entre los 11 y los 12 años. Sin embargo, en la población clínica, se han reportado pacientes hasta de 8 años de edad (Fosson, Knibbs, Bryan-Waugh y Lask, 1987, citados por Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

Ahora bien, debe entenderse que el hecho que los preadolescentes (niños y niñas de 9 a 12 años) se muestren interesados en prácticas de control de peso se debe entre otros, a factores socioculturales y muy especialmente al culto que los adultos rinden a la delgadez (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Se ha reportado como los niños de esta misma población se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, y cómo equiparan ser atractivo con la delgadez así como el temor o preocupación excesiva que muestran a subir de peso.

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997), con una muestra de (N=570) extraída al azar de una muestra mayor (N=1237) compuesta por niños y niñas del 5º y 6º grado de primaria, tuvo como objetivo conocer si a la edad de estos niños se hace dieta con propósitos de control de peso (dieta intencionada), además investigar qué otras conductas alimentarias de riesgo están presentes. Los resultados encontrados muestran que una proporción preocupante (231/570) de los escolares, sí hacen dieta intencional, encontrándose en mayor medida la práctica dietaria para bajar que para subir de peso,

asimismo, se encontró que en esta temprana etapa de la vida también existe, si no un "seguimiento formal" de dietas hipocalóricas (pues en la ingesta alimentaria los niños dependen de los adultos) si un intento, o una preocupación en torno a este rubro que muestra, cómo los niños con dieta intencional para bajar de peso aceptan, en mayor medida que los que quieren subir y que los que no tienen dieta intencional, tratan de tomar alimentos bajos en calorías, por ejemplo, carnes sin grasa, leche descremada, refrescos dietéticos, etc.

Sin embargo, cabe destacar de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1999), que es la mujer, la adolescente, o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres hombres por la presión social y consecuentemente, se ha encontrado, que las mujeres más que los hombres se someten a dieta, desarrollan desórdenes del comer y todavía más, las mujeres se someten en mayor medida que los hombres, a intervenciones quirúrgicas, como cirugías plásticas y liposucciones, entre otras, no sólo dolorosas sino también altamente riesgosas para la vida misma.

Debido a esto, Gómez Pérez-Mitré (1999), realizó un estudio con una muestra no probabilística (N=962) de niñas preadolescentes del 5º y 6º grado de primaria y del primero, segundo y tercero de secundaria, que tuvo como objetivo conocer si éstas niñas tan jóvenes presentaban factores de riesgo (para el desarrollo de trastornos de la alimentación) asociados con imagen corporal. Los resultados encontrados muestran que, casi la mitad de las preadolescentes estaban insatisfechas con la imagen corporal, y más de la mitad (n=519=54%) presentaron el efecto de alteración. Estos resultados cobran mayor importancia con respecto al propósito de este estudio, ya que la figura ideal del total de la muestra (94%) fue una figura delgada. Con esto, puede afirmarse que, entre las escolares mexicanas preadolescentes de la muestra, se presentaron factores de riesgo asociados con imagen corporal, encontrando que a los 11 años es la edad donde alcanzan su punto pico respuestas que indican: insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma; aceptación de una excesiva preocupación por el peso corporal; aceptación

del estereotipo cultural que equipara delgadez con atractividad; seguimiento de dietas para el control de peso y deseo de una figura ideal delgada.

De acuerdo con esto, entre las preadolescentes mexicanas se puede observar que el deseo de tener una figura ideal delgada o muy delgada, constituye un factor de riesgo de naturaleza sociocultural para el inicio de los trastornos de la alimentación, desde edades tempranas de la vida.

CAPITULO 3.

DESARROLLO FISICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL EN LA ETAPA INTERMEDIA.

Cuando queremos estudiar los múltiples factores que influyen en el desarrollo a lo largo de la vida, empezamos por los primeros años, ya que es en éstos cuando ocurren una mayor cantidad de cambios. El desarrollo es continuo a lo largo de la vida en los tres principales campos que son: el físico, cognoscitivo y psicosocial. Y, aunque se separan estas amplias áreas para facilitar su estudio, se percibe con claridad que están íntimamente relacionadas y que cada una de ellas afecta a las otras dos.

En este capítulo se examinarán el desarrollo físico, cognoscitivo, y psicosocial de la niñez intermedia (6 a 9 años), ya que es la que interesa para la realización de este estudio.

Es así como, en la niñez intermedia, el crecimiento es relativamente lento, pero continuo. Aumenta la coordinación funcional al desarrollarse las habilidades y los procesos intelectuales; las experiencias emocionales sufren fluctuaciones constantes y quizá representen el factor menos estable de todo este período.

3.1 Crecimiento físico durante la niñez intermedia

El desarrollo físico es menos rápido durante la niñez intermedia que en los primeros años. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comienzo de este período pero ellas llegan al crecimiento repentino de la adolescencia a una edad más temprana y por eso tienden a ser más grandes que los niños al final de este período. Asimismo, la mayoría de estos niños son delgados pero fuertes, aunque en la actualidad, es más probable que haya más chicos con sobrepeso que en décadas pasadas. Las niñas tienen algo más de tejido graso que los niños, una característica que persistirá a través de la edad adulta (Papalia y Olds, 1998).

Durante cada año de la niñez intermedia los niños crecen entre dos y medio y cinco centímetros, y ganan entre dos y tres kg. o más. En relación a esto, Rauh, Schumsky y Witt (1967), presentan los promedios de estatura (en cm.) y peso en niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Se presentarán sólo los promedios de 6 a 9 años ya que es la etapa de interés para la realización de este estudio (Ver tabla 3.1).

Según estos autores, los niños de grupos étnicos diferentes crecen de distinta manera. Los niños y las niñas de origen afroamericanos tienden a ser ligeramente más altos y pesados que los de raza blanca de la misma edad y sexo. También existen diferencias entre los niños ricos y los pobres. Los niños de clase social alta tienden a ser más grandes y maduros que los de clase baja, esta distinción surge de las diferencias en nutrición. Los niños con sobrepeso maduran más rápido que los demás, y las niñas pesadas experimentan la menarquía más temprano que las niñas delgadas.

TABLA 3.1

EDAD	ESTATURA EN CM				PESO EN KG.			
	NIÑOS BLANCOS	NIÑOS DE OTRAS RAZAS	NIÑAS BLANCAS	NIÑAS DE OTRAS RAZAS	NIÑOS BLANCOS	NIÑOS DE OTRAS RAZAS	NIÑAS BLANCAS	NIÑAS DE OTRAS RAZAS
6	116	119	116	119	21.77	22.22	21.31	20.86
7	124	124	124	124	24	24.94	23.58	23.13
8	129	132	127	129	27.66	27.66	25.85	26.30
9	134	134	134	134	29.93	29.93	28.57	29.48

Fuente: Rauh, Schmsky y Witt (1967). Crecimiento físico entre los 6 y los 9 años de edad. Pp.515-530.

De igual forma, el Dr. Ramos (1980, citado por Rosenstein, 1993), realizó tablas (abajo del promedio, en el promedio y arriba del promedio) para el peso y la talla de niñas y niños así como de adolescentes mexicanos. Los datos para las edades de interés de este estudio son:

TABLA 3.2

Niñas	Peso expresado en kilos			Talla expresada en cm			niños	Peso expresado en kilos			Talla expresada en cm		
	edad	bajo	Promedio	alto	bajo	promedio		alto	Edad	bajo	promedio	alto	bajo
	18.10	20.33	23.93	107.8	113.2	119.0	6	18.09	20.67	23.58	108.8	113.5	118.6
	19.98	22.62	27.16	113.0	118.9	125.3	7	19.94	23.14	26.70	114.0	119.2	124.7
	22.13	25.35	30.80	118.2	124.6	131.4	8	22.10	25.72	30.19	119.3	125.0	131.0
	24.52	28.34	35.02	123.5	130.4	137.7	9	24.36	28.70	34.20	124.0	130.1	136.8

Fuente: Dr. Ramos (1980, citado por Rosenstein, 1993). Peso y Talla en niñas y niños mexicanos en la infancia intermedia. pp.1608.

Comparando los promedios de la tabla 3.1 y la tabla 3.2, podemos observar grandes diferencias tanto para la talla como para el peso entre las niñas y niños blancos y los niños mexicanos. Probablemente esto se deba, como se mencionó en el capítulo 2, al tipo de alimentación, ya que en nuestro país la disponibilidad de alimentos no es tan grande como la de países de raza blanca (Estados Unidos, Holanda, Alemania, etc).

Por otra parte, para sostener el crecimiento repentino y el ejercicio constante de estos años, en promedio los niños necesitan 2400 calorías por día. La ingesta diaria de alimentos deberá contener cerca de 34 g. de proteínas, más altos niveles de carbohidratos complejos que se encuentran en alimentos como las papas, la pasta, el pan y los cereales. Los carbohidratos simples se hallan en los dulces, y su consumo deberá mantenerse en el mínimo (Papalia y Olds, 1998).

Asimismo, el desayuno en esta edad es importante, pues deberá suministrar casi una cuarta parte de los nutrientes que necesita el niño; ingerir un desayuno sano y balanceado hace que los chicos se mantengan más alerta y productivos en el salón de clase (Williams y Caliendo, 1984).

En relación a esto, Gesell (1956, p. 673), describe edad por edad, cómo es el apetito, los rechazos y preferencias, así como los modales en la mesa de estos niños:

6 años. **Apetito.** Por lo general es grande, pero comerá más entre comidas que en las comidas. Pide más de lo que puede comer. Quiere el trozo más grande. El desayuno es la comida más pobre.

Rechazos y preferencias. Rechaza alimentos por épocas; le desagradan ciertos alimentos por su textura. Gusta probar alimentos nuevos. Rechaza las verduras cocidas. Prefiere carnes, papas, leche, verduras crudas, helados y caramelos.

Autonomía. Muchos prefieren tomar los alimentos con la mano. Puede preferir el tenedor a la cuchara. Puede mostrarse torpe para untar.

Modales en la mesa. Pobres. Habla mucho, se llena demasiado la boca, mastica con la boca abierta. Arrebata los alimentos, se balancea en la silla y pateo las patas de la mesa.

7 años. Apetito. Moderado. Extremos de apetito pobre y excesivo en diferentes niños. Los niños de apetito extremo son objetos de broma por ser "gordínflones".

Rechazos y preferencias. Comienza a aceptar alimentos que no le gustan, aunque sigue detestando las verduras cocidas. Prefiere la leche, carne, helados y sandwiches.

Autonomía. Poca dificultad con los cubiertos. Con tres dedos, empuja la comida sobre el tenedor o la cuchara.

Modales en la mesa. Mejorando, aunque todavía puede llenarse demasiado la boca y hablar con la boca llena. Puede pelear o jugar a veces con sus hermanos. En ocasiones prefiere comer mirando la televisión o leyendo.

8 años. Apetito. Excelente. Los que comían mal antes, por primera vez tienen ahora buen apetito. Aumenta la cantidad de alimentos que ingieren y aumenta su peso.

Rechazos y preferencias. Pocos rechazos. Las preferencias son como a los 7 años. Probará nuevos alimentos. Juzga los alimentos por el olor.

Autonomía. Necesita usar los dedos con menor frecuencia. Comienza a cortar la carne con su cuchillo, pero torpemente.

Modales en la mesa. Variable. Definido contraste entre modales pobres en la casa y modales buenos fuera de ella. En casa desparrama los alimentos por todo el plato, toma enormes bocados y habla con la boca llena. Consciente de los buenos modales, pero incapaz de ponerlos en práctica.

9 años. Apetito. Bajo un mejor control. Come ahora aproximadamente una comida adulta y aún los que tienen poco apetito comen más equilibradamente en cuanto a cantidad, según sus necesidades.

Rechazos y preferencias. Rechaza abiertamente ciertos alimentos. Puede negarse a comer un alimento cocinado en forma diferente de la usual.

Autonomía. Buen dominio de los cubiertos. Tiende a cortar la carne con el cuchillo, pero trozos demasiado grandes.

Modales en la mesa. Generalmente mejorados, pero aún pueden ser mejores fuera de casa que en casa. Puede estar demasiado absorto escuchando o conversando.

Por otra parte, Lozoff (1989), informa que alrededor del mundo, incluyendo a Estados Unidos, millones de niños no reciben los nutrientes que necesitan para un desarrollo saludable. Cerca de 40 a 60% de la población infantil mundial sufre de desnutrición. Los factores nutricionales y del ambiente interactúan: los niños desnutridos viven en condiciones de pobreza y sufren privaciones en el ambiente. Así, pueden verse los devastadores efectos de la desventaja en las condiciones sociales, primero en el bienestar físico de los niños y después, debido a que la desnutrición interfiere con el desarrollo, en el avance de sus capacidades cognoscitiva y social.

3.1.2 Desarrollo cerebral en la infancia intermedia

Los cambios desarrollistas en el peso del cerebro no significan que los niños mayores de edad tengan más neuronas que los niños más jóvenes. Todas o prácticamente todas las neuronas, están ya presentes antes de nacer. Los cambios de peso en los tejidos cerebrales indican cambios tales como el desarrollo de dendritas (fibras que conectan entre sí a las neuronas), de neuroglia (células que forman tejidos de sostén del cerebro) y de vainas de mielina (una cubierta grasosa de las células nerviosas que no existe al nacer). Hasta que no hayan avanzado suficientemente los cambios de este tipo, muchas aptitudes y acciones están fuera de la competencia del niño. Sin embargo, en la edad escolar, la mielinización avanza considerablemente, este avance lo podemos observar en la coordinación motora fina y gruesa, en la incrementación de la atención y de la concentración, lo cual no se manifestaba claramente en los años anteriores (Strommen, McKinney y Fitzgerald).

3.1.3 Capacidades sensoriales y salud dental en la infancia intermedia

En la edad escolar la visión empieza a alcanzar su madurez, por lo que la mayoría de los pequeños tiene una visión muy buena. Los menores de 6 años tienden a ser hipermétropes ya que sus ojos no han madurado y tiene una forma diferente a la edad de los adultos. Hacia los 6 años, su visión es más precisa ya que ambos ojos trabajan mejor y pueden enfocar mejor. Con todo, algunos niños tienen problemas de visión como miopía (Papalia y Olds, 1998).

El sistema auditivo, olfatorio y del gusto alcanzan su plenitud hasta los 6 o 7 años de edad.

Por otra parte, en lo referente a la salud dental, la mayor parte de los dientes permanentes surgen pronto durante la niñez intermedia. Los primeros dientes se caen alrededor de los seis años y se siguen cayendo en un promedio de cuatro por año durante los siguientes cinco años. Los primeros molares surgen hacia los seis años y los segundos hacia los trece (Papalia y Olds, 1998).

3.1.4 Desarrollo motriz en la infancia intermedia

Las habilidades motrices de los niños mejoran con la edad y las nuevas destrezas que practican, solos o con sus amigos, en el campo de juego o frente a su propia casa, mejoran su salud física y mental.

De esta manera, Gesell (1956, p. 503, 550, 584, 617), describe detalladamente el desarrollo de las habilidades motrices de esta etapa:

6 años. Juega en la casa y fuera de ella y parece no saber donde quiere estar. Se mantiene ocupado bailando y trepando. Baja las cuestas en su triciclo. Arrastra cosas en un carrito. Atraen su atención los juegos con arena. El columpio es uno de sus favoritos; se sienta con más libertad y equilibrio. Gusta de construir torres más altas que sus hombros; trata de saltar lo más que puede sin importarle caer o rodar por el suelo. Asimismo, parece tener mayor conciencia de su mano como herramienta y experimenta con ella como tal. Se dice que es torpe en el cumplimiento de tareas motrices delicadas, sin embargo, gusta de desarmar cosas tanto como de armarlas. Las niñas en especial gustan de vestir y desvestir sus muñecas. Ahora sostiene el lápiz más torpemente y lo pasa de una mano a otra. Le gusta dibujar, copiar, colorear, recortar y pegar.

7 años. Puede hacer equilibrio en un pie sin mirar. Pueden caminar sobre vigas de equilibrio de 5cm de ancho. Pueden saltar y brincar en un pie sobre cuadrados pequeños. En ocasiones se muestra desenfadado, corre y hace volar un avión que él mismo ha hecho, puede patear una pelota. A esta edad la postura es más tensa y más unilateral que a los seis. Es afecto a los lápices y a las gomas de borrar. Su prensión, aunque rígida se afloja casi de pronto y es propenso a dejar caer repentinamente el lápiz mientras trabaja. En sus dibujos representa la figura humana dotándola de proporciones relativas más correctas que antes.

8 años. Los movimientos corporales del niño de esta edad tienen fluidez y, a menudo, gracia y equilibrio. Camina con libertad. Tiene conciencia de su propia postura y recuerda en ocasiones que debe sentarse erguido. Corre, salta, lucha, persigue a otro niño, le gusta el fútbol y el béisbol. Valor y atrevimiento son características del niño a esta edad, trepa árboles, haciendo equilibrio sobre el borde de las cercas, aumenta sus fuerzas. El acercamiento y la prensión son rápidos, suaves y hasta elegantes. Al escribir, espacia las palabras y las oraciones.

9 años. Juega mucho. Es más hábil en su comportamiento motor, demuestra ahora gran interés por deportes de competencia como el fútbol. Los varones son rápidos para adoptar una postura activa de lucha y se golpean y pelean mutuamente. Es propenso a montar en bicicleta demasiado tiempo.

3.2 Desarrollo cognoscitivo en la infancia intermedia

En general, el desarrollo intelectual en la edad escolar, tiene lugar en los salones de clase. Es en la escuela donde el niño aprende a pensar como los adultos, y así fuera por ese solo hecho el ingreso a la primaria representa un hecho relevante en la vida de un niño.

El cambio y el crecimiento tan drástico vienen a complicar la vida de los alumnos de primer año, cuando se incorporan personalmente al grueso de la sociedad. La educación formal principia a los 5 años en Inglaterra, a los 7 en Rusia y a los 5 o 6 años en Estados Unidos (Craig, 1988). En México a los 6 años. Al parecer algunas culturas comparten la creencia de que a esa edad el niño inicia una nueva etapa de responsabilidad, algunas veces denominada la "edad de la razón".

Así, cuando los niños tienen de 5 a 7 años, muchas de sus capacidades lingüísticas y perceptual-motoras maduran e interactúan en una forma que facilita algunas variedades de aprendizaje. En este momento de la infancia, los teóricos detectan un cambio cualitativo en el proceso del pensamiento durante este período. En la teoría de Piaget por ejemplo, estos años marcan la transición del pensamiento preoperacional al pensamiento operacional concreto: el pensamiento se vuelve menos intuitivo y egocéntrico, mostrando un carácter más lógico.

3.2.1 Operaciones concretas

En primer lugar es conveniente definir el concepto de operación. Según Piaget (1967), una operación es pues, en primer lugar, psicológicamente, una acción cualquiera (reunir individuos, o unidades numéricas, desplazar, etc.), cuya fuente es siempre motriz, perceptiva o intuitiva. Dichas acciones tienen pues, a su vez como raíces esquemas (formas de procesar información y se alteran a medida que crecemos) sensoriomotores, experiencias afectivas o mentales (intuitivas) y constituyen antes de ser operatorias, la propia materia de la inteligencia sensorio-motriz y, más tarde de la intuición. Así, las operaciones, son un sistema de acciones internas. Son realmente la forma lógica de solucionar problemas mentalmente, hacia la que el niño se ha ido moviendo lentamente desde el comienzo de la inteligencia representativa.

Ahora bien, una vez definido este término, las operaciones concretas se extienden aproximadamente desde los 6 a los 11 o 12 años. En esta etapa, los niños empiezan a establecer las conexiones y a realizar las funciones mentales indispensables para adquirir una percepción más realista y lógica del mundo físico. Puede clasificar las cosas y manejar una jerarquía de clasificaciones, comprende los conceptos matemáticos y el principio de conservación. Sin embargo, los niños en esta etapa aún se limitan a situaciones reales y presentes: no pueden pensar en términos hipotéticos como lo que podría ser antes de lo que es. La capacidad para pensar en forma abstracta no se presenta sino en la adolescencia, afirma Piaget (1952).

. Principio de conservación

Es la capacidad para reconocer que la cantidad de algo se conserva igual aunque su forma cambie, siempre y cuando no se le haya agregado o quitado nada. El ejemplo clásico más sencillo de Piaget, es el de mostrar a un niño dos vasos idénticos; ambos contenían la misma cantidad de líquido. Después que el niño haya aceptado que la cantidad de líquido en ambos vasos es igual se vierte el líquido de uno de los vasos en un vaso largo y estrecho. Después se le pregunta al niño cuánto líquido contiene el vaso alto: ¿hay mayor o menor cantidad en el primer vaso o es la misma cantidad?. Según este autor, la mayor parte de los niños, cuya edad fluctúa entre 6, 7 o más años, contestan que la cantidad es la misma. Pero los niños menores de 6 años responden que el vaso alto contiene más líquido (Piaget, 1952).

Asimismo, Piaget (1952) y otros investigadores han probado el nivel de comprensión del concepto de conservación en niños, con respecto a atributos como número, sustancia, longitud, área, peso y volumen.

La capacidad para resolver problemas de conservación varía no sólo con la edad sino con el atributo o la dimensión particulares que se involucran en el problema. En su forma típica los niños pueden resolver tareas que incluyen conservación de sustancia alrededor de los 7 u 8 años de edad, por ejemplo, se le muestra a un niño dos bolas de plastilina idénticas y se le pregunta si la cantidad de plastilina en ambas bolas es la misma; una vez que el niño está de acuerdo con ello, el investigador o el niño cambia una de las bolas a una forma diferente, por ejemplo, alargándola como una salchicha. Nuevamente se le pregunta al niño si los dos objetos tienen la misma cantidad de plastilina o si uno contiene más y por qué piensa así. El niño de la etapa preoperacional, se guía por las apariencias y dice que la plastilina de forma alargada y delgada contiene más porque parece más larga; el niño de las operaciones concretas, comprende que la apariencia no es el fondo del asunto y entiende que una transformación como ésta solamente cambia la forma como se percibe una cosa, por tanto, responde de manera correcta que la bola y la salchicha tienen la misma cantidad de plastilina.

Cuando a los niños se les pide que expresen las razones que sustentan sus respuestas, revelan sus procesos de pensamiento y demuestran si entienden los principios lógicos implícitos en una tarea. El niño comprende el principio de identidad; sabe que la plástilina es la misma aunque tenga una forma diferente; entiende el principio de reversibilidad: sabe que puede revertir la transformación (cambiar la salchicha a una bola) y recuperar la forma original. Por último, el niño puede descentrar: puede enfocarse en más de una dimensión importante (en este caso, tanto en la longitud como en el ancho). Esto no lo entiende el niño preoperacional (Papalia y Olds, 1998).

Ahora bien, en tareas que incluyen conservación del peso, en donde se le pregunta si la bola y la salchicha pesan lo mismo, los niños no suelen dar respuestas correctas sino a los 9 o 10 años. En tareas sobre conservación de volumen, cuando los niños deben juzgar si la salchicha y la bola desplazan una cantidad igual de líquido cuando se le coloca en un vaso lleno de agua, las respuestas correctas rara vez se presentan antes de los 12 años. Para solucionar estos problemas, los niños pueden aplicar operaciones mentales internas: pueden solucionar estos problemas en sus cabezas. No tienen que medir ni pesar los objetos.

Piaget (1952), llama al desarrollo de las diferentes etapas de conservación en distintas edades décalague horizontal, es decir, un niño puede conservar la sustancia antes que el peso, y la sustancia y el peso antes que el volumen. Así, el dominio progresivo de las diferentes etapas de la conservación sugiere que los niños no adquieren todas las capacidades cognoscitivas a la vez, sino de manera gradual y continua.

. Clasificación

La capacidad de los niños para organizar objetos en categorías según atributos particulares surge pronto durante la niñez. Para que haya una aptitud plenamente desarrollada para clasificar se necesita que se conozcan los atributos que definen a los diferentes objetos, así como las relaciones que hay entre las clases subordinadas y las superiores. Por ejemplo, los dachshunds y los perros

pastores son evidentemente especies o clases subordinadas del género o de la clase superior del perro; los perros, gatos, caballos y pájaros son especies del género animal. Cada especie o clase subordinada, tiene atributos específicos por medio de los cuales todos sus miembros se pueden definir, identificar y distinguir de los miembros de otras clases subordinadas o especies; y hay una organización jerárquica evidente entre las clases subordinadas y superiores, o entre especies y géneros (Strommen et al., 1991).

Si a los niños pequeños preoperacionales se les da un conjunto de objetos -bloques de diversas formas y diversos colores, digamos, o juguetes que representan personas, animales y edificios- y se les pide que agrupen los que deben ir juntos, lo harán en forma idiosincrásica e inconsistente. Es que todavía no aprovechan los atributos definitorios de los objetos mismos para formar clases. Con los bloques de diferentes contornos y colores suelen elaborar patrones o imágenes "colecciones gráficas" como las llaman Inhelder y Piaget (1964), suelen agrupar los juguetes en alguna forma que corresponde a narraciones o temas que relacionan a los objetos entre sí. Estas colecciones se basan en cualquier noción que pueda surgir en la mente del niño en ese momento; son distintas de una ocasión a otra y de un niño a otro. Más tarde los niños empiezan a agrupar los objetos conforme a los atributos de los objetos mismos. Colocan juntos todos los bloques del mismo color o de la misma forma; los animales, las personas y los edificios se colocan en grupos por separado; y cada objeto tiene su grupo correspondiente. Pero estos agrupamientos pueden todavía ser "colecciones no gráficas" en lugar de clases, según que el niño haya organizado los agrupamientos a la luz de un sistema de clasificación, o no. Los niños que tienen sistemas de clasificación comprenden muy bien la relación que hay entre las diversas partes de un sistema y pueden reconocer fácilmente la función de cada una de las partes del sistema. Entienden bien que ciertos objetos pueden ser simultáneamente miembros de diferentes clases subordinadas (un bloque es azul y rectangular a la vez) y que pueden ser miembros simultáneamente de una clase subordinada y de una clase superior (el bloque azul y rectangular es de madera, al igual que el bloque rojo y triangular; un perro es un animal). Pero los niños que no tienen ningún sistema de clasificación, no pueden hacer esto. Una vez que han organizado las cosas por algún atributo determinado, no conciben que pueda haber otra manera de clasificarlas (Strommen, et al., 1991).

. Razonamiento de relación

Además de las clases, el niño debe llegar a comprender las relaciones entre clases. Un problema de apariencia engañosamente simple en el razonamiento de relación es la tarea de seriación (Piaget y Szeminska, 1952).

Para estudiar la formación de series de longitudes, podríamos presentar diez barras de diferentes longitudes colocadas al azar sobre una mesa. La tarea del niño es ordenar las barras según su longitud. Podríamos esperar que cualquier niño que sea suficientemente consecuente llegue a la solución correcta por medio de tanteo utilizando el sistema de ensayo/error. Sin embargo, la mayoría de los niños pequeños no lo consiguen. Pueden acabar con simplemente dos o tres grupos de barras "grandes" y "pequeñas" más que un conjunto completamente ordenado. O puede alinear las partes superiores de las barras ignorando completamente las partes inferiores. Incluso si el niño tiene éxito mediante tanteo, es probablemente incapaz de resolver más variantes del problema, por ejemplo insertar nuevas barras en un conjunto acabado. Lo que la seriación de elementos supone, es una aproximación sistemática y lógica en la que el niño es capaz de pensar que cada barra es simultáneamente más larga que la que precede y más corta que la que le sigue. Lo que le falta al niño preoperatorio es este tipo de aproximación bidimensional y no centrada para la resolución de problemas.

El niño preoperatorio es igualmente incapaz de apreciar la transitividad de las relaciones cuantitativas. Supongamos que trabajamos con tres barras: A, B y C, difieren sólo ligeramente en cuanto a su longitud. Le enseñamos al niño que A es más larga que B y que B es más larga que C. Le preguntamos entonces respecto a las longitudes de A y C pero no le permitimos compararlas de forma perceptiva. Solucionar esta tarea requiere la capacidad de sumar dos premisas ($A > B$ y $B > C$) y deducir que la respuesta correcta ($A > C$). El niño en el estadio operatorio tiene esa capacidad (aunque no inmediatamente, la transitividad surge hacia los 7 u 8 años). El niño preoperatorio, no la tiene y así es probable que vuelva atrás hacia el tanteo u otras estrategias irrelevantes (Piaget, Inhelder y Szeminska, 1960, citado por Ross, Marshall y Scott, 1996).

. Concepto de número

En esta etapa, los niños pueden enfrentarse a la aritmética con los avances que han logrado en el pensamiento lógico, representados en una mayor capacidad para manipular símbolos, apreciar conceptos como reversibilidad y entender la seriación y la idea de la parte y el todo.

Según Resnick (1989), los niños desarrollan sus propias estrategias informales para sumar y restar. Al comienzo cuentan con sus dedos u otros objetos. Para sumar cinco y tres pueden crear un conjunto de cinco monedas y otro de tres y luego unirlos para contar ocho monedas; sin embargo, incluso después de haber contado las cinco primeras monedas, antes que puedan sumar las tres adicionales tienen que contarlas todas de nuevo.

Hacia los seis o siete años aprenden a contar "de corrido". Comprende que después de haber contado las primeras cinco monedas pueden seguir con el número 6 y no con el uno para contar las tres restantes; puede tomarles dos o tres años más lograr la operación correspondiente en la resta, pero hacia los 9 años la mayoría de los niños puede contar a partir del número más pequeño o restar del número más grande para obtener la respuesta.

Los niños también se vuelven más expertos en la solución de problemas simples como: "Pedro fue al almacén con \$5 y gasto \$2 en un dulce. ¿Cuánto le quedó?; no obstante, cuando la incógnita está en la cantidad inicial (Pedro fue a la tienda, gasto \$2 y le quedaron \$3, ¿cuánto tenía al principio?), el problema es más difícil. Pocos niños pueden resolver esta clase de problemas antes de los 8 o 9 años de edad (Resnick, 1989).

. Pensamiento racional

La comprensión que tienen los niños de los conceptos relativos -conceptos como hermanos y hermana, derecha e izquierda, que expresan relaciones entre objetos o sucesos también cambia con la adquisición de operaciones concretas (Strommen, et al., 1991). Un varón preoperacional puede insistir en que tienen un hermano, pero que su hermano no tiene hermanos. No logra entender la

naturalidad recíproca de la relación de hermano, que no puede tener un hermano sin que el mismo tenga que ser hermano del otro. Los niños también suelen tener dificultad con conceptos como los de derecha e izquierda, que algunas veces se usan en un sentido absoluto (tu mano derecha es siempre tu mano derecha), pero que en la mayoría de los casos se usan en un sentido relativo: la mesa o la puerta están a tu derecha o a tu izquierda, dependiendo de la posición de tu cuerpo, o en relación a tu cuerpo. Al principio los niños usan estos conceptos solamente en un sentido absoluto. La confusión que tienen los niños con respecto al uso relativo de derecha e izquierda perdura hasta el segundo año, y durante más tiempo para muchos niños (Strommen, et al., 1991).

. Egocentrismo

En la terminología de Piaget (1967), el egocentrismo es la incapacidad para distinguir al sujeto del objeto, el yo de la experiencia, y que nace directamente del nivel de funcionamiento intelectual del sujeto. Los niños empiezan la vida como seres completamente egocéntricos, porque al principio no distinguen entre los sucesos externos y la experiencia que tienen de esos sucesos. Para cuando llegan al final del período sensoriomotor, su egocentrismo con respecto a los objetos ya ha sido superado; la aparición de la permanencia de los objetos es señal que efectivamente distinguen entre los objetos y ellos mismos, y entre los objetos y el contacto sensorial y motor que tienen con ellos. Pero esto es la primera parte. Cada vez que emerge un nuevo tipo de estructura intelectual, el egocentrismo reaparece bajo una nueva forma; por lo tanto, se advierte que cada período de desarrollo intelectual tiene su propia forma característica de egocentrismo.

Con la adquisición de operaciones concretas, los niños empiezan a superar las formas de egocentrismo características del pensamiento preoperacional. La nota característica más frecuente del egocentrismo de los niños preoperacionales es que se sienten atrapados dentro de su propio punto de vista, incapaces de tomar una perspectiva diferente de la propia. Estos niños creen que sus pensamientos son parte de la situación, como el suceso es parte de la situación. Con esto. Parece que no caen en la cuenta de que podrían tener otros pensamientos, o de que los otros pueden tener pensamientos, conocimientos o puntos de vista distintos de los suyos propios.

Al empezar los años escolares, los niños son menos egocéntricos, ya que caen en la cuenta de que existen otros puntos de vista, pero todavía no tienen la habilidad suficiente para reconocer cuáles pueden ser esos otros puntos de vista o para coordinarlos con los suyos propios (Piaget, 1967).

Asimismo, el egocentrismo de las operaciones concretas se debe a la incapacidad para distinguir entre hechos e hipótesis. Se toman los postulados y las hipótesis como si su verdad estuviera firmemente establecida. Como consecuencia de esto, la evidencia contraria no logra cambiar la mente de los niños, y no se procura verificar sus postulados ni las interpretaciones de los sucesos. Ejemplo de este tipo de egocentrismo, es cuando una niña de 8 años, se rehusó a tocar unos sapos muy pequeños, argumentando que al tocarlos se le disolverían los dedos. Su amiga le había dicho esto. A pesar de la evidencia contraria y directa de que ninguno de los dedos de las demás personas se disolvían -varias personas estaban manipulando sapos-, su convicción permaneció inmovible (Strommen, et al., 1991).

3.2.2 Procesamiento de la información en la infancia intermedia

Durante la niñez intermedia los niños más pequeños maduran en diferentes áreas cognitivas. Una de ellas es su capacidad para prestar atención, la cual les permite seleccionar los puntos de información que son importantes para lo que ellos tienen que hacer en el momento. Pueden concentrarse durante más tiempo y descartar información irrelevante.

En la niñez intermedia los niños pueden planear su trabajo, y diseñar y utilizar estrategias para organizar y contar, capacidades que les ayudan a aprender, recordar y solucionar problemas.

En lugar de abordar todos los cambios del pensamiento en los niños como lo hizo Piaget, el enfoque de procesamiento de información explora por separado los componentes de los procesos mentales en los niños. Estos investigadores plantean preguntas como: ¿cómo crean y utilizan estrategias los niños? ¿cómo funciona la memoria?. La memoria es un proceso importante en el

procesamiento de información. A medida que avanza el desarrollo cognoscitivo, también lo hace la memoria (Papalia y Olds, 1998).

. Memoria

De acuerdo con la teoría del procesamiento de información, la memoria es como un sistema de archivo que implica tres pasos básicos: codificación, almacenamiento y recuperación. Después de percibir algo, un individuo decide en dónde lo va a archivar. El primer paso es codificarlo o clasificarlo, por ejemplo, bajo "personas que conozco" o "lugares donde he estado". Segundo, almacena el material para que permanezca en la memoria. Por último, es necesario que esa información pueda recuperarse o salir del sitio en donde se almacenó (Papalia y Olds, 1998).

La memoria a corto plazo aumenta con rapidez durante la niñez intermedia. Su evaluación se hace pidiendo a los niños que recuerden una serie de dígitos en orden inverso al que escucharon (decir "2-8-3-7-5-1" si han escuchado "1-5-7-3-8-2"). Hacia los 5 o 6 años los niños suelen recordar sólo dos dígitos, el adolescente recuerda seis.

. Estrategias mnemotécnicas

Ross et al., (1996), propone la siguiente tarea: presentan la siguiente lista de palabras a una velocidad de una palabra cada 5 seg.

- | | | | |
|-----------|-------------|------------|-----------|
| - Vaca | - perro | - camión | - manzana |
| - Árbol | - bicicleta | - sombrero | - bandera |
| - Plátano | - naranja | - oso | - caballo |

Después de la última palabra hay una espera de 30seg., y luego debe recordar tantas palabras como sea posible. Los adultos enfrentados a semejante tarea harían seguramente diversas cosas para ayudarse a recordar. Quizá repetirían las palabras una y otra vez mientras se va presentando

la lista y durante el período de espera. Quizá intentarían hacer la lista más fácil de recordar agrupando las palabras, dándose cuenta por ejemplo de que diversos elementos son comida y otros son animales. Otros quizá intentarían crear asociaciones entre las palabras imaginando un escenario en que varias palabras estuvieran relacionadas, por ejemplo, una imagen mental de una vaca comiéndose un plátano, mientras monta bicicleta.

Las aproximaciones estigmatizadas son ejemplos de estrategias mnemotécnicas. Una estrategia mnemotécnica es cualquier técnica que se utilice en un intento de ayudarse a recordar algo. El ejemplo antes mencionado, corresponde de hecho, a tres de las estrategias más estudiadas en la investigación de la memoria: repetición de los elementos a recordar (la técnica de repetir una y otra vez), organización de los elementos en categorías conceptuales (agrupando en comidas, animales, etc.) y elaboración de los elementos relacionándolos en una imagen o historia más general (la imagen de la vaca en bicicleta).

El aumento en la tendencia a utilizar estrategias es una importante fuente de incremento de la memoria con la edad. Hasselhorn (1990), demuestra que los niños mayores son más dados a generar y emplear estrategias mnemotécnicas que los más jóvenes. Este hallazgo es válido para las tres técnicas antes mencionadas: repetición, organización y elaboración.

Ahora bien, se ha comprobado que los niños que usan estrategias muestran una mejor evocación que los que no. Los niños no siempre se benefician de sus intentos iniciales de usar una estrategia, quizá porque ejecutar una nueva estrategia provoca una demanda excesiva para sus limitados recursos de procesamiento de información. Este fallo es una estrategia recién desarrollada que se conoce como deficiencia de utilización (Ross, et al., 1996).

Generalmente, sin embargo, incluso los niños más jóvenes extraen beneficios del uso de estrategias: su problema principal es simplemente que al principio no generan estrategias. Asimismo, las estrategias aumentan, no sólo en frecuencia sino también en complejidad, al crecer el niño. La repetición es una estrategia sencilla y es, de hecho, una de las primeras en aparecer,

generalmente hacia los 6 o 7 años. La organización aparece algo más tarde, y la elaboración más tarde aún (Ornstein, Naus y Liberty, 1975).

. Metamemoria

Es el conocimiento de los procesos de la memoria, un entendimiento que comienza a desarrollarse en la niñez temprana. El concepto de que el paso del tiempo afecta la memoria, se aprende pronto.

Desde el jardín de infantes hasta el quinto grado, los niños avanzan de manera constante en la comprensión de la memoria (Kreutzer, Leonard y Flavell, 1975). Los niños del jardín de infantes y de primer grado entienden lo que significa aprender, recordar y olvidar; comprenden que un mayor tiempo de estudio mejora el aprendizaje y que los apoyos externos pueden ayudarlos a recordar. Quizá lo más sofisticado que saben acerca de la memoria, porque combina un conocimiento de olvidar.

Hacia el tercer grado, los niños saben que algunas personas recuerdan más que otras y que algunas cosas son más fáciles de recordar que otras. Como los niños saben más acerca de cómo funciona la memoria, ahora pueden planear mejor lo que deben hacer para recordar algo. Es más probable que los niños piensen en colocar sus patines junto a la mochila del colegio, si quieren recordar que deben llevarlos a la escuela el día siguiente (Kreutzer, et al., 1975).

3.3 Desarrollo del lenguaje en la infancia intermedia

Para cuando los niños llegan a la escuela, ya han logrado un dominio impresionante del lenguaje. Ya pueden comprender y elaborar frases de cierta complejidad; y ya conocen las reglas ordinarias y de uso frecuente, como la información del plural, el tiempo pasado y los verbos regulares, etc., aunque las excepciones y las formas irregulares de los verbos todavía les causan problemas (Berko, 1958).

Sin embargo, la articulación o habilidad para pronunciar ciertos sonidos de la lengua, no llega a su perfección sino hasta aproximadamente los ocho años en promedio (por ejemplo, a esta edad debe pronunciar bien la "r"). El vocabulario continúa ampliándose. Aumenta el tamaño promedio de las frases. Y como se mencionó anteriormente, quedan todavía por dominar las formas irregulares y las excepciones. Durante los primeros años de escuela los niños tienden a "regularizar" o a simplificar las reglas; aplican las reglas generales por igual, inclusive a los que son excepciones de esas mismas reglas, conforme al uso adulto del lenguaje. La regla general para formar el pasado de un verbo, por ejemplo, es que se añada una e o una o; y durante los primeros años escolares, los niños con frecuencia usan formas como andó, andé, etc., en lugar de las formas irregulares anduvo, anduve, etc. (Berko, 1958).

Además, se advierte que ocurren cambios muy importantes, tanto en la gramática (sintaxis) como en la semántica (en el significado), durante los años de escuela elemental e inclusive después. En muchos casos, estos cambios giran alrededor de puntos bastante sutiles, lo cual quiere decir que muy probablemente la mayoría de los adultos no se dan cuenta de que estos cambios se están verificando, o que los niños están usando construcciones gramaticales o palabras con un significado distinto del que ordinariamente les dan los adultos (Strommen, et al., 1991).

Así, la semántica, continúa incrementándose durante la infancia, el niño empieza a adquirir otros conceptos, otros significados. En lo referente a la sintaxis, aprende como coordinar apropiadamente los sonidos para expresar un mensaje o un pensamiento de manera adecuada para que los demás lo entiendan; el dominio de la sintaxis se observa claramente en esta edad.

El niño es ahora capaz de comprender una gran cantidad de mensajes; su habla es característicamente socializada, puede establecer una conversación con un adulto, y es capaz de comprender las sutilezas o chistes del lenguaje (con doble significado). Además también, empieza a utilizar las cortesías del lenguaje, saludar, despedirse, dar gracias, etc.

3.4 Desarrollo social en la infancia intermedia

De acuerdo a Sullivan (1976), la infancia intermedia es la época real para tornarse social. En esta etapa ocurren muchas cosas importantes. Se trata de la primera etapa del desarrollo, en la cual las limitaciones y peculiaridades hogar, como influencia socializadora, comienzan a ser posibles de remedio. La infancia intermedia, tiene que remediar un gran número de las idiosincrasias culturales, excentricidades de valorización, y demás, que han sido negociadas en la socialización de la niñez; si no lo hace, esas idiosincrasias excentricidades y demás pueden sobrevivir y obstruir el curso del desarrollo a través de los períodos subsiguientes.

En esta cultura en la que la educación es obligatoria, es la sociedad de la escuela la que rectifica o modifica en la infancia intermedia una gran parte de la infortunada dirección de la evolución de la personalidad conferida al niño por sus padres y demás personas del grupo familiar (Sullivan, 1976).

Hay dos contribuciones al desarrollo en la infancia intermedia: la experiencia de subordinación social y la experiencia de la acomodación social. En la *subordinación social*, se produce un gran cambio en el tipo de autoridad y en la clase de subordinación a la autoridad. De esta manera, el niño se encuentra expuesto a personas vestidas de autoridad como los maestros, los directores de recreos y juegos; algunas de estas personas de autoridad tienen limitaciones estereotipadas bastante marcadas de la autoridad que pueden ejercer, en todos los casos, son casi seguramente muy distintas de las personas del hogar del niño, tanto en su ejercicio de la autoridad como en su preocupación e interés con el niño. Así, en su relación con su maestro y las otras varias personas adultas de autoridad, se espera del niño que haga las cosas que se le piden u ordenan, y se le dan recompensas, castigos, etc., con respecto al cumplimiento o incumplimiento. Ahora bien, la contribución más enfáticamente efectiva de la infancia intermedia es la de *acomodación social*, es decir, un ensanchamiento de la comprensión del gran número de ligeras diferencias del vivir que existen; de cuántas de esas diferencias parecen estar bien aunque sean bastante nuevas; y de cuántas de ellas no parecen estar bien. Esto es originado por el contacto y la necesidad de una cierta cantidad de acomodación con personas de más o menos la misma edad, con una gran

variedad de peculiaridades personales. Algunos de esos niños son tratados con la mayor crudeza por otros de su misma edad. En esta etapa (aunque no sea más que porque el niño acaba de llegar de su hogar y su experiencia anterior ha sido siempre con personas mayores y hermanos menores, o con compañeros realmente imaginarios de juegos) hay una insensibilidad verdaderamente horrible hacia los sentimientos de valor personal en las otras personas. Así, los años de escuela son una época en la cual la regla es un grado de crudeza en las relaciones interpersonales que muy rara vez es igualado en la vida posterior (Sullivan, 1976).

3.4.1 Familia

Las relaciones con los padres, hermanos y otros miembros de la familia (abuelos, tíos, primos) se siguen desarrollando durante la niñez intermedia. Sin embargo, pasan relativamente poco tiempo con sus padres y bastante con sus compañeros, esto, aunque la investigación sugiere que los padres dedican un promedio de 30 minutos al día para interactuar con sus hijos estudiantes, la mayoría de los padres brindan apoyo, son amorosos y se involucran con sus hijos (Demo, 1992). Las relaciones con los padres siguen siendo las más importantes en la vida de los niños.

Las modalidades de interacción que se desarrollan dentro de cualquier familia determinada dependen de los atributos personales de cada uno de los miembros de la familia, tanto de los niños como de los padres, al igual que de la composición o estructura de la familia.

Los padres influyen en los hijos, pero los hijos también influyen sobre los padres. Durante los años de escuela, las modalidades características de reaccionar de los niños -temperamento, orientaciones centrales-, permanecen estables (esta última es la predisposición característica y relativamente permanente de un individuo a interactuar de cierta manera, la cual determina el desarrollo de un individuo); sin embargo, al mismo tiempo los niños están cambiando en otros aspectos desde el punto de vista del desarrollo. Así, a través de los años escolares, las interacciones entre padres e hijos manifestarán estabilidad, pero al mismo tiempo deberán

evolucionar para dar entrada e integrar los cambios que se están verificando (Strommen, et al., 1991).

3.4.2 Relaciones entre compañeros

Tal vez el cambio más grande que se da en la organización social de los niños, una vez que empiezan la escuela es la cantidad de tiempo tan extraordinariamente grande que pasan con los compañeros, se dan, en primer lugar, las relaciones formales del salón de clases con un grupo numerosos y relativamente estable de niños, que por sí solos suponen ahora varias horas de cada uno de los días del niño. Además, los contactos informales fuera de clase absorben proporciones cada vez mayores del tiempo del niño. Los niños juegan, forman clubes, emprenden proyectos, riñen, lanzan sus propias opiniones, manipulan las cosas en busca de alguna posición social y participan en muchas otras actividades que organizan entre ellos mismos (Strommen, et al., 1991).

Por su parte, Sullivan (1976), estaba convencido de que los años de escuela elemental desempeñan un papel formativo crucial para el desarrollo de la personalidad debido a las nuevas relaciones que aportan, tanto con los compañeros como con los adultos en general. Según este autor, los años de escuela son el período de la vida cuando los niños realmente empiezan a ser sociables por primera vez.

Así, por definición, los compañeros son personas iguales entre sí. También son personas que se parecen a uno mismo de muchas maneras, pero que a la vez tienen sus propias diferencias, sus propias actitudes, intereses, deseos y sus propios ideales de justicia, y de lo que es divertido hacer. Ante estas diferencias individuales, los niños tienen que aprender a pactar entre sí y entenderse mutuamente, mediante sus propias acciones. El que los niños sean aceptados o rechazados, y que también se entiendan con los demás, depende de sus propios atributos y no de sus relaciones con alguna otra persona. En el hogar, su aceptación es en parte una cuestión automática, por ser el hijo de sus padres; en la escuela, por ser alumno de una determinada maestra. Pero entre compañeros

no son nadie, a no ser que se prueben a sí mismos conforme a los valores propios del grupo de compañeros.

. La cultura de la niñez

Los niños, por la interacción con los compañeros, no solamente aprenden a llevarse bien con los demás; los compañeros también los introducen a un mundo social que, difiere con el mundo social que comparten con los adultos.

El mundo social de la niñez tiene sus propios rituales, sus propias actividades, tradiciones y sus propios códigos sociales, todo lo cual los niños aprenden unos de otros. Los adultos juegan un papel muy insignificante, o sencillamente nulo, en las actividades de ese mundo social y en la transmisión de su cultura de una generación de niños a otra. Los adultos raras veces se interesan por este mundo infantil (Strommen, et al., 1991), ellos ya lo han superado por la edad; y lo que advierten les suele parecer familiar e inocuo; los niños por su parte, tienden a guardarse para sí mismos las cosas que pasan con él. Algunas veces esto se debe a que emprenden actividades que los adultos les han prohibido.

Pero las actividades prohibidas son solamente una parte de lo que los niños hacen juntos. En la mayoría de los casos juegan. El estudio del juego de los niños da por resultado una imagen inesperada y fascinante de la continuidad de las tradiciones infantiles a través del tiempo y del espacio (Opie y Opie, 1969).

Además de estas tradiciones durables y de hondas raíces, los niños también se transmiten cantos, chistes y eventos relativamente transitorios. Los sucesos políticos del momento, los cantos populares y las modas, suelen proporcionar una base para rimas o versos que se difunden con gran rapidez y luego desaparecen en unos cuantos meses o años.

. Aceptación por parte de los compañeros

La gran mayoría de las personas esperan agradar a los demás, y la popularidad adquiere una nueva importancia en la niñez intermedia, cuando los pequeños pasan más tiempo con otros chicos y se sienten muy afectados por sus opiniones (Papalia y Olds, 1998).

Así, los niños populares son más extrovertidos, sociables y amistosos que los demás niños.

Sin embargo, a los niños que no son sociables no se les rechaza necesariamente. La aceptación y el rechazo no son simples opuestos, si no que más bien cada uno se relaciona con diferentes factores. Los niños populares son socialmente más sensibles hacia los demás y los aceptan con mayor facilidad, y son más complacientes, menos agresivos y cooperadores que los niños menos queridos, inspiran confianza, sus destrezas sociales hacen que otras personas disfruten estar con ellos. La popularidad está relacionada con el CI y con el logro académico; los niños más brillantes son siempre más populares. Los factores físicos, como lo atractivo y la forma del cuerpo, también están relacionadas con la popularidad (Strommen, et al., 1991).

Ahora bien, una de las figuras más tristes de la niñez es la del niño a quien escogen de último para integrar cualquier equipo, está al margen de todos los grupos, no lo invitan a fiestas de cumpleaños, camina sólo de regreso a casa y llora abatido porque "nadie quiere jugar conmigo".

Los niños pueden ser impopulares por muchas razones, y pueden cambiar algunas pero otras no.

Algunos pequeños que son impopulares también son agresivos, algunos hiperactivos y otros retraídos (Newcomb, Bukowski y Pattee, 1993). Otros actúan con infantilismo e inmadurez o se muestran ansiosos e inseguros. A menudo son insensibles a los sentimientos de otros niños y no se pueden adaptar a nuevas situaciones (Bierman, Smoot y Aumiller, 1993).

Los niños impopulares no tienen las destrezas sociales que poseen quienes son populares.

Algunos suponen no ser agradables. Con esto, se puede observar, que los pequeños a quienes sus compañeros no sólo ignoran sino que rechazan, están en riesgo de padecer problemas emocionales y de comportamiento.

. Apodos

En la edad escolar, los sobrenombres como: "jefe", "dumbo", "cuatroojos" o el "puerco", posiblemente parezcan juegos de niños a los ojos del adulto, pero tienen un sentido mucho más importante para el niño (Craig, 1988).

Una de las principales razones de la imposición de apodos consiste en separar el "nosotros" y el "ellos". Los niños que carecen de apodo son considerados personas muy poco importantes para prestarles atención. En general, no tienen amigos y están aislados del resto del grupo. Como señala Harré (1980, citado por Craig, 1988), recibir un apodo equivale a pensar que uno posee un atributo que merece la atención social, aún cuando ésta no sea agradable. Así pues, tal vez sea mejor que a uno lo llamen el "puerco" a que simplemente lo llamen "Juan".

Los gordos y los tontos del grupo son usados por los líderes como ejemplo de lo que no debe ser uno. Son, por así decirlo, avisos ambulantes de la violación de las normas del grupo. Y estas normas son los intentos del niño por internalizar las reglas de la sociedad. Por medio de los apodos, proclama a voz alta lo que es aceptable para la sociedad y lo que no lo es. Cualquier estilo, conducta o forma corporal que no corresponda a dichas reglas, se convierte en la fuente de un apodo. Así, cuando los niños se llaman así mismos "tacaño", "narizón", "enano", están tratando de internalizar las normas aceptadas del aspecto físico y moral.

Por desgracia, para los receptores de esos apodos, el proceso puede resultar sumamente doloroso pero, como comprobó Harré (1980, citado por Craig), esos niños a menudo son víctimas gustosas: no son necesariamente los más obesos, estúpidos o sucios quienes reciben nombres como

“hipopótamo” o “cerdo”, sino los que están dispuestos a soportar la humillación de ser símbolo de la avaricia, imprevisión o aversión por el baño.

. Amistad

La amistad se concibe como una relación especial entre dos personas, que se caracteriza por la libre elección mutua, por la confianza mutua y por la mutua preocupación por una y otra parte, entonces se distingue muy bien la amistad y la popularidad. Un niño puede ser popular y sin embargo no tener ningún amigo; o un niño puede ser elegido solamente por otro niño y ser también amigo íntimo de dicho niño. La distinción es importante porque parece que el trato entre amigos íntimos tiene que ver con el desarrollo de la personalidad.

Se describen a sí mismos y aprenden a preocuparse por otras personas mediante el trato mutuo con amigos de confianza; con ellos comparten ideas, secretos y experiencias, que no pueden compartir con nadie más (Strommen, et al., 1991)).

Sin embargo, la amistad íntima supone un conocimiento social bastante bien desarrollado. Antes que se puedan apreciar las cualidades particulares de un amigo, tiene uno que poder reconocer y responder a esas cualidades. Para poder respetar a un amigo como alguien distinto de uno mismo y empezar a verse a uno mismo desde el punto de vista del amigo, las aptitudes para asumir papeles tiene que estar bastante bien desarrolladas.

Al entrar a la escuela por primera vez, los compañeros preferidos son más bien camaradas o compañeros, y no amigos propiamente dichos. Cuando se les pide que describan a su mejor amigo o que digan porqué un determinado niño es su amigo, estos mencionan características superficiales y cualidades evidentes -por su apariencia, por sus posesiones, etc- .

Así es como, en la niñez intermedia, los pequeños escogen como amigos a quienes les hacen sentir cómodos y consideran la amistad como una situación de toma y dame, pero también sirve a

muchos intereses comunes de los dos amigos: "nosotros somos amigos; hacemos cosas para nosotros" o "un amigo es alguien que juega contigo cuando tu no tienes a nadie más con quien jugar" (Papalia y Olds, 1998).

3.5 Desarrollo moral en la infancia intermedia

El desarrollo moral es el resultado de la personalidad, las actitudes emocionales y las influencias culturales. Las teorías psicoanalítica y del aprendizaje social consideran estos factores para explicar dicho desarrollo. Sin embargo, uno de los conceptos más influyentes en el desarrollo moral actual es que el juicio moral se desarrolla a medida que se da el crecimiento cognoscitivo.

Piaget (1932), sostuvo que los niños pequeños no pueden emitir juicios morales sólidos hasta que no alcanzan un nivel suficientemente elevado de madurez cognoscitiva para apreciar las cosas como las puede ver otra persona.

Según Piaget (1932), el razonamiento moral se da en dos etapas:

1. Moralidad de Restricción o moralidad heterónoma
2. Moralidad de cooperación o moral autónoma.

En la primera etapa, el pequeño piensa con rigidez sobre los conceptos morales, en esta etapa los niños son bastante egocéntricos y no pueden imaginar más de una manera para ver un tema de carácter moral. Creen que las reglas no se pueden cambiar, que el comportamiento es bueno o malo, y que cualquier ofensa merece un castigo.

La segunda etapa se caracteriza por la flexibilidad moral. A medida que los niños maduran, interactúan más con otras personas y entran en contacto con un rango cada vez más amplio de puntos de vista; algunos de ellos contradicen los que aprendieron en casa. La experiencia y la madurez interactúan para ayudarlos a desarrollar sus propios estándares morales. Los niños concluyen que el bien o el mal no son absolutos incambiables. Ahora pueden emitir juicios de

comportamiento más sutiles, al considerar el intento que los respalda y utilizando el castigo de una manera sensata. Formulan sus propios códigos morales.

Para observar más claramente las diferencias entre estas dos etapas se presenta la siguiente tabla:

Tabla 3.2

CONCEPTOS MORALES	ETAPA I Moralidad de Restricción	ETAPA II Moralidad de Cooperación
PUNTO DE VISTA	El niño considera un acto como totalmente correcto o totalmente errado, y piensa que todos lo ven en la misma forma.	Los niños se ponen en el lugar de otros. No son absolutistas en sus juicios pero consideran posible más de un punto de vista
INTENCION	El niño juzga un acto en términos de las consecuencias físicas reales y no por la motivación detrás de él.	El niño juzga los actos por las intenciones y no por las consecuencias
REGLAS	El niño obedece las reglas porque son sagradas e inalterables.	Reconoce que las personas hacen las reglas y pueden cambiarlas. Se consideran a sí mismos capaces de cambiar las reglas.
RESPECTO POR LA AUTORIDAD	Le otorga a la autoridad un papel casi "divino". Respeto absoluto.	Comprende que la autoridad también puede infringir las reglas.
CASTIGO	El niño favorece el castigo severo. Siente que el castigo mismo define el grado de error de un acto; un acto es malo si lleva al castigo.	El niño favorece el castigo moderado que compensa a la víctima y ayuda al culpable a reconocer por qué un acto es malo. Llevando así al cambio.
JUSTICIA	El niño confunde la ley moral con la ley física y cree que cualquier accidente físico o error que se presente después de hacer algo malo es un castigo enviado por Dios.	El niño no considera las desgracias naturales como un castigo.

Fuente: Piaget (1932). Las dos etapas del desarrollo moral en la infancia.

Ahora bien, Hoffman (1970, citado por Strommen, et al., 1991), opina que el desarrollo moral avanza por cuatro rutas o trayectorias distintas.

La primera es la del aprendizaje social. Los atributos morales que muestran los niños al principio de los años escolares, incluyendo las reglas de conducta que conocen, su capacidad para resistir a la tentación, y muy probablemente sus juicios morales objetivos, reflejan las experiencias que los niños han tenido con reforzamientos, castigos y con modelos. El aprendizaje social continúa durante toda la vida, y para ciertos individuos dicho aprendizaje suele quedar como la base principal de su moralidad.

La segunda trayectoria es la experiencia en el ejercicio de autoridad. Ejercer el papel de autoridad significa participar en la toma de decisiones sobre el modo como hay que actuar. Los niños logran experiencia de este tipo en los juegos y en otras actividades con los compañeros, y también en el hogar en el grado en que los padres incluyen a los hijos en los procesos de toma de decisiones.

El tercer proceso tiene que ver con las emociones, y su resultado final es el control de los impulsos. Cuando los adultos que son importantes para el niño dan muestras de disgustos o escatiman amor cuando los niños se portan mal, esta mala conducta y los impulsos que conducen a ella producen ansiedad. El sentimiento desagradable de la ansiedad, a su vez, inhibe o refrena la mala conducta en cuestión. Como resultado de esto, los niños desarrollan el control de sí mismos, en el sentido de que se refrenan a sí mismos y se abstienen de actos prohibidos, aun cuando los personajes de autoridad no están presentes. Este proceso suele aumentar el valor a las diferentes normas morales, ya que integran las normas y las emociones.

El cuarto proceso es la integración de la capacidad de los niños para la empatía con las experiencias de inducción (técnica en la que los padres intentan demostrar a los niños por qué cierta conducta es deseable, dando razones por las que tal conducta debe escogerse en lugar de otra), con lo cual se puede ayudar a los niños a comprender los efectos que su conducta tiene en los demás. Este proceso da por resultado la consideración por los demás.

3.6 Desarrollo de la personalidad en la infancia intermedia

Con el crecimiento cognoscitivo que se logra durante la niñez intermedia, los pequeños pueden desarrollar conceptos más realistas de sí mismos, y de lo que necesitan para sobrevivir y tener éxito en su medio que los rodea.

El autoconcepto, es la imagen que una persona tiene de sí misma. Tal imagen se basa en el conocimiento de lo que ha sido y ha hecho, y su función es guiarla en las decisiones de lo que va a ser y a hacer en el futuro. Con frecuencia, los autoconceptos que se construyen durante la niñez intermedia son fuertes y perdurables. Los de carácter positivo como "soy popular", "soy un buen artista", pueden tomar forma cuando las destrezas físicas, cognoscitivas y sociales de los niños les permiten verse como miembros valiosos de la sociedad. También es la época en que puede surgir una imagen negativa de sí mismo y permanecer con la persona hasta mucho después de haber dejado atrás la niñez (Papalia y Olds, 1998).

Asimismo, la niñez intermedia es un período importante de la vida para el desarrollo de la autoestima, el sentido de la propia valoración o autoevaluación. Los niños comparan sus yo reales y sus yo ideales, y se juzgan de acuerdo con los estándares y las expectativas sociales que han tomado en su autoconcepto.

Las opiniones que los pequeños tienen de sí mismos ejercen un gran impacto en el desarrollo de su personalidad y, en especial, en su estado de ánimo. Los niños cuya autoestima es alta tienden a ser alegres; quienes tienen autoestima baja probablemente se muestren deprimidos. Un estado de depresión puede reducir el nivel de energía, lo cual puede afectar el desempeño escolar del niño y otras áreas de su vida, llevándolo en una espiral descendente en la autoestima.

Ahora bien, en la niñez intermedia los niños pueden entender mejor sus propias emociones junto con las de otras personas. Este proceso emocional va paralelo a su cambio cognoscitivo: desde verse a sí mismos en una sola dimensión hasta llegar a una representación del yo con múltiples dimensiones. Entre los 7 y los 8 años, los niños interiorizan emociones complejas como vergüenza

y orgullo. El grado de orgullo o de vergüenza que sienten de sí mismos afecta la opinión que tienen de ellos. El impacto que estas emociones más maduras tienen en la autoestima, relaciona las áreas emocional, cognoscitiva y social del desarrollo (Papalia y Olds, 1998).

Gesell (1956, p.719), describe detalladamente, el desarrollo de la personalidad de la infancia intermedia:

Según este autor el niño de:

6 años. Es el centro de su propio universo. En ocasiones se comporta como un bebé, se concibe a sí mismo como un ser eterno, todo lo sabe y su nombre es importante para él. Teme que la madre pueda morir, o que no esté en casa cuando él vuelva; es dominador, obstinado y agresivo. Quiere y necesita ser el primero y el más apreciado, emocionalmente es excitable y desafiante.

7 años. Es más consciente de sí mismo y de su cuerpo; teme que lo vean desnudo. No le agrada que lo toquen. Cree que los demás son malos e injustos, siente vergüenza de sus temores, de sus errores o de que lo vean llorar. Pasa mayor tiempo a solas. Es poco dispuesto a exponer su conocimiento, por temor a las risas o a las críticas. Tal vez no le agraden las ropas nuevas o que le corten el cabello. Comienza a sospechar que morirá algún día. Le preocupa la posibilidad de que su madre, su maestro o sus compañeros no lo quieran. Además, quiere tener su propio lugar en el grupo familiar y en el grupo escolar.

8 años. Sale con más frecuencia, es consciente de sí mismo como persona, habla de sí con mayor libertad, se presenta interesado por su anatomía interna, su personalidad es más expresiva, dramatiza y parece considerarse el centro de la escena. Tienen gran interés por la relación con los demás niños y le disgusta que lo traten como a un niño. Se identifica con grupos políticos y sociales y excluye a quienes son diferentes a él.

9 años. Cambia "para mejor", es más independiente, se basta a sí mismo y es más digno de confianza. Asimismo, es más responsable: puede tener la llave de su casa, entrar en ella, comer, salir, hacer compras sencillas, telefonar si ha de llegar tarde. Es activo y tiene intereses muy numerosos: trabajo escolar, lograr éxito en cualquier tarea y el futuro. Le agrada ser el preferido.

3.6.1 Teorías de la personalidad de esta etapa

Las teorías son interpretaciones o concepciones que pueden ponerse en tela de juicio pero estos intentos por explicar el mundo sí se basan en realidades objetivas. Muchas veces las teorías son fuentes de actitudes orientadoras y de premisas implícitas de lo que es verdadero. Ciertamente, nuestras ideas acerca del desarrollo de la personalidad durante los años de escuela elemental son un reflejo de posiciones teóricas, por lo tanto, se dará una síntesis de algunas de las teorías más importantes.

Freud (1949), fue el primero en reconocer y en hacer hincapié en la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo de la personalidad. Freud, sostuvo que la libido, un impulso innato o una fuerza motivadora de naturaleza sexual, está presente desde el nacimiento. Con el desarrollo se dan cambios sucesivos de locus, o de lugar principal del cuerpo, en el que se da la satisfacción sucesiva de los impulsos libidinales. Cada uno de estos cambios de lugar corresponde a una etapa del desarrollo de la personalidad. El término etapas psicosexuales refleja el énfasis que Freud pone en la base sexual del desarrollo de la personalidad. Estas etapas psicosexuales son: oral, anal, fálica, latencia y genital. Nos centraremos en la etapa de latencia, ya que es la que corresponde a los niños de edad escolar.

Durante los años intermedios, las influencias dinámicas que pudieran tener en el desarrollo de la personalidad están reprimidas y latentes, o inactivas; de aquí el nombre de período de latencia. Los niños entran en este período al mismo tiempo que empieza la identidad de los papeles del sexo y la conciencia. Durante este período aprenden muchas cosas nuevas, muchas habilidades y muchos nuevos papeles; la identidad del papel del sexo y la conciencia se hacen cada vez más estables y se organizan mejor. Es como si el desarrollo de la personalidad estuviera "en suspenso" hasta que la creciente intensidad de los sentimientos sexuales, que van madurando y que coinciden con el acercamiento a la pubertad, llega a tal grado que acaba por desmoronar la represión.

En palabras de Freud (1949): "durante el período de latencia, se constituyen los poderes anímicos que luego se oponen al instinto sexual y lo canalizan... los impulsos sexuales infantiles no han dejado de afluir durante este período de latencia, sin embargo, ésta energía es desviada en todo o en parte de la utilización sexual y orientada hacia otros fines. Los historiadores de la civilización coinciden en aceptar que este proceso, en el que las fuerzas instintivas sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia otros distintos -proceso al que se le da el nombre de sublimación-, proporciona poderosos elementos para todas las funciones culturales. Los impulsos sexuales de estos años infantiles serían inaprovechables, puesto que la función reproductora no ha aparecido todavía, circunstancia que constituye el carácter esencial del período de latencia..."

Por otra parte, otra teoría que ha tenido gran aportación para el desarrollo de la personalidad es la propuesta por Erikson (1950). Este autor establece que se dan ocho etapas de desarrollo psicosocial. Las primeras cinco coinciden en el tiempo con las etapas del desarrollo psicosexual aproximadamente, pero las ocho etapas abarcan el transcurso de la vida. En cada una de estas etapas, hay un tema predominante que ocupa todas las interacciones sociales y que tiene extremos tanto positivos como negativos. Es evidente que todos tenemos interacciones positivas y negativas con los demás; pero si el balance de las interacciones de cada etapa es positivo, prevalecerá el lado positivo de la dimensión, mientras que si el balance es negativo, prevalecerá el lado negativo de la dimensión.

Los años escolares, corresponden a la cuarta etapa de Erikson: **Industria vs. Inferioridad**. Según esta etapa de Erikson (1950), el niño empieza a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas, estando dispuesto a aplicarse a nuevas habilidades y tareas. Desarrolla un sentido de la industria, esto es, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. Puede convertirse en una unidad ansiosa y absorta en una situación productiva. Completar una situación productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza a los caprichos y los deseos del juego. Los límites de su yo incluyen sus herramientas y habilidades: el principio del trabajo le enseña el placer de completar el trabajo mediante una atención sostenida y una diligencia

perseverante. En esta etapa, los niños de todas las culturas reciben alguna instrucción sistemática. Así, se desarrollan los elementos fundamentales de la tecnología.

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desespera de sus herramientas y habilidades o de su status entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. El hecho de perder toda esperanza de tal asociación "industrial" puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar más aislada, menos centrada en las herramientas, de la época edípica. El niño desespera de sus dotes en el mundo de las herramientas y en la anatomía, y se considera condenado a la mediocridad o a la inadecuación. El desarrollo de más de un niño se ve desbaratado cuando la vida familiar no ha logrado prepararlo para la vida escolar, o cuando ésta no alcanza a cumplir las promesas de las etapas previas.

Por otro lado, se trata de una etapa muy decisiva desde el punto de vista social, puesto que la industria implica hacer cosas junto a los demás y con ellos, en ésta época se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial, esto es, del ethos tecnológico de una cultura.

En otras palabras, en esta etapa, el niño se preocupa por adquirir habilidades, destrezas y todas las actividades de tipo social y cultural. Se esfuerza por ser el mejor y necesita demostrarse a sí mismo el éxito que obtiene en sus habilidades. El fracaso puede traer como consecuencia una baja autoestima y sentimiento de frustración.

Finalmente, la teoría del aprendizaje social, apareció en el escenario cuando los psicólogos norteamericanos, interesados en las ideas de Freud, pero preocupados porque dichas ideas no se podían comprobar fácilmente con la experimentación positiva, empezaron a traducir los conceptos de Freud a la terminología de la teoría de aprendizaje de fórmula E-R.

Los promotores del aprendizaje social no aceptan el modelo libidinal del desarrollo; en lugar de esto, se fijan en lo que los niños hacen, y en cómo su comportamiento está bajo el influjo de los sucesos y circunstancias ambientales (Strommen, et al., 1991). Por lo que toca a los procesos mediante los cuales se verifica el cambio en el desarrollo, del énfasis de los autores del aprendizaje social está en los procesos de aprendizaje, que se supone operan en una forma muy semejante en todos los diversos períodos de la vida. Los estilos de personalidad y los modos de interactuar con los demás se aprenden de una manera muy semejante a como se aprenden las aptitudes intelectuales o de cualquier otro tipo.

Una de las principales aportaciones que ha hecho la teoría del aprendizaje social es el estudio de la modelación o del aprendizaje por observación -es decir, aprenden observando a otros- (Bandura, 1965, citado por Strommen, et al., 1991). Es evidente que los niños imitan eficazmente a otras personas, aun cuando no reciban ningún reforzamiento por el comportamiento imitado.

Los niños aprenden por observación mucho más de lo que ellos hacen efectivamente: es muy importante distinguir entre aprender y ejecutar. Los niños y las niñas suelen aprender la misma cantidad de conocimientos acerca de la aplicación de maquillaje al observar a sus madres, o acerca de la rasurada al observar a su padre, pero la probabilidad de que ellos mismos hagan estas cosas es bastante diferente.

El aprendizaje por observación, también depende de las características o atributos del modelo. Los niños suelen imitar a unos modelos más que a otros, y esto suele reflejar algunas diferencias en el aprendizaje al igual que en la ejecución. Uno de los atributos de mayor importancia en el modelo es el de poder, definido como control sobre premios y castigos. Entre más poderoso percibe el niño al modelo, mayor probabilidad habrá de que el niño imite a dicho modelo, obviamente los padres gozan de poder con respecto a los hijos, como también los maestros y los compañeros a quienes se admira (Bandura, citado por Strommen, et al., 1991).

3.7 Desarrollo de la sexualidad en la infancia intermedia

Constituye una interacción entre una serie de elementos de tipo social, cultural, biológico y psicológico que se encuentran inseparables y que son capaces de suscitarse en base a estímulos internos y externos.

Así, el período entre los cinco y los diez años no es un período sexual durmiente o latente, como alguien lo sostuvo. Es un período de progresiva organización. Incesantes elaboraciones de las actitudes sexuales y personales están consolidando los fundamentos para los desarrollos más agudos de la pubertad. Durante este período precrítico, la educación debiera consistir en una orientación progresiva. La información debe impartirse hábilmente, gradúandola para adaptarla a la ocasión y a la madurez del niño. La misma historia habrá de ser contada una y otra vez en diferentes versiones. Algunos hechos deben darse a conocer enseguida, como salvaguardia contra la información errónea. La meta principal, sin embargo, debe ser la conservación de la confianza fácil y mutua entre madre e hijo, entre padre e hijo (Gesell, 1956). Si se descubre alguna exploración sexual o alguna aventura de nudismo, el padre o la madre debieran racionalizarla con calma, tanto en su mente como la del niño. Los dos extremos a evitar son la excesiva protección en forma de silencio y evasivas, y la extremada confianza en la información excesivamente abierta.

Ahora bien, a continuación se presenta como se va desarrollando la sexualidad durante los años escolares (CONAPO, 1994; Gesell, 1956):

6 años. El interés se centra hacia el conocimiento del nacimiento de un nuevo ser. El niño de esta edad cree que se nace por el ombligo. Sus preguntas e hacen más específicas y puede demostrar algún interés por la mecánica del ayuntamiento de los animales. Suelen tratar de satisfacer su curiosidad sexual mediante el juego sexual.

7 años. Le preocupan mucho las relaciones sexuales, y dentro de ellas, todo lo que involucre la relación con las mujeres o con el sexo opuesto. Si ha escuchado hablar sobre semillas, piensa en una o dos semillas.

8 años. Su interés por la función del padre en la procreación adquiere mayor realismo. Tiene mayor conciencia de las relaciones maritales entre su padre y su madre. Le preocupa demostrar sus grandes conocimientos sobre sexo.

9 años. Siente una identificación más profunda con su familia. La pone de manifiesto, paradójicamente, mediante tendencias de alejamiento y mediante un exaltado sentido de vergüenza ante cualquier defecto que sorprende en su familia y en todo el ambiente doméstico. Su preocupación se centra en experimentar lo que es la sensación del beso.

3.8 Panorama filosófico: muerte

A principios de la edad escolar, está presente un gran temor a la muerte, aunque no tan marcado como en la edad preescolar. Esto se debe a que presentan un mejor conocimiento de las cosas.

Así, Gesell (1956, p.838), describe cómo va cambiando este concepto conforme el niño crece:

6 años. Presenta una nueva percepción de la muerte. Le preocupa la posibilidad de que la madre muera y le abandone. Relaciona la muerte con el acto de matar, la enfermedad y los hospitales, así como la vejez. Tiene cierta preocupación por las tumbas, funerales y entierros. No cree que él llegue a morir.

7 años. Mejor comprensión. Presenta interés acentuado en las causas de la muerte: vejez, violencia y enfermedad. Interés por visitas a cementerios. Sospecha que también él habrá de morir. Niega que así sea.

8 años. Le interesa lo que sucede después de la muerte. Siente que comprende mejor el concepto de muerte. Quizás acepte el hecho de que todo el mundo muere, incluso él.

9 años. Hace referencia a fundamentos lógicos o biológicos: "falta de vida", "cuando uno no tiene pulso ni temperatura" y "ya no puede respirar". Acepta de forma realista de que morirá algún día, cuando sea mayor. Sin embargo, a esta edad no hay un interés marcado por la muerte.

CAPITULO 4.

PLAN DE INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema general de investigación.

El propósito de la presente investigación fue conocer cuál es la actitud hacia la obesidad y determinar si ésta difiere del tipo de escuela (pública y privada), el sexo y con la preocupación por el peso corporal en muestras de escolares mexicanos formadas por niñas y niños de 6 a 12 años de edad.

4.2 Problemas Específicos.

- ¿Cuál es la actitud (positiva/ negativa) de los niños hacia la obesidad?.
- ¿ La actitud hacia la obesidad difiere del tipo de escuela (pública, privada)?.
- ¿ La actitud hacia la obesidad difiere del sexo de los niños?.
- ¿ Existe preocupación por el peso corporal entre los niños de esta edad?.
- ¿ La actitud hacia la obesidad difiere de la preocupación por el peso corporal?.
- ¿ Difiere la actitud hacia la obesidad con el propio peso corporal o índice nutricional (IN)?.

4.3 Definición de variables.

4.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.

4.3.1.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

- SEXO:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

- ESCUELA PUBLICA

Las escuelas públicas son aquellas instituciones educativas que sostiene y opera el Estado y que su servicio es gratuito o las que aún siendo del Estado, el servicio tiene un costo para el usuario (Vázquez, 1988).

- ESCUELA PRIVADA

Las instituciones de educación privada son aquellas cuya inversión proviene de la iniciativa privada y las que se sostienen con las aportaciones que los padres de familia hacen con concepto de cuotas escolares (Vázquez, 1988).

4.3.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL.

- SEXO

Respuesta de los niños de autoidentificación sexual.

- ESCUELA PUBLICA

Para fines del presente estudio se acudió y se pidió permiso a las autoridades de la escuela pública, que pertenece a una zona conurbada del D.F.

- ESCUELA PRIVADA

Asimismo, para fines del presente estudio se acudió y se pidió permiso a las autoridades de la escuela privada, que de igual forma pertenece a una zona conurbada del D.F.

4.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES

DEFINICION CONCEPTUAL

- ACTITUD

Es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas (Myers, 1995).

- OBESIDAD

Es un exceso de grasa corporal y en general se acepta que la persona cuyo peso exceda un 20% o más de la norma se considera obesa (Toro y Vilardell, 1987).

- PESO CORPORAL

Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, incluido de tejido óseo y tejido adiposo (Toro y Vilardell, 1987).

La preocupación por el peso y por lo que uno ingiere suele estar presente en un gran número de personas. Hasta cierto grado esto no sólo no es patológico sino que, por el contrario, le permite al individuo conservar un equilibrio y un bienestar con respecto a su cuerpo, a su mente y, por lo tanto a su vida. Sin embargo, cuando esta preocupación se vuelve excesiva, entonces no resulta extraño que se presenten trastornos alimentarios ya que, en tales casos, los individuos harán " cualquier cosa " por cumplir con un criterio personal que piensan y sienten que no están siendo satisfechos.

- INDICE NUTRICIONAL

Este índice fue validado en muestras de preadolescentes mexicanos (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1998), para diagnosticar bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad en niños. Este índice relaciona el cociente del peso y talla del sujeto con el cociente del peso y talla media. La formula es:

$$IN = \frac{\text{Peso actual (kg)} / \text{talla actual (cm)}}{\text{Peso medio (kg) / talla media (cm)}} \times 100$$

4.3.2.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

- ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

Se midió con las respuestas de aceptación o de rechazo que se dieron a los reactivos de una escala que explora actitud hacia la obesidad/delgadez.

- PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL

Se midió de acuerdo con las respuestas que se dieron a los reactivos que exploran preocupación por el peso corporal. Se dio el puntaje más alto a las respuestas que implican mayor preocupación por el peso corporal.

- **INDICE NUTRICIONAL**

Para fines del presente estudio se define operacionalmente el Índice Nutricional como:

$\frac{\text{peso actual (kg)}}{\text{talla actual (cm)}} \times 100$;

$\frac{\text{Peso medio(kg)}}{\text{talla media (cm)}}$

El valor de este índice permite diferenciar cinco situaciones:

- Menor a 75: Muy bajo peso
- De 75-85: Bajo peso
- De 85-129: Peso normal
- De 130-140: Sobrepeso
- Mayor a 140: Obesidad

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

4.4 Hipótesis

No se plantearon hipótesis debido a que la investigación fue de carácter exploratorio ya que no existen estudios previos al respecto.

MÉTODO

4.5 Diseño de investigación

La presente investigación fue de carácter exploratorio de tipo transversal y *ex-post-facto*, con un diseño de 2x2 con observaciones independientes, en donde se comparó la actitud hacia la obesidad en relación con el sexo y el tipo de escuela (privada y pública).

4.6 Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística es decir, de tipo intencional, que se extrajo de una población formada por los niños que acuden a escuelas públicas y privadas de las zonas conurbadas del Distrito Federal.

El tamaño de la muestra fue de N=223 dividida de la siguiente manera:

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
ESCUELA PRIVADA	n=57	n=45	102
ESCUELA PUBLICA	n=60	n=61	121

N=223

4.7 INSTRUMENTOS Y APARATOS

Instrumento.

Se aplicó el cuestionario de alimentación y salud para escolares (Gómez Pérez-Mitré, Moreno, y Hernández, 1999) que exploraba las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica: nombre, edad, tipo de escuela, lugar, con quién vive, etc. (Ver anexo).
- 2) Antropométrica: Peso, talla y fecha del último registro. (Ver anexo).
- 3) Ingesta alimentaria: Donde se pregunta con el método de recordatorio de 24 horas por los alimentos del día anterior, por ejemplo, "¿Qué desayunaste hoy en la mañana?..." (Ver anexo).
- 4) Socialización familiar alimentaria: Socialización alimentaria autoritaria, por ejemplo, "Cuándo como, me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron..." ; y, socialización alimentaria permisiva: "Escojo los alimentos que yo quiero..." (Ver anexo).
- 5) Actitud hacia la obesidad/delgadez: Por ejemplo, "un niño (a) gordo (a) es..." (Ver anexo).
- 6) Conducta alimentaria: Conducta alimentaria de riesgo, por ejemplo, "Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta ..."; Hábitos alimentarios inadecuados: "Como mis alimentos frente a la televisión..."; Conducta alimentaria relacionada con estados de ánimo: "Cuando me enojo dejo de comer..." ; y , Concepto de sobrealimentación: "Comer mucho es..." (Ver anexo).
- 7) Preocupación por el peso corporal y por la comida: Por ejemplo, "Llegar a estar gordo (a) me preocupa..." (Ver anexo).

8) **Imagen corporal:** Satisfacción con la imagen corporal (Figura ideal: "Me gustaría que mi cuerpo fuera como..." ; Figura actual: "Mi cuerpo se parece más a..."), Alteración con la imagen corporal (Autopercepción del peso corporal: "Creo que estoy..."). (Ver anexo).

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

Aparatos.

A una submuestra de selección sistemática al azar del 20% de la muestra original, se les tomó medidas antropométricas. El peso corporal se midió con una báscula Excell electrónica portátil con una capacidad de 300kg. La talla o estatura se midió con un estadiómetro de madera de 2 metros.

4.8 PROCEDIMIENTO.

Se pidió permiso a las autoridades de las escuelas y el instrumento se aplicó de manera individual a los niños de 6 y 7 años, debido a que en esta edad no comprenden todavía con claridad los reactivos. A los niños de 8 a 12 años, el instrumento se les aplicó colectivamente en los salones de clase, dándose las siguientes instrucciones:

" La facultad de Psicología de la UNAM esta llevando acabo una investigación cuyo propósito es conocer cuales son sus hábitos de alimentación. El logro de nuestros propósitos dependerá de ustedes y de su cooperación al contestar el cuestionario. Contesta de forma individual. Gracias".

Posteriormente a la aplicación del cuestionario, se llevó a cabo la medición antropométrica, que sólo se hizo al 20% de la muestra original, dicha submuestra fue tomada con selección sistemática y al azar.

CAPITULO 5.

RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue aportar conocimiento sobre la actitud hacia la obesidad/delgadez en niños y niñas escolares, y determinar si ésta se relaciona con el tipo de escuela, sexo, edad y con la preocupación por el peso corporal. Para estos propósitos, se aplicó un cuestionario sobre Alimentación y Salud para escolares (Gómez Pérez-Mitré, Moreno y Hernández, 1999). Se realizaron análisis estadísticos de los datos con el paquete estadístico SPSS versión 8.1, cuyos resultados se exponen a continuación:

5.1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Para la realización del presente estudio se seleccionó una muestra total no probabilística de (N=223), de niños y niñas de escuelas públicas y privadas. De esta muestra (n=117) 52% fueron niños y (n=106) 47% fueron niñas.

. Sexo y tipo de escuela

Según el tipo de escuela, 54% fueron de escuela pública y 46% de escuela privada. De esta manera, 51% fueron niños de escuela pública y 49% fueron niños de escuela privada; asimismo, 57% fueron niñas de escuela pública y 42% niñas de escuela privada. Estos resultados se exponen en la tabla 1:

Tabla 1. Distribución de porcentaje por sexo y tipo de escuela

	Masculino	Femenino	Total
Escuela Privada	48.7% %	42.5%	45.7%
Escuela pública	51.3%	57.5%	54.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

. Edad

El rango de edades de los niños fue de un mínimo de 6 años y un máximo de 12 años, con un promedio de 8 años y una desviación estándar de 1.7. De manera similar se encontró en las niñas, un rango de edad de 6 años a 12 años, con un promedio de 8 años y una desviación estándar de 1.54, esto se muestra en la tabla 2:

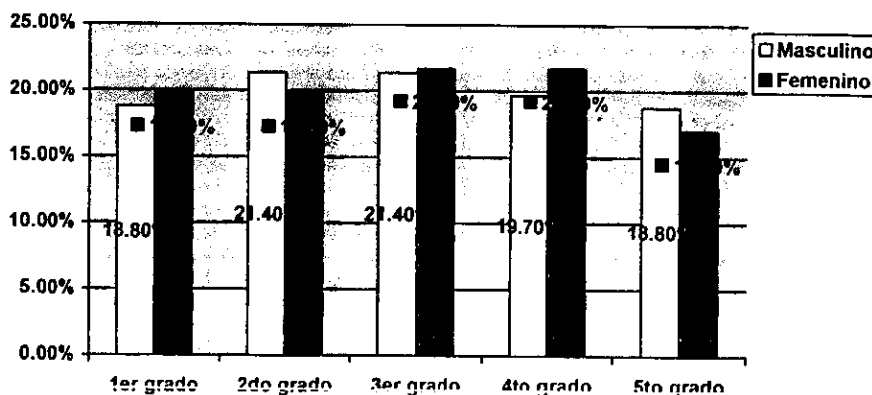
Tabla 2. Promedio, Desviación estándar y rango de la variable edad por sexo

	X	S	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
MASCULINO	8.39	1.62	6.00	12.00
FEMENINO	8.42	1.54	6.00	12.00

. Grado escolar

En lo referente al grado escolar por sexo se encontró lo siguiente: de primer grado el 19% fueron niños y el 20% fueron niñas; de segundo grado 21% fueron niños y 20% niñas; de tercer grado 21% fueron niños y 22% niñas; de cuarto grado 20% fueron niños y 22% niñas; de quinto grado 19% fueron niños y 17% niñas, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 1. Distribución de porcentajes por sexo y grado escolar



."Con quién vives..."

Ahora bien, en la tabla 3 se observan los porcentajes para el reactivo ¿con quién vives?, de acuerdo a estos porcentajes se puede decir que la mitad de los niños de la muestra (54%) viven con papá, mamá y hermanos.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de respuesta al reactivo: ¿con quién vives?

	Porcentaje
Papá y mamá	9.0%
Papá	1.4%
Mamá	7%
Papá, mamá y hermanos	54.5%
Papá, mamá, hermanos y abuelos	27.5%
Abuelos	.5%
Otros (tíos, primos, etc.)	.5%
No contestó	
Total	100.0%

Asimismo, en la tabla 4 se presentan los porcentajes para este mismo reactivo según el sexo, de acuerdo a esta tabla el porcentaje mayor lo ocupa la respuesta de papá, mamá y hermanos (54% niños y 55% niñas).

Tabla 4. Porcentaje de respuesta por sexo al reactivo: ¿con quién vives?

	MASCULINO	FEMENINO
Papá y mamá	10.3%	7.5%
Papá	2.0%	.9%
Mamá	5.2%	8.5%
Papá, mamá y hermanos	54.3%	55.0%
Papá, mamá, hermanos y abuelos	28.0%	27.4%
Abuelos	0%	.9%
Otros (tíos, primos, etc.)	.9%	0%
Total	100%	100%

. Lugar que ocupa entre los hermanos

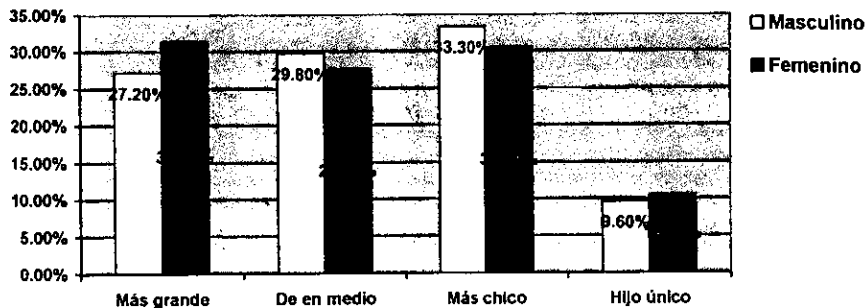
Por otra parte, en lo referente al reactivo: ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? la respuesta fue: el 29% respondió ser el hermano más grande; el 29% el hermano de en medio; el 32% el más chico y el 10% respondió ser hijo único, esto se puede observar en la tabla 5:

Tabla 5. Porcentaje de respuesta al reactivo: ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

	Porcentaje
Más grande	29.2%
De en medio	28.8%
Más chico	32.0%
Hijo único	10%
No contestó	0%
Total	100%

En la gráfica 2 se observa la respuesta a este reactivo por sexo: el 27% de los niños y el 31% de las niñas respondieron ser el hermano más grande; el 30% de los niños y el 28% de las niñas son el hermano de en medio; el 33% de los niños y el 30% de las niñas, el hermano más chico y el 10% de los niños y el 10% de las niñas respondieron ser hijos únicos:

Gráfica 2. Porcentaje de respuesta por sexo al reactivo: ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?



5.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

Para medir la ACTITUD HACIA LA OBESIDAD/DELGADEZ de los niños (as), se utilizaron los siguientes reactivos del cuestionario obteniéndose los resultados que enseguida se describen:

. Un niño guapo es...

a) gordo b) regular c) delgado

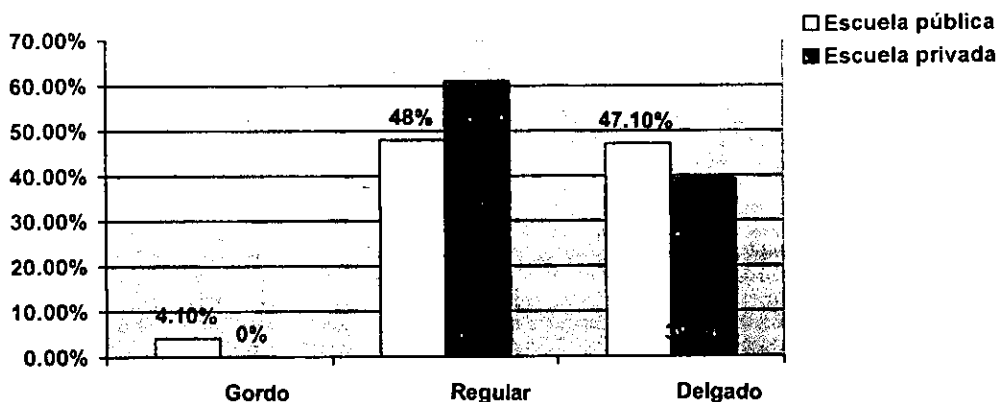
De acuerdo con los resultados que aparecen en la Tabla 6, sólo el 3% de los niños y el 2% de las niñas pensaron que un niño (a) gordo (a) es guapo (a); el 59% de los niños y el 48% de las niñas se inclinaron por la idea de que un niño (a) guapo (a) tenía un peso regular o normal y finalmente, el 38% de los niños y el 50% de las niñas respondieron que un niño (a) guapo (a) es delgado (a).

Tabla 6. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas al reactivo: "un (a) niño (a) guapo (a) es..."

	Masculino	Femenino	Total
Gordo (a)	3%	2%	2.2%
regular	59%	48.1%	54%
Delgado (a)	38%	50%	43.5%
Total	100%	100%	100%

Ahora bien, la respuesta a este mismo reactivo según el tipo de escuela (Gráfica 3) fue la siguiente: sólo el 4% de la escuela pública y el 0% de la escuela privada respondió que un (a) niño (a) guapo (a) era gordo (a); el 48% de la escuela pública y el 61% de la privada contestó que era regular y, finalmente, el 47% de la escuela pública y el 39% de la escuela privada respondió que era delgado (a).

Gráfica 3. Distribución porcentual por tipo de escuela de las respuestas dadas al reactivo: "un (a) niño (a) guapo (a) es..."

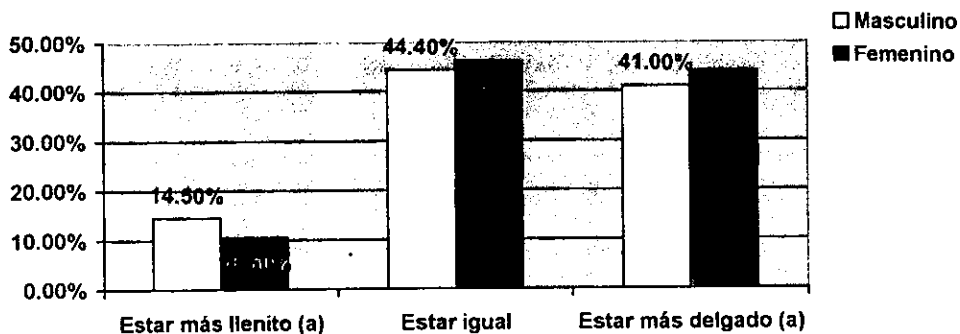


. Me gustaría...

a) Estar más llenito (a) b) Estar igual c) Estar más delgado (a)

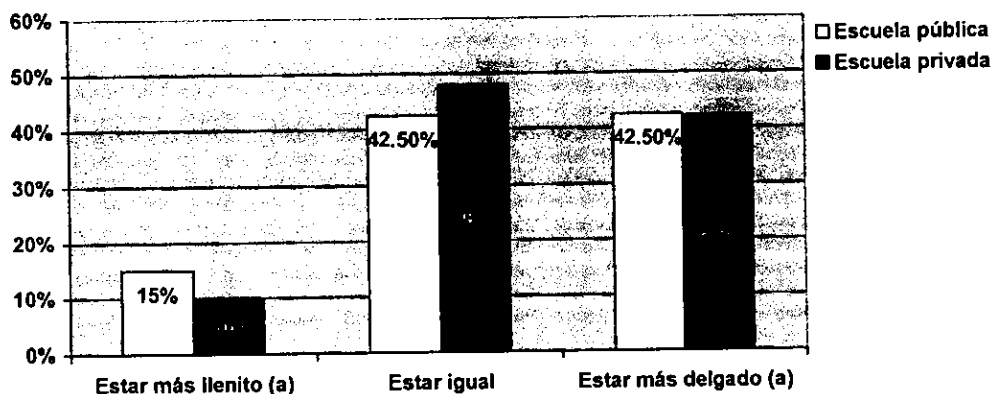
La gráfica 4 indica la respuesta de los niños por sexo al reactivo: "Me gustaría...", la cual es la siguiente: el 14% de los niños y el 10% de las niñas contestaron que les gustaría estar más llenitos (as); el 44% de los niños y el 46% de las niñas respondieron que les gustaría estar igual y, el 41% de los niños y el 44% de las niñas les gustaría estar más delgados (as).

Gráfica 4. Distribución de porcentajes por sexo al reactivo: "Me gustaría..."



Por otra parte , los resultados que se muestran en la gráfica 5 para este mismo reactivo según el tipo de escuela nos indica lo siguiente: el 15% de la escuela pública y el 10% de la privada les gustaría estar más llenitos; el 42% de la pública y el 48% de la privada les gustaría estar igual y, el 42% de la pública y el 42% de la privada les gustaría estar más delgados (as).

Gráfica 5. Distribución de porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "Me gustaría..."



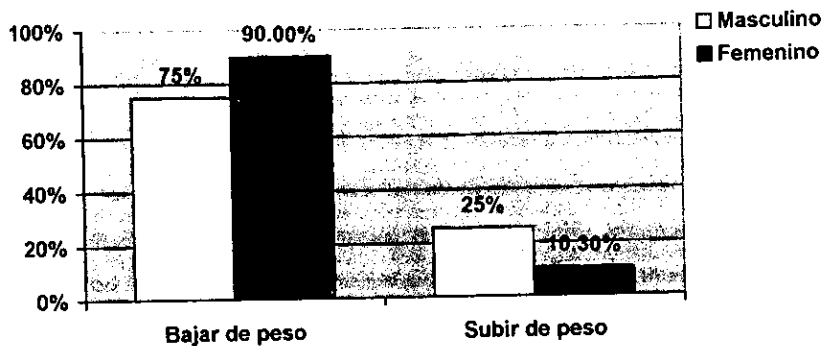
Ahora bien, en lo referente al siguiente reactivo, cabe mencionar que sólo lo respondieron los niños que contestaron afirmativamente al reactivo "¿te preocupa tu peso?... (Si, No)".

. Te gustaría...

- a) Bajar de peso
- b) Subir de peso

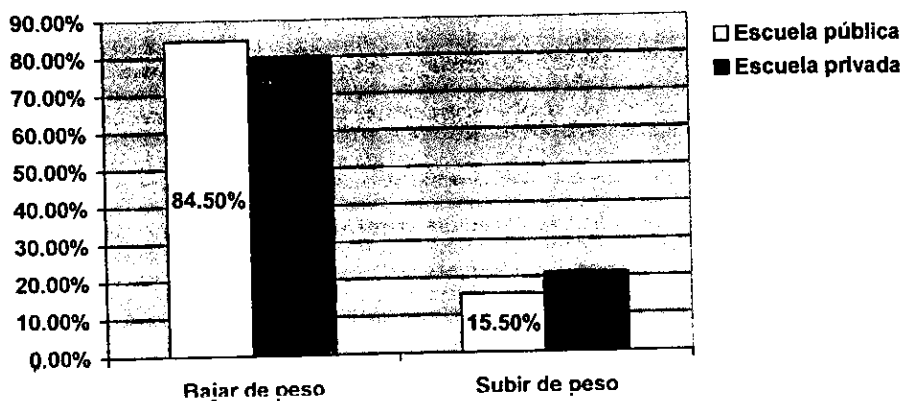
Con respecto a este reactivo, se puede observar en la gráfica 6 lo que los niños respondieron: el 75% de los niños y el 90% de las niñas contestaron que les gustaría bajar de peso y, a sólo el 25% de los niños y el 10% de las niñas les gustaría subir de peso.

Gráfica 6. Distribución de porcentajes por sexo al reactivo: "Me gustaría..."



Por otra parte, en la gráfica 7 los datos arrojados para este reactivo según el tipo de escuela, indican una similitud con la gráfica 6, ya que el 84% de la escuela pública y el 79% de la privada les gustaría bajar de peso y sólo al 15% de la escuela pública y al 21% de la privada les gustaría subir de peso.

Gráfica 7. Porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "Me gustaría..."



Un (a) niño (a) gordo (a) es...

Con respecto a este reactivo primero se procedió a calificar las respuestas en categorías de acuerdo con sus contenidos cualitativos para después obtener frecuencias y porcentajes de los mismos.

- Atributos relacionados con la Sobreingesta, por ejemplo un (a) niño (a) gordo (a) es, aquel niño que come mucho, que se atraganta de comida, que es "comelón", etc.
- Atributos negativos y ofensivos, por ejemplo feos, flojos, cachetones, enojón, pegalón, molestos, groseros, "burros", chaparros, horribles, globo, tontos, morenos, lentos, agresivos, "asquerosos", etc.
- Atributos positivos, son niños (as) bonitos, inteligentes, normales, amigables, buenos, felices, cariñosos, guapos, mi amigo (a), etc.
- Atributos descriptivos, los niños que contestaron que, son diferentes a los demás, estar muy lleno de grasa, cuando pesan más que su estatura, no hace ejercicio, grande, robusto, fuertes, pesados, obesos, etc.

De esta manera, en la tabla 7 se describen los porcentajes por sexo y tipo de escuela a este reactivo:

En relación al sexo, el 14% de los niños y el 15% de las niñas respondieron en la categoría de atributos relacionados con la sobreingesta; el 57% de los niños y el 56% de las niñas en atributos negativos y ofensivos; el 14% de los niños y el 18% de las niñas en atributos positivos y, el 14% de los niños y el 11% de las niñas en atributos descriptivos.

Ahora bien, en lo referente al tipo de escuela, 18% de la escuela pública y el 11% de la escuela privada contestaron en la categoría de atributos relacionados con la sobreingesta; el 50% de la escuela pública y el 64% de la privada respondieron en la de atributos negativos y ofensivos; el 23% de la escuela pública y el 7% de la privada en atributos positivos y, finalmente, el 8% de la escuela pública y el 19% de la privada en la categoría de atributos descriptivos.

Tabla 7. Distribución de porcentajes por sexo y tipo de escuela al reactivo: "Un (a) niño (a) gordo (a) es..."

	Masculino	Femenino	Total
Atributos relacionados con la Sobreingesta	14.5%	14.8%	14.6%
Atributos negativos y ofensivos.	57.3%	55.7%	56.6%
Atributos positivos	13.6%	18.2%	15.7%
Atributos descriptivos	14.5%	11.4%	3.1%
Total	100%	100%	100%
	Escuela Pública	Escuela Privada	Total
Atributos relacionados con la Sobreingesta	17.8%	11%	14.6%
Atributos negativos y ofensivos	50.5%	63.7%	56.6%
Atributos positivos	23.4%	6.6%	15.7%
Atributos descriptivos	8.4%	18.7%	13.1%
Total	100%	100%	100%

Con estos resultados podemos decir que existe un mayor rechazo hacia la obesidad entre los niños de la escuela privada (64%) ya que aproximadamente más de la mitad contestó en la categoría de atributos negativos y ofensivos, en lo que respecta a la escuela pública, también se observa un rechazo hacia la obesidad aunque en menor porcentaje (50%) que en la escuela privada.

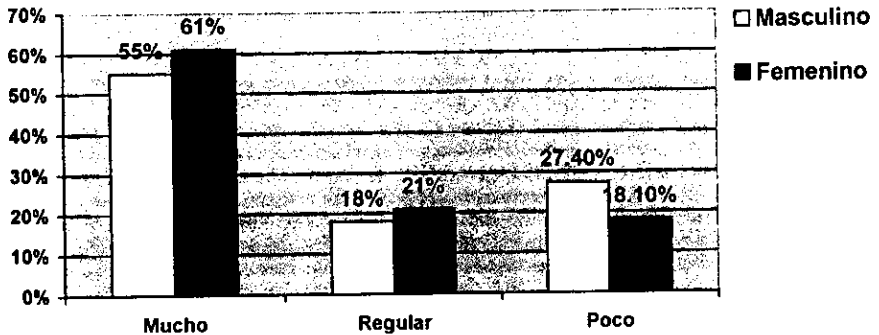
Por otra parte, para medir la PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL Y POR LA COMIDA se utilizaron los siguientes reactivos del cuestionario, obteniéndose los resultados que enseguida se describen:

. Llegar a estar gordo (a) me preocupa...

En la gráfica 8 podemos observar las respuestas por sexo al reactivo "llegar a estar gordo me preocupa", las cuales se distribuyeron como sigue: el 55% de los niños y el 61% de las niñas contestaron que les preocupa mucho llegar a estar gordo; el 18% de los niños y el

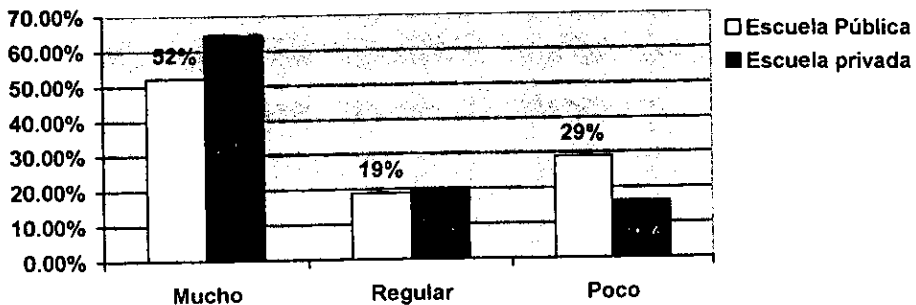
21% de las niñas respondieron que les preocupa regular y, sólo el 27% de los niños y el 18% de las niñas respondieron que les preocupa poco.

Gráfica 8. Distribución de porcentajes por sexo al reactivo: "Preocupación por el peso corporal"



Ahora bien, en la gráfica 9 se observan los datos arrojados para este mismo reactivo según el tipo de escuela, estos revelan que, el 52% de la escuela pública y el 64% de la escuela privada llegar a estar gordo les preocupa mucho; el 19% de la escuela pública y el 20% de la escuela privada respondieron que les preocupa regular y, el 29% de la escuela pública y el 16% de la escuela privada contestaron que les preocupa poco:

Gráfica 9. Distribución de porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "Preocupación por el peso corporal"



. ¿Te preocupa tu peso?...

En la tabla 9 se presentan las respuestas por sexo y tipo de escuela a este reactivo:

Así, en relación con el sexo, el 47% de los niños y el 47% de las niñas contestaron que no les preocupa su peso y, el 52% de los niños y el 53% de las niñas respondieron que sí les preocupa su peso.

En relación con el tipo de escuela: el 54% de la escuela pública y el 39% de la privada respondieron que no les preocupa su peso y, el 45% de la escuela pública y el 61% de la privada respondieron que sí les preocupa su peso:

Tabla 9. Porcentajes por sexo y tipo de escuela al reactivo: ¿Te preocupa tu peso?...

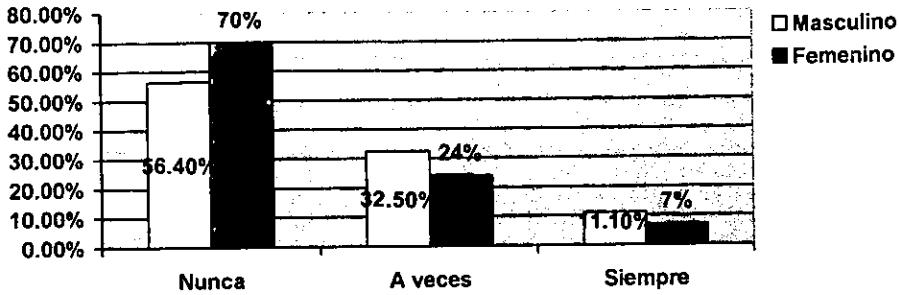
	Masculino	Femenino	Total
NO	47.0%	47.5%	47.5%
SI	52.1%	52.8%	52.5%
Total	100%	100%	100%
	Escuela Pública	Escuela Privada	Total
NO	53.7%	39.2%	47.5%
SI	45.5%	60.8%	52.5%
Total	100%	100%	100%

. "Me la paso pensando en la comida..."

Las respuestas para este reactivo son: nunca, a veces y siempre.

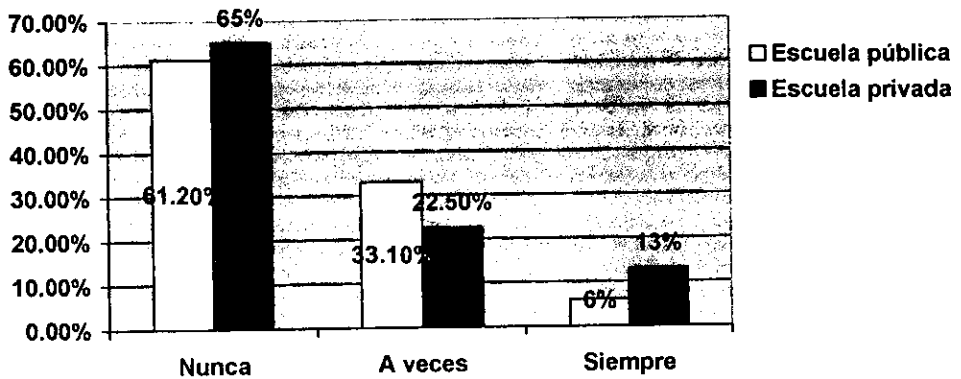
En la gráfica 10 se presentan los datos arrojados para este reactivo: el 56% de los niños y el 70% de las niñas respondieron que nunca; el 32% de los niños y el 24% de las niñas contestaron que a veces y, el 11% de los niños y el 7% de las niñas respondieron que siempre:

Gráfica 10. Distribución de porcentajes por sexo para el reactivo: "Me la paso pensando en la comida..."



Ahora bien, en la gráfica 11 se observan los porcentajes para este reactivo según el tipo de escuela: el 61% de la escuela pública y el 65% de la escuela privada respondió que nunca se la pasa pensando en la comida; el 33% de la escuela pública y el 22% de la privada respondió que a veces y, el 6% de la escuela pública y el 13% de la privada contestó que siempre:

Gráfica 11. Distribución de porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "Me la paso pensando en la comida..."

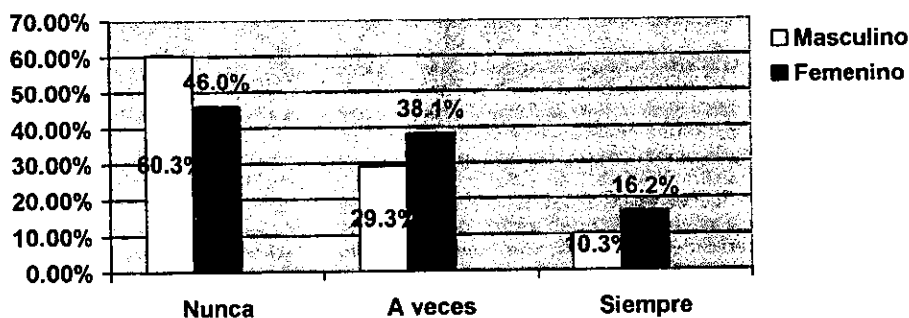


“Me disgusta sentir mi estómago lleno...”

En lo que respecta a este reactivo según el sexo, los niños respondieron lo que se muestra en la gráfica 12: el 60% de los niños y el 46% de las niñas respondieron que nunca les disgusta sentir su estómago lleno; el 29% de los niños y el 38% de las niñas respondieron que a veces y, el 10% de los niños y el 16% de las niñas respondieron que siempre.

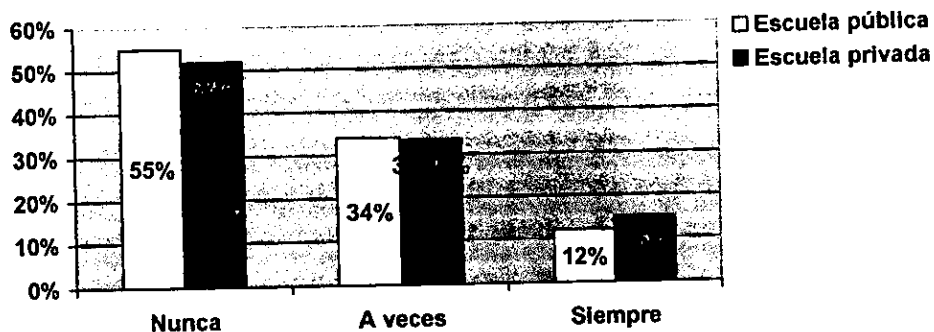
De acuerdo a esto, un alto porcentaje de niños (60%) indica que nunca les disgusta sentir su estómago lleno; en las niñas sucede lo mismo aunque en un porcentaje menor (46%). Ahora bien, los porcentajes que fueron menores en ambos sexos (10% y 16%) fueron para la respuesta de siempre.

Gráfica 12. Distribución de porcentajes por sexo al reactivo: "Me disgusta sentir mi estómago lleno..."



Por otra parte, en la gráfica 13 se muestran los porcentajes para este reactivo según el tipo de escuela: el 55% de los niños de la escuela pública y el 52% de la escuela privada respondieron que nunca les disgusta sentir su estómago lleno; el 34% de la escuela pública y el 33% de la privada respondieron que a veces y, el 12% de la escuela pública y el 15% de la privada respondieron que siempre.

Gráfica 13. Distribución de porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "Me disgusta sentir mi estómago lleno..."



Esto nos indica que a sólo al 12% de la escuela pública les disgusta siempre sentir su estómago lleno, lo mismo sucede en los niños de la escuela privada aunque con un porcentaje mayor.

."Me gusta sentir hambre..."

Los porcentajes obtenidos por sexo y tipo de escuela para este reactivo se pueden observar en la tabla 11:

En relación con el sexo, el 37% de los niños y el 45% de las niñas respondió que nunca les gusta sentir hambre; el 46% de los niños y el 42% de las niñas respondió que a veces y, el 17% de los niños y el 12% de las niñas respondió que siempre.

Ahora bien, en relación con el tipo de escuela, el 43% de la escuela pública y el 38% de la escuela privada respondió que nunca les gusta sentir hambre; el 37% de la escuela pública y el 53% de la privada respondió que a veces y, el 20% de la escuela pública y el 9% de la privada respondió que siempre.

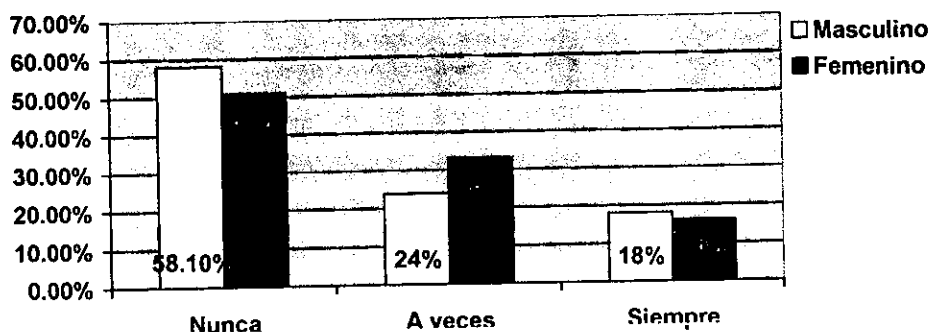
Tabla 11. Porcentajes por sexo y tipo de escuela al reactivo: "Me gusta sentir hambre..."

	Masculino	Femenino	Total
Nunca	36.8%	45.3%	40.6%
A veces	46.2%	42.5%	44.4%
Siempre	17.1%	12.3%	14.8%
Total	100%	100%	100%
	Escuela pública	Escuela privada	Total
Nunca	43%	38.2%	40.8%
A veces	37.2%	52.9%	44.4%
Siempre	19.8%	8.8%	14.8%
Total	100%	100%	100%

."¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo (a)?..."

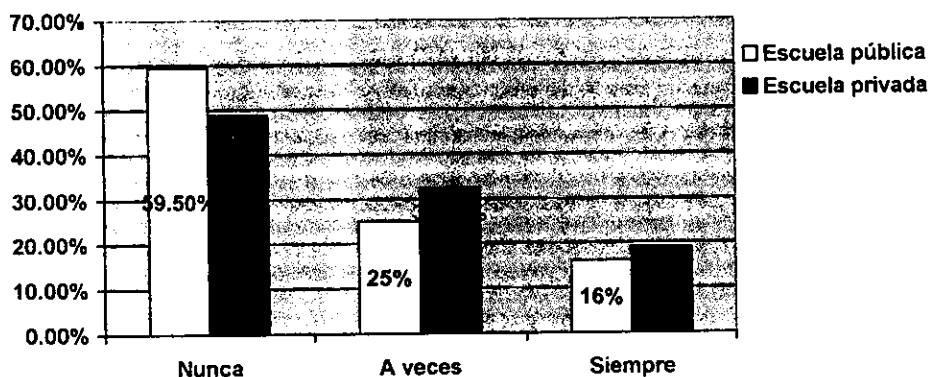
En los datos de la gráfica 14 se exponen los porcentajes por sexo a este reactivo: el 58% de los niños y el 51% de las niñas respondieron que nunca han tenido miedo de comer porque piensas que pueden ponerse gordos (as); el 24% de los niños y el 33% de las niñas respondieron que a veces y, el 18% de los niños y el 16% de las niñas respondieron que siempre.

Gráfica 14. Distribución de porcentajes por sexo al reactivo: "¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo (a)?..."



En la gráfica 15, se exponen los porcentajes obtenidos en relación con el tipo de escuela: el 59% de la escuela pública y el 49% de la escuela privada respondió que nunca han tenido miedo de comer porque piensan que pueden ponerse gordos; el 25% de la escuela pública y el 32% de la privada respondió que a veces y, el 16% de la escuela pública y el 19% de la privada respondió que siempre.

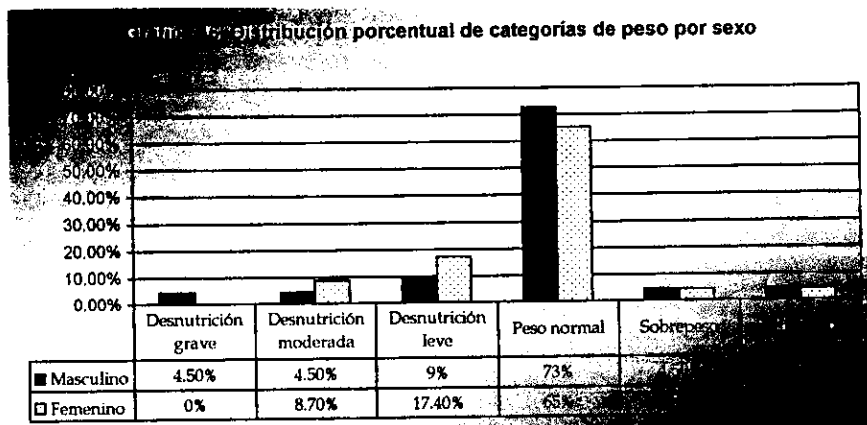
Gráfica 15. Distribución de porcentajes por tipo de escuela al reactivo: "¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo (a)?..."



5.3 PESO PARA LA TALLA E INDICE NUTRICIONAL

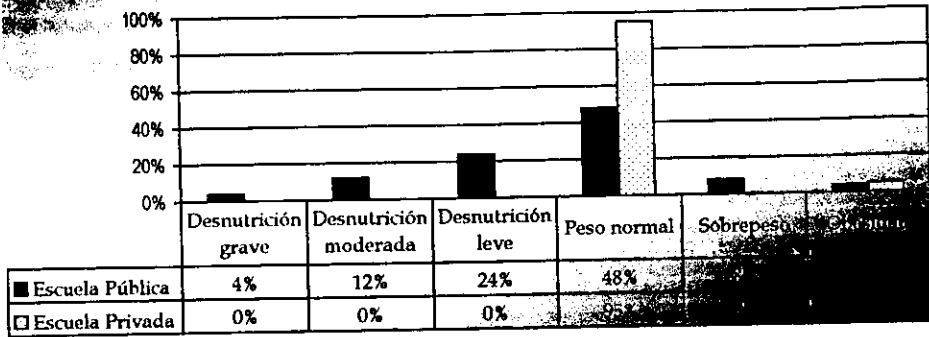
Uno de los propósitos de la presente investigación era conocer desde la perspectiva antropométrica el grado de nutrición de los niños; con este fin, se consultaron para los niños entre 6 y 9 años de edad el criterio de peso para la talla proporcionado por la Norma Oficial Mexicana (1998), mientras que para los niños entre 10 y 12 años se utilizó el Índice Nutricional (IN) (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1998), validado en muestras mexicanas, cuyos resultados se presentan a continuación:

En la gráfica 16 se muestran los porcentajes de las categorías de peso por sexo, las cuales fueron los siguientes: el 4% de los niños y el 0% de las niñas presentó desnutrición grave; el 4% de los niños y el 9% de las niñas presentó desnutrición moderada; el 9% de los niños y el 17% de las niñas presentó desnutrición leve; el 73% de los niños y el 65% de las niñas presentó un peso normal; el 4% de los niños y el 4% de las niñas presentó sobrepeso y, el 4% de los niños y el 4% de las niñas presentó obesidad.



Asimismo, en la gráfica 17, se observan los porcentajes para las categorías de peso por tipo de escuela: el 4% de la escuela pública y el 0% de la escuela privada presentó desnutrición grave; el 12% de la escuela pública y el 0% de la privada presentó desnutrición moderada; el 24% de la escuela pública y el 0% de la privada presentó desnutrición leve; el 48% de la escuela pública y el 95% de la privada presentó peso normal; el 8% de la escuela pública y el 0% de la privada presentó sobrepeso y, el 4% de la escuela pública y el 5% de la privada presentó obesidad.

Gráfica 17: Distribución porcentual de categorías de peso por tipo de escuela



5.4 ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS

A) ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

Con el propósito de conocer el comportamiento de las variables de interés tomando en cuenta el sexo (masculino, femenino) y el tipo de escuela (pública y privada) se procedió a la aplicación ANOVAS (Análisis de Varianza) 2X2, teniendo como variables dependientes: "concepto de atractivo de los niños", "Me gustaría estar..." , y " concepto de obesidad" , mismos que miden actitud hacia la obesidad. Los resultados obtenidos son los siguientes:

En relación con el concepto de atractivo, el cual se midió con el reactivo: "un (a) niño (a) guapo (a) es..." (gordo, regular, delgado), no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, ni por los efectos principales (sexo y tipo escuela) ni por la interacción de ambas variables, $F(1, 219)= 1.943$ y $p=.165$. Al analizar las medias se encontró que para los niños de ambos sexos y ambas escuelas ($\bar{X}=2.43$, D.E.=.587), el ideal de un niño atractivo es "regular" (peso normal),

En el reactivo "me gustaría..." (estar más llenito, estar igual, estar más delgado), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reactivo ni por los efectos principales (sexo, tipo de escuela) ni por la interacción de ambas variables $F(1, 218)=.871$ y $p=.352$. Asimismo, al analizar las medias, encontramos que a los niños de ambos sexos y ambas escuelas ($\bar{X}=2.29$, D.E=.680), les gustaría estar igual es decir mantener el peso que tienen.

En lo referente al concepto de obesidad, el cual se midió con el reactivo "un niño (a) gordo(a) es...", observamos, que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ni por los efectos principales (sexo, tipo de escuela) ni por la interacción de ambas variables $F(1, 194)=2.359$ y $p=.126$. Al analizar las medias, encontramos que a los niños de ambos sexos y ambas escuelas ($\bar{X}=2.27$, D.E=.870), respondieron en la categoría de atributos negativos y ofensivos, es decir toda la muestra piensa que un niño gordo es feo.

B) PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL Y POR LA COMIDA

Ahora bien, otro de los propósitos de la presente investigación fue averiguar si en estos niños tan jóvenes, existe preocupación por el peso corporal y por la comida, presente en niños de mayor edad, para ello se aplicó un Análisis de Varianza (ANOVA) 2X2 (sexo y tipo de escuela) teniendo como variable dependiente los reactivos: "Llegar a estar gordo (a) me preocupa...", "Me la paso pensando en la comida...", "Me disgusta sentir mi estómago lleno...", "Me gusta sentir hambre...", "Te preocupa tu peso..." y "¿has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo (a)...?", mismos que miden Preocupación por el peso corporal y por la comida y como variables independientes se encuentran el sexo y el tipo de escuela. Los resultados obtenidos son los siguientes:

En la tabla 13, se observa que en el reactivo "llegar a estar gordo (a) me preocupa ..." (mucho, regular, poco), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo de los niños, sin embargo, si se encontraron en relación con el tipo de

escuela $F(1, 218) = 5.729$ y $p = .018$, asimismo, en la interacción de ambas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, al analizar las medias que se presentan para este reactivo, se encontró que a los niños y niñas de la escuela pública ($\bar{X} = 1.76$, D.E = .873) llegar a estar gordos les preocupa regular, sin embargo, a los niños y niñas de la escuela privada ($\bar{X} = 1.51$, D.E = .756), llegar a estar gordos les preocupa mucho.

Tabla 13. Resultados por sexo y tipo de escuela para el reactivo: "Llegar a estar gordo (a) me preocupa..."

ANOVA.					
	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad asociada
Efectos principales	5.196	2	2.598	3.851	.023
Sexo	1.331	1	1.331	1.972	.162
Tipo de escuela	3.865	1	3.865	5.729	.018
Sexo por tipo de escuela	.009	1	.009	.014	.907
Explicado	5.205	3	1.735	2.572	.055
Residual	147.088	218	.675		
Total	152.293	221	.689		
Medias y Desviaciones Estándar					
SEXO	TIPO DE ESCUELA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR		
MASCULINO	Pública	1.8500	.9173		
	Privada	1.5965	.7987		
	Total	1.7265	.8673		
FEMENINO	Pública	1.6885	.8275		
	Privada	1.4091	.6928		
	Total	1.5714	.7827		
TOTAL	Pública	1.7686	.8733		
	Privada	1.5149	.7565		
	Total	1.6532	.8301		

Con el propósito de saber si existen diferencias estadísticamente significativas en la variable preocupación por el peso corporal según el sexo y el tipo de escuela, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, ya que la variable es dicotómica (si, no). Así, los resultados que se muestran en la tabla 14 indican que en el reactivo: "¿Te preocupa tu peso?" (si, no), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

en relación con el sexo ($U=6163$, $p=.927$), sin embargo, en relación con el tipo de escuela sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($U=5307$, $p=.038$), Ahora bien, al analizar las medias de rango se encontró que los niños de la escuela privada presentaron una mayor preocupación por el peso corporal ($\bar{X}=120.47$) que los niños de la escuela pública ($\bar{X}=104.86$).

Tabla 14. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para la variable dependiente Preocupación por el peso corporal, por sexo y tipo de escuela

Variable Independiente	U de Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	Probabilidad asociada
Sexo	6163.000	11834.000	-.091	.927
Tipo de escuela	5307.000	12688.000	-2.077	.038

La tabla 15, indica que para el reactivo "me la paso pensando en la comida..." (nunca, a veces, siempre), si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo de los niños $F(1, 219)= 4.173$ y $p= .042$, sin embargo, según el tipo de escuela y en la interacción de ambas variables se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, al analizar las medias, se encontró que las niñas de ambos tipos de escuela ($\bar{X}=1.36$, $D.E=.606$) respondieron que nunca se la pasan pensando en la comida, mientras que la media de los niños ($\bar{X}=1.54$, $D.E=.688$) indicó que a veces si lo hacen.

Tabla 15. Preocupación por la comida, por sexo y tipo de escuela

ANOVA.					
	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad asociada
Efectos principales	1.813	2	.906	2.120	.122
Sexo	1.784	1	1.784	4.173	.042
Tipo de escuela	.029	1	.029	.068	.795
Sexo por tipo de escuela	.002	1	.002	.004	.951
Explicado	1.814	3	.605	1.415	.239
Residual	93.612	219	.427		
Total	95.426	222	.430		
Medias y Desviaciones Estándar					
SEXO	TIPO DE ESCUELA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR		
MASCULINO	Pública	1.5333	.6235		
	Privada	1.5614	.7563		
	Total	1.5470	.6885		
FEMENINO	Pública	1.3607	.5783		
	Privada	1.3778	.6498		
	Total	1.3679	.6067		
TOTAL	Pública	1.4463	.6048		
	Privada	1.4804	.7138		
	Total	1.4619	.6556		

Se observa en la tabla 16, que en el reactivo: "me disgusta sentir mi estómago lleno..." (nunca, a veces, siempre) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo de los niños $F(1, 217) = 4.619$ y $p = .033$. En relación con el tipo de escuela y en la interacción de ambas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, al analizar las medias, se encontró que los niños de ambos tipos de escuela ($\bar{X} = 1.50$, $D.E. = .678$), respondieron en promedio que nunca les disgusta sentir su estómago lleno mientras que las niñas ($\bar{X} = 1.70$, $D.E. = .732$), respondieron que a veces les disgusta sentir su estómago lleno.

Tabla 16. Resultados por sexo y tipo de escuela al reactivo: "Me disgusta sentir mi estómago lleno..."

ANOVA					
	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad asociada
Efectos principales	2.573	2	1.286	2.571	.079
Sexo	2.311	1	2.311	4.619	.033
Tipo de escuela	.262	1	.262	.524	.470
Sexo por tipo de escuela	.018	1	.018	.036	.850
Explicado	2.591	3	.864	1.726	.163
Residual	108.568	217	.500		
Total	111.158	220	.505		

Medias y Desviaciones Estándar			
SEXO	TIPO DE ESCUELA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
MASCULINO	Pública	1.4576	.6518
	Privada	1.5439	.7089
	Total	1.5000	.6789
FEMENINO	Pública	1.6833	.7247
	Privada	1.7333	.7508
	Total	1.7048	.7328
TOTAL	Pública	1.5714	.6959
	Privada	1.6275	.7301
	Total	1.5973	.7108

En relación con el reactivo: "me gusta sentir hambre..." (nunca, a veces, siempre) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni por los efectos principales (sexo y tipo de escuela) ni en la interacción de ambas variables $F(1, 219)=2.056$ y $p=.153$. Asimismo, al analizar las medias se encontró que todos los niños de la muestra ($\bar{X}=1.73$, $D.E=.700$), respondieron en promedio que a veces les gusta sentir hambre.

Los resultados arrojados para el reactivo "¿has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo (a)...?" (nunca, a veces, siempre), indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en los efectos principales (sexo y tipo de escuela) ni en la interacción de ambas variables $F(1, 219)=1.034$ y $p=.310$. Asimismo al analizar las medias se encontró que los niños y niñas de toda la muestra

(\bar{X} =1.62, D.E=.760), respondieron en promedio que a veces han tenido miedo de comer porque piensan que pueden ponerse gordos.

C) PESO CORPORAL POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA

Por otra parte, otro de los propósitos de esta investigación fue conocer la distribución de peso corporal (IN) de los niños y ver si difiere por sexo (niños, niñas) y tipo de escuela (pública, privada). Para ello se aplicó una prueba t student. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En relación con las categorías de peso por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t(41.879)=-.132$ y $p=.896$. Asimismo, al analizar las medias, se encontró que la categoría de peso en ambos sexos (niños $\bar{X}=3.81$, D.E=.958; y, niñas $\bar{X}=3.78$, D.E=.850) corresponde a un peso normal.

La tabla 17 indica que si hay diferencias estadísticamente significativas en las categorías de peso por tipo de escuela: $t(33.401)=-2.263$ y $p=.030$. Asimismo, al analizar las medias, se encontró que los niños de la escuela pública (\bar{X} =3.56, D.E=1.083) caen en la categoría de peso de Desnutrición leve o delgadez y los niños de la escuela privada (\bar{X} =4.10, D.E=.447) en la categoría de peso normal.

Tabla 17. Resultados de categorías de peso por tipo de escuela.

Prueba t student		
t	Grados de libertad	Probabilidad asociada
-2.263	33.401	.030
Medias y Desviaciones Estándar		
TIPO DE ESCUELA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PÚBLICA	3.5600	1.0832
PRIVADA	4.1000	.4472

CATEGORÍAS DE PESO:

1=Desnutrición grave

2=Desnutrición moderada

3=Desnutrición leve

4=Peso normal

5=Sobrepeso

6=Obesidad

CAPITULO 6.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente estudio fue aportar información para la detección de factores de riesgo en trastornos alimentarios de niños y niñas en edad escolar, siendo uno de los propósitos particulares, averiguar la actitud hacia la obesidad que tienen estos niños y determinar si ésta tiene alguna relación con el tipo de escuela (pública y privada), con el sexo de los niños y con la preocupación por el peso corporal y por la comida .

Aunque los niños de este estudio son muy jóvenes (promedio de 8 años), los resultados encontrados nos permiten confirmar la presencia de los estereotipos de los adultos asociados con la obesidad/delgadez. Con estos resultados, podemos responder que a esta edad, ya existe una clara actitud negativa hacia la obesidad.

Así, la mitad de las niñas consideran que lo delgado se asocia con lo bonito (ser guapa, atractiva, etc.) mientras que más de la mitad de los niños asocian el concepto de "guapura" con complexión de proporción regular, más con músculo y fuerza que con delgadez. Esto va más con las categorías que describen, Strommen, McKinney y Fitzgerald (1991), en donde argumentan que el niño "rechoncho" (endomorfo), tropieza con reacciones negativas a su estructura corporal, mientras que el niño medio y musculoso (mesomorfo) resulta objeto de reacciones positivas es decir, estos niños son considerados como atractivos o guapos.

Ahora bien, también se encontró que independientemente del sexo y del tipo de escuela, casi el total de la muestra respondió que les gustaría bajar de peso, de esta manera, podemos decir que, los niños de esta edad asocian el subir de peso con la obesidad. Sin embargo, es importante observar que estos resultados también muestran discrepancias, es decir casi el total de la muestra respondió que estaban satisfechos con

su imagen corporal y de igual forma casi el total de la misma respondió que les gustaría bajar de peso.

Asimismo, llama la atención que en la descripción que los niños hacen de un niño (a) obeso (a) se haya encontrado que más de la mitad de los niños utilizaron calificativos o atributos negativos y ofensivos, por ejemplo, un niño gordo era "asqueroso", "prieto", "burro", etc., por un lado, mientras que por el otro, otros niños aunque emitieron calificativos positivos, estos fueron los tradicionalmente asociados con los "gorditos" ("simpáticos", "inteligentes", "bonitos", etc.) y sólo un pequeño porcentaje, mostró madurez en sus respuestas, en las cuales no aparecieron elementos emocionales, éstas sólo se limitaban a describir que un niño gordo era alguien que pesa más para su estatura, que estaban pesados, o que no hacían ejercicio en lugar de decir que eran flojos.

En relación con la preocupación por el peso corporal se encontró que, en ambos sexos y ambos tipos de escuela, principalmente en las niñas y en la escuela privada llegar a ser obesos les preocupa mucho, estos resultados son semejantes a los encontrados por Gómez Pérez-Mitré (1999) con una muestra de (N=962) niñas, los cuales indicaron que tres cuartas partes de la población estudiada se mostró altamente preocupada por el peso corporal.

Ahora bien, en relación a la preocupación por la comida se encontró que, estos niños aunque muestran una preocupación por el peso corporal, presentan una preocupación menor por la comida, la cual se presenta en su gran mayoría en las niñas.

Finalmente, en relación con las categorías de peso o Índice Nutricional (IN), se encontró que tanto los niños como las niñas cayeron en la categoría de peso normal. En relación al tipo de escuela se observó que en la escuela privada casi el total de la muestra cayó en la categoría de peso normal no encontrándose ningún caso de desnutrición, mientras que en la escuela pública aproximadamente la mitad de la población cayó en las tres categorías de desnutrición (leve, moderada y grave), los demás niños de esta escuela

cayeron en la categoría de peso normal. Sin embargo, en ambos sexos y ambos tipos de escuela no se presentó sobrepeso ni obesidad .

En conclusión se puede decir que tanto a los niños como a las niñas de los dos tipos de escuela (pública y privada), presentaron una actitud negativa y ofensiva hacia la obesidad principalmente en los niños de la escuela privada, esto corrobora la teoría de Hsu (1982), en donde menciona que esta clase de actitudes predominan en las clases sociales medias y altas. Asimismo, se comprueban estudios realizados también con poblaciones infantiles como es el caso de Staffieri (1967), Turner (1980), Edelman (1982), LeBow (1986), Ibañez (1994), Feldman, Feldman y Goodman (citados por Papalia y Olds, (1998), en los cuales se encontró que los niños con obesidad causan reacciones negativas en sus compañeros, describiéndolos principalmente como tontos, feos, poco inteligentes, sucios, etc., comprobando que esto se debe a que la sociedad iguala la esbeltez con la belleza.

Por lo tanto una vez más se comprueban las teorías que afirman que la obesidad es mal vista en nuestra sociedad, observándose que los niños también presentan este rechazo, lo cual se debe a factores socioculturales y muy especialmente al culto que los adultos rinden a la delgadez.

Ahora bien, en este estudio también se encontró que los niños y las niñas están altamente preocupados por su peso corporal principalmente las niñas, lo cual ya estaba comprobado, como se mencionó anteriormente en los estudios realizados por Gómez Pérez-Mitré (1997) y Gómez Pérez Mitré (1999).

Con estos resultados se puede decir que este rechazo que los niños presentaron hacia la obesidad sí está relacionado con la preocupación por el peso corporal.

Finalmente, se puede decir que los resultados indican que si existe una relación entre la actitud hacia la obesidad y el propio peso corporal o Índice Nutricional (IN), ya que no se encontró sobrepeso y obesidad en estos niños.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Se requiere mayor investigación en grupos de 6 a 9 años de edad.
- Realizar programas dirigidos a padres de familia y a las autoridades de las escuelas para así, prevenir y evitar el desarrollo de trastornos de la alimentación desde edades tempranas.
- Desarrollar programas de intervención dirigidos a la prevención de factores de riesgo asociados con imagen corporal.

REFERENCIAS

- Agras, W.S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Ajzen, L.E. (1989). Attitude structure and behavior. En S.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald. Attitude Structure and Function. Hillsdale: L. Erlbaum, 242-274.
- Aleman, M. (1995). Enciclopedias de las dietas y la nutrición. España: Planeta
- Barkeling, B., Ekman, S. & Rossner, S. (1992). Eating behavior in obese and normal weight 11 year old children. International Journal of Obesity. 16, 335-360.
- Berko, J. (1958). The child's learning of english morphology. Word, 14, 150-177.
- Bierman, K.L., Smoot, D.L. & Aumiller, K. (1993). Characteristics of aggressiverejected, aggressive (nonrejected), and rejected (nonaggressive) boys. Child Development, 64, 139-151.
- Blank, S.J., Alexander, M.A., Clark, L., Dean, A. & Welter, L. (1992). Instruments measuring maternal factors in obese preeschool children. Western Journal of Nursing Research, 14.
- Björntorp, P. (1985). Adipose tissue in obesity. En Hirsch J. y J.B. Van Itallie (Eds.), Recent Advances in obesity research. V. (pp. 95-110). London: Libbey
- Bourges, R.H. (en prensa). La nutrición humana: obesidad. Programa de medicina integral.
- Bourges, R.H. (1990). Costumbres y hábitos alimentarios. Cuadernos de Nutrición, 13, (2), 17-32.
- Bourges, R.H. (1990). Elementos de nutriología: Química de los alimentos. México: Alhambra.
- Braguinsky, J. y Mazza, C. (1987). Definición y diagnóstico. En Braguinsky J. (Comp.). Obesidad, Patogénesis, Clínica y Tratamiento. México: Promedicina.
- Bray, D.S. (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. En Bray G.A. (Comp.). Obesidad: Aspectos Básicos y Aplicaciones Clínicas. México: Promedicina.

- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. Journal of Personality and Social Psychology, 47, (1), 191-205.
- Brook, C.G.D. (1980). Obesity: The fat child. British Journal of Hospital Medicine, 24, 517-522.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Canadian Journal of Psychiatry, 26, 212-217.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Campollo, R.O. (1995). Obesidad: bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.
- Canning, H. & Mayer, J. (1966). Obesity. Its possible effect on college acceptance. New England Journal Medical, 275, 1172-1174.
- Castro, G.F. (1988). ¿Cuándo empieza la obesidad?: Un asunto de hábitos alimentarios. Cuadernos de Nutrición, 11, (3), 3-9.
- Cole, T.J. (1979). A method for assessing agestandardised weight for height in children seen cross sectionally. Annals of Human Biology, 6, 249-268.
- CONAPO. (1994). Antología de la sexualidad humana. Tomo II. México: Porrúa.
- Craig, J.G. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- C.-Soriquer, E.F.J., Esteva, A.L y García, A.J. (1994). Significado clínico del tipo de distribución de la grasa corporal. En C. -Soriquer E.F.J. (Eds.). La obesidad. Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos.
- Demo, D.H. (1992). Parent-child relations: Assessing recent changes. Journal of Marriage and the Family, 54, 104-117.
- Dietz, W.H. (1991). Factors associated with childhood obesity. Nutrition, 7, 290-291.
- Edelman, B. (1982). Developmental differences in the conceptualization of obesity. Journal of the American Dietetic Association, 80, 122-126.
- Erikson, E.H. (1950). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Lumen: hormé.

- Escobar, J.F., Fernández, S.M. y Barredo, F. (1994). Epidemiología de la obesidad. En C. - Soriguer E.F.J. (Eds.). La obesidad. Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos.
- Fazio, R.H. (1989). How do attitudes guide behavior?. En R.M. Sorrentino y E.T. Higgins. Handbook of Motivation and Cognition. Nueva York: Wiley.
- Forbes, G.B. (1977). Nutrition and growth. Journal Pediatric, 91, 40-42.
- Freud, S. (1949). Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas, 7, Buenos Aires: Amorrortu.
- Gama, A.E. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: Relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Garn, S.M., Hopkins, P.J. & Ryan, A.S. (1981). Differential fatness gain of low income boys and girls. The American Journal of Clinical Nutrition, 34, 1465-1468.
- Garrow, J.S. (1988). Obesity & related diseases. Livingstone: Edinburgh.
- Gesell, A. (1956). Psicología evolutiva de 1 a 16 años. México: Paidós.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A.M., Jáuregui, J., Tafoya, S.A. y Unikel, S.C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista de Psicología Contemporánea, 7, (1).
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10, (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación psicológica, 3, (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14, (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A.E. (1998). Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6, (2), 37-45.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16, (1), 153-165.
- González, B.J. (1994). XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Ixtapa, Zihuatanejo 28 Nov-3 Dic.
- Gray, D.S. (1989). Diagnóstico y prevalencia de la obesidad. En Bray G.A. (Comp.). Obesidad: Aspectos Básicos y Aplicaciones Clínicas. México: Interamericana.
- Guy, R. (1978). The growth of physically handicapped children with emphasis on appetite and activity. Public Health, 92, 145-154.
- Hasselhorn, M. (1990). The emergence of strategic knowledge activation in categorical clustering during retrieval. Journal of Experimental Child Psychology, 50, 59-80.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J.P. y Stephenson, G.M. (1994). Introducción a la psicología social. España: Ariel.
- Heymsfiel, S.B., Lichtman, S., Baumgartner, R.N., Dilmanian, F.H. & Hamen Y. (1992). Obesity. Philadelphia: Lippincott Co.
- Hoke, James. (1983). I would if I could and I can. New York: Stein and Day Publishers.
- Hsu, L.G. (1982). Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa?. The Journal of Nervous and Mental Disease, 170, 305-307.
- Ibañez, G.E. (1994). Psicología y obesidad. En C. -Soriquer E.F.J. (Eds.). La obesidad. Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1964). The early growth of logic in the child. New York: Norton.
- Kahle, L.R. & Berman, J. (1979). Attitudes cause behaviors: A crosslagged panel analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 315-321.
- Kaufer, M. y Casanueva, E. (1986). Los cómo, cuándo y dónde de la antropometría. Cuadernos de Nutrición, 9, (2), 13-16.
- Kaufmann, H. (1977). Psicología social. México: Interamericana.

- Khan, M.A. (1961). Nutrition and current concepts of obesity. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 14, 135-151.
- Kreutzer, M., Leonard, C. & Flavell, J. (1975). An interview study of children's knowledge about memory. Monographs of the Society for Research in Child Development, 40, (1, serial, No. 159).
- Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1990). Impression management: A literature review and two-component model. Psychological Bulletin, 107, 34-47.
- LeBow, M.D. (1981). Weight control: the behavioral strategies. Nueva York: Wiley.
- LeBow, M.D. (1986). Obesidad infantil: una frontera de la terapia conductual. Argentina: Paidós.
- Levine, R.S., Hennekens, C.H., Rosner, B., Gourley, J., Gelband, H. & Jesse, M.S. (1981). Cardiovascular risk factors among children of men with premature myocardial infarction. Public Health Reports, 96, 58-69.
- López, S.J.P. (1994). El niño obeso. En C. -Soriguer E.F.J. (Eds.). La obesidad. Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos.
- Lozoff, B. (1989). Nutrition & Behavior. American Psychologist, 44, 231-236.
- McKeown, T. & Tecord, R.G.. (1987). The influence of reproduction on body weight in women. Journal of Endocrinology, 15, 393-409.
- Mesa Redonda. (1992). Obesidad. Cuadernos de Nutrición, 15, (1), 17-32.
- Miller, K. B. (1995). Tratamiento médico de la obesidad. Psicología Iberoamericana, 3, (2), 63-65.
- Morales, J.F., Moya., Reboloso, E., Fernández, J.M., Huici, C., Marques, J., Paez, D. y Pérez, J.A. (1994). Psicología social. México: Mc Graw-Hill.
- Myers, G.D. (1995). Psicología social. México: Mc Graw-Hill.
- Newcomb, A.E., Bukowski, W.M. & Pattee, L. (1993). Children's peer relations a meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. Psychological Bulletin, 113, 99-128.

- NOM -008 SSA2. (1994). Norma Oficial Mexicana. Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación.
- Nogueroles, O.J., Ruíz, J.M.A., Martínez, J.M. y Calero, F.M. (1992). Estudio epidemiológico de la obesidad infantil y adolescente en población meridional española. Enfermería Clínica, 2, (1), 22-27.
- Opie, I & Opie, O. (1969). Children's games in street and playground. Oxford: Clarendon Press.
- Ornstein, P.A., Naus, M. & Liberty, C. (1975). Rehearsal and organizational processes in children's memory. Child Development, 46, 818-830.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1987). Psicología. México: Mc Graw-Hill.
- Papalia, D.E., y Olds, S.W. (1998). Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw-Hill.
- Piaget, J. (1932). The moral judgment of the child. New York: Harcourt Brace.
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press.
- Piaget, J. & Szeminska, A. (1952). The child's conception of number. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1967). Seis estudios de psicología. Barcelona: Planeta.
- Pineda, G.G. (1999). Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Rauh, J.L., Schumsky, D.A. & Witt, M.T. (1967). Heights, and obesity in urban school children. The Society for Research in child Development, 38, 515-530.
- Ravussin, E., Lillojia, S. & Anderson, T.E. (1986). Determinants of 24-hours energy expenditure in man. Methods and results using a respiratory chamber. Journal Clinical Investigation, 78, 1568-1578.
- Resnick, L.B. (1989). Developing mathematical knowledge. American Psychologist, 44, 162-169.
- Rosenstein, S.E. (1993). Diccionario de especialidades farmacéuticas. México: PLM.

- Ross, V., Marshall, M.H. y Scott, A.M. (1996). Psicología infantil. Barcelona: Ariel.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1998). Obesidad. España: Martínez Roca.
- Sanbonmatsu, D.M. & Fazio, R.H. (1990). The role of attitudes in memory-based decision making. Journal of Personality and social Psychology, 59, 614-622.
- Saucedo, M.T. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica, 18, (1), 19-26.
- Saucedo, M.T. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Validación del Índice Nutricional (IN) en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40, (5), 392-397.
- Secord, P.F. & Backman, C.W. (1964). Social Psychology. New York: Mc Graw-Hill.
- Staffieri, J.R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 101-104.
- Staffieri, J.R. (1972). Body build and behavior expectances in young females. Developmental Psychology, 6, 125-127.
- Strommen, E.A., Mckinney, J.P. y Fitzgerald, H.E. (1991). Psicología del desarrollo II: Edad escolar. México: Manual Moderno.
- Stunkard, A.J., D'Aquili, E., Fox, S. & Fillion, R.D. (1972). Influence of social class on obesity and thinness in children. Journal of the American Medical Association, 221, 579-584.
- Stunkard, A.J. (1984). The current satus treatment for obesity in adults. En Stunkard A.J. y Stellar E. (Eds.). Eating and Its Disorders. New York: Norton
- Sullivan, H.S. (1976). The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.
- Summers, G.F. (1976). Medición de actitudes. México: Trillas.
- Tapia-Conyer, R. (1993). Encuesta nacional de enfermedades crónicas. México: Secretaría de Salud.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nervosa. Barcelona: Martínez Roca.

- Turner, T.J. (1980). Obesity in children and adolescents. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1, 43-47.
- Vague, J., Vague, P., Tramoní, M. y Vialettes, B. (1980). Obesidad y diabetes. Acta Diabetológica Latina, 17, 87-99.
- Vargas, L.A. y Casillas, L.E. (1993). Indicadores antropométricos: del déficit y exceso de peso en el adulto, para el empleo del consultorio y en el campo. Cuadernos de Nutrición, 16, (5), 34-46.
- Vázquez, F.G. (1988). Padres, hijos y escuelas: Una guía práctica. México: Ediciones educativas y culturales.
- Vidal, V.O., Cordido, C.F., Martínez, R.F. y Méndez, J.S. (1994). Clasificación y clínica de las obesidades. En C. -Soriguer E.F.J. (Eds.). La obesidad. Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos
- Weber, B.G. & Pearson, H.P. (1986). Anorexia, bulimia and obesity in adolescence: the sociocultural perspective. En F.E. Larocca (Comp.). Eating disorders: Effective care and treatment. Euroamerica: Ishiyaku.
- Williams, E.R. & Caliendo, M.A. (1984). Nutrition: principles, issues, and applications. New York: Mc Graw-Hill.
- Withers, R.F.S (1964). Problems in the genetics of human obesity. Eugenetic Review, 56, 81-84.

ANEXO

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

P.R. _____

T.R. _____

FORMA XX

Nombre _____

Edad _____

Escuela:

Publica () Privada ()

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

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

Un mes o menos () Más o menos 6 mese () Un año o más () Nunca ()

No me acuerdo ()

4. ¿ Con quién vives?

() Papá y mamá

() Papá

() Mamá

() Papá, mamá y hermanos

() Papá, mamá, hermanos y abuelo (a)

() Abuelos

() Otros ¿ quiénes? _____

5. ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

Mas grande ()

De en medio ()

Más chico ()

Hijo único ()

6. ¿ Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿ Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la noche?

9. ¿ En esta semana cuántas veces comiste carne?

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

11. ¿ Quién decide cuanto comes?

Mamá () Papá () Yo () Abuela () () Otro. ¿ Quién? _____

12. Cuándo como, me obligan a que termine todo lo que me sirvieron.

Nunca() A veces() Siempre()

13. Una niña guapa o bonita es:

Gorda() Regular() Delgada()

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

Nunca() A veces() Siempre()

15. Como mis alimentos frente a la televisión.

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

18. ¿Comes a escondidas de tu mamá?

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

20. Llegar a estar gorda me preocupa.

Mucho() Regular() Poco()

21. Escojo los alimentos que yo quiero.

Nunca() A veces() Siempre()

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

P.R. _____

T.R. _____

FORMA XY

Nombre _____

Edad _____

Escuela:

Publica () Privada ()

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

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

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

4. ¿ Con quién vives?

() Papá y mamá

() Papá

() Mamá

() Papá, mamá y hermanos

() Papá, mamá, hermanos y abuelo (a)

() Abuelos

() Otros ¿ quiénes? _____

5. ¿ Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

Más grande ()

De en medio ()

Más chico ()

Hijo único ()

6. ¿ Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿ Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la noche?

9. ¿En esta semana cuántas veces comiste carne?

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

11. ¿Quién decide cuanto comes?

Mamá () Papá () Yo () Abuela () () Otro. ¿Quién? _____

12. Cuándo como, me obligan a que termine todo lo que me sirvieron.

Nunca() A veces() Siempre()

13. Un niño guapo o bonito es:

Gordo() Regular() Delgado()

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

Nunca() A veces() Siempre()

15. Como mis alimentos frente a la televisión.

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

18. ¿Comes a escondidas de tu mamá?

Nunca() A veces() Siempre()

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

Nunca() A veces() Siempre()

20. Llegar a estar gordo me preocupa.

Mucho() Regular() Poco()

21. Escojo los alimentos que yo quiero.

Nunca() A veces() Siempre()

