



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LA MADRE COMO FACTOR DE RIESGO EN LA PERCEPCIÓN DE
OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 11 AÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JENIFER LINDA SALINAS RODRÍGUEZ

ASESOR: MARIA TERESA PEREDA BARRIOS



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 TI DIOSITO

Por tanta misericordia que has tenido hacia mí y por haberme regalado el don de la vida por haber llenado mi corazón de amor, fuerza y valentía en los momentos más difíciles, por ser el padre que anhele.

Y porque por ti logre ésta meta gracias por haberme hecho la mujer que soy.

Solo pido tu bendición y te ruego me ayudes a ser una excelente profesionista.

A LA VIRGEN MARÍA

Por que siempre sentí el abrigo de una madre en tus brazos y por ser mi guía en todo momento y más en este proceso de aprendizaje.

Por la protección que sentí siempre que acudí a ti madre mía. Bendíceme

A MI MAMI LAURITA

Gracias por haberme brindado esta hermosa oportunidad de ser una profesionista y por darme siempre lo mejor de ti, por ser un ejemplo de superación y por demostrar con él que no existen barreras ni fronteras cuando uno se traza una meta.

Gracias por todo mami

A MI NANITA CHABELITA

Porque antes de que existiera siempre has estado a mi lado y me has tomado sin pensarlo como parte de ti como tu hija por eso te considero también como mi mamá. Por ser alguien muy especial para mí, porque eres en mi vida un regalo de dios.

Gracias mi chabelita

A MIS ABUELITOS

Por el simple hecho de tenerlos todavía a mi lado y porque se que siempre estuve en sus oraciones, gracias.

A MI KARENCITA

A ti hermanita chula porque a pesar de que estamos lejos fuiste una estrellita que me iluminó y me inyectó fuerza y esperanza, pero sobre todo amor y porque esto es parte de nuestra promesa.

Agradezco a dios haberme regalado una hermanita como tú y recuerda que siempre estaremos juntas de aquí hasta el infinito y más allá.

Gracias por creer en mí TQM flash.

A MI GORDA ROBERTO

Gracias por apoyarme, confiar y creer en mí, por siempre echarme la mano en situaciones que aunque no tenían remedio les buscaste solución por estar siempre a mi lado sin pedirlo y por ser un buen hombre, por todos esos buenos momentos de todo corazón gracias. TAMO.

A BETO (qpd †🕊)

A ti mi hermanito que estas cuidándome desde el cielo que al igual que tu mami sin que fuéramos familia me consideraste como tu hermana ahora puedo dedicarte esta humilde investigación que ayudará a que pueda cumplir lo que algún día te prometí; que dios te bendiga y te tenga en su gloria.

A TODA MI GRAN FAMILIA

Les agradezco que hayan creído en mí y recuerden que a todos y cada uno los tengo en mi corazón gracias por su apoyo.

A MI QUERIDO PROFESOR NEMESIO

Por comprometerse conmigo hasta el final, por ser una persona que vale oro y por creer en mí pero principalmente en mi trabajo, por toda esa dedicación y empeño y por el tiempo que me dedicó dios lo bendiga.

A TERE MI ASESORA

Por haberme exigido tanto pues me ayudo a crecer y a creer en mí y saber que sí puedo, a tener la satisfacción de decir que fuiste mi asesora pues eres parte de este proyecto.

A MI QUERIDA PROFESORA LAURA PALOMINO G.

Por haber sembrado en mí la semilla de la superación, por haberme motivado para continuar con esto y por haber sido la primera en creer y tomar en cuenta mi gran esfuerzo que es éste trabajo.

A TODO AQUEL QUE NO NOMBRÉ

Esta investigación me dio mucha satisfacción y en verdad no quisiera olvidar a nadie para incluirlo en los agradecimientos, estas líneas son solo para expresar lo feliz que me siento y que deseo en verdad transmitirlo los AMO a todos y Gracias de nuevo.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD

1.1 Trastornos alimenticios -----	5
1.2 La obesidad infantil -----	11
1.3 Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria -----	17
1.4 La obesidad, el cuerpo y la imagen corporal -----	30

CAPÍTULO 2. RELACIÓN MADRE-HIJO

2.1 Papel de la madre en el desarrollo psicológico del niño -----	42
2.2 Características Maternas -----	58
2.3 La relación madre-hijo -----	61

CAPÍTULO 3. LA FAMILIA, EL ENTORNO Y LOS HABITOS ALIMENTICIOS

3.1. Contexto Familiar -----	76
3.2 El papel de los padres -----	82
3.3 La madre y la alimentación -----	86
3.4 Influencia Social y Cultural en los hábitos alimenticios y en la imagen corporal -----	92

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Objetivo General -----	99
4.2 Planteamiento del problema -----	99
4.3 Hipótesis -----	100
4.4 Variables -----	101
4.5 Diseño de investigación -----	103
4.6 Muestra -----	103
4.7 Instrumento (contenido) -----	104
4.8 Procedimiento -----	106

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS -----	110
PRUEBA DE HIPÓTESIS -----	121

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES -----	126
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES -----	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	135
ANEXO A Cuestionario para madres	
ANEXO B Cuestionario para niñas	
ANEXO C Cuestionario para niños	

INTRODUCCIÓN

La alimentación a lo largo de la historia y en todas las culturas, ha estado asociada a la felicidad y a la salud. Ésta en un principio va a depender de la madre y de la relación que establezca con el infante, a través de cuidados y afectos que favorezcan la lactancia, lo que permitirá al niño adquirir experiencia e independencia alimenticia, pues al ser en un principio algo que surge como un instinto para poder sobrevivir, poco a poco y con el tiempo volverá al niño responsable de su propia ingesta alimentaria.

En la actualidad a pesar de que es bien sabido que el estar gordito no es sinónimo de salud todavía muchas madres piensan que sí lo es. El ser humano come para nutrir su cuerpo, sin embargo, gracias a la influencia de los medios de comunicación es muy fácil caer en conductas alimentarias de riesgo, debido a esto se da un incremento en los padecimientos de bulimia y/o anorexia tanto en niños como en adultos ya que cada vez más personas, han elegido como estereotipo una figura delgada.

Esto ha provocado insatisfacción con su figura en las madres “modernas” lo que recae en la misma insatisfacción en sus hijos afectando no sólo el aspecto orgánico, sino, el social, intelectual y el emocional.

El interés de realizar este proyecto, obedece a que hay muy poca información acerca de otras investigaciones sobre el mencionado tema en México y a que la obesidad en nuestro país ha aumentado considerablemente. Este es el motivo de trabajar con la muestra seleccionada, pues sólo existe una investigación previa que no refiere de manera tan específica la influencia de la madre como en este caso; por lo que es la primera investigación hecha en México acerca de este tema.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta que los niños son una parte muy vulnerable de la población, dado que los seres humanos en cada etapa o período de su existencia, tienen necesidades físicas y emocionales que marcan su estilo de vida y condicionan su salud física y mental, lo que puede determinar en mayor o menor grado el riesgo de padecer enfermedades o causar problemas alimenticios, pues se ha observado que los primeros años de vida son esenciales para lograr un equilibrio nutricional, que genera una adecuada estructuración en la imagen corporal de todo ser humano y de esta forma no se heredan trastornos derivados por la madre hacia los hijos.

La vulnerabilidad en los niños es mayor pues están sujetos a los mensajes directos (positivos o negativos) y a veces inconscientes que transmiten los padres quienes influyen en horarios, reglas, gustos y costumbres en los menores, sin olvidar a los medios de comunicación, que lo hacen de forma masiva y que muchas veces están más cerca de los menores a través de la televisión.

Las personas que están al cuidado de los niños, principalmente las madres, deben tener presente que los hábitos y las palabras valorativas que le exprese a su hijo van a lograr que el niño tenga un concepto adecuado de sí mismo que le permitirá adaptarse a su entorno.

Esta investigación es descriptiva, exploratoria de campo. Se desarrolla al exterior de distintas instituciones educativas, a nivel primaria, y en diferentes lugares. Se estudio a la madre como posible factor de riesgo en la percepción de obesidad en sus hijos. De ahí la necesidad de observar la relación entre madre-hijo, pues es interesante ver cómo es que las actitudes influyen en el proceso de adaptación personal en los niños y la importancia del papel materno en el desarrollo infantil.

Este procedimiento se basará en el cuestionario de alimentación y salud para niños/as y para madres (*Gómez Pérez-Mitre, Alvarado y Moreno, 1999*). Posteriormente se hará una correlación de Pearson entre dos grupos: el primero será de 30 niñas (mujeres), con sus respectivas madres, y el segundo de 30 niños (varones), con sus respectivas madres se obtendrá así una muestra de 60 individuos, en los que se observará si hay mayor influencia de la madre en alguno de estos grupos.

De acuerdo con lo anterior, se inicia este tema haciendo referencia a la alimentación y a la obesidad hablando de los trastornos alimentarios, la importancia de los mismos y sus consecuencias, factores de riesgo e imagen corporal, como es que el niño constituye su propia imagen a través de la madre

y diferentes autores que apoyan este aspecto; se continúa con la relación madre-hijo, describiendo en este apartado diferentes teorías en el desarrollo psicológico del niño, características maternas influencias y repercusiones de éstas en la personalidad de los niños, seguida por el capítulo de la familia, el entorno y los hábitos alimenticios marcando la importancia de los medios de comunicación y de los familiares, como modelo a seguir para los niños que puede afectar o beneficiar el desarrollo físico y mental de todo individuo y por último, se presentan la metodología para fundamentar la situación que se quiere investigar en este caso, la madre como factor de riesgo en la percepción de obesidad en niños y niñas de 9 a 11 años dando una explicación de la influencia de la figura materna en la constitución de la imagen corporal del niño, de los resultados derivaron las conclusiones, sugerencias y limitaciones.

CAPITULO 1. ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD

Para que el individuo pueda desempeñar sus actividades cotidianas, es necesario que realice una actividad vital que ha estado presente desde el inicio de su vida. Tal actividad es la alimentación, que surge desde antes del momento del nacimiento en donde la supervivencia es el impulso que lleva a la succión del seno materno, cubriendo la función de nutrir y dar paso al desarrollo. Por medio de la alimentación materna se cubren las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé que incluyen el placer del ser alimentado. Por esto la alimentación al ser un acto básico para la supervivencia, puede verse modificado al cabo de los años en la vida del sujeto y de la historia en general.

Si nos remontamos en el pasado a los cambios que el hombre ha vivido en su apariencia y en la tecnología, podemos darnos cuenta que los alimentos son el elemento más estable de la cultura, son el enlace con el antiguo estilo de vida de un sujeto. El tipo de alimentos, el modo de prepararlos, el modo de comerlos, e incluso su función psicológica como lo son hábitos que transmiten los padres constituyen un eslabón que une al presente con el pasado y que subsiste a veces sin romperse durante varias generaciones. Aunque esto no significa que los hábitos alimenticios no se puedan cambiar.

Haremos un poco de historia para entender cómo el contexto social ha modificado a través del tiempo los hábitos alimenticios. En la antigüedad el hombre era un mero consumidor de los alimentos que podía coger con la mano; no fue cazador hasta más tarde. Los alimentos que los hombres de

todos los pueblos han comido en todo el mundo a lo largo de los siglos son de una variedad inimaginable.

El hombre se convirtió en agricultor hace unos 10 000 años y éste es quizás el hecho más revolucionario que registra la historia de la humanidad. La agricultura hizo posible la aparición, el desarrollo y la prosperidad de las ciudades, centros de comercio y de civilización que subsisten gracias a la estabilidad que les proporciona un suministro de alimentos regular y abundante.

Desde hace tiempo, el hambre ha sido uno de los azotes de la humanidad; sin embargo, en épocas diversas de la historia, los transportes y las comunicaciones han contribuido a aliviar o agravar las situaciones de carestía. En una determinada ciudad reinaba la carestía mientras en otra, a pocos kilómetros de allí, reinaba la abundancia.

El feudalismo dio la propiedad de la tierra a nobles señores que muy poco se interesaban por la agricultura. No era frecuente que los nobles y los ricos burgueses pasaran hambre. Más bien todo lo contrario. Comer con exceso había llegado a ser un símbolo de situación social elevada; en la literatura medieval son frecuentes las alusiones a la gula como pecado mortal típico de la nobleza.

A pesar de que en otras épocas el exceso de peso se consideraba signo de belleza, salud y status social, en la actualidad esta situación es muy distinta. A los problemas o riesgos de salud se añaden cuestiones estéticas y sociales, que, sin duda, pueden generar otros problemas de tipo psicológico. Según parece, los factores sociales ejercen una influencia en la prevalencia de la obesidad.

Existen muchos factores que dan pie a la obesidad que hasta cierto punto son producto de la sociedad moderna. Las oportunidades y actividades para el consumo significativo de energía han disminuido en la última década por las condiciones de vida suburbana.

La televisión se ha relacionado con el aumento de la obesidad e hipertensión en niños. Todos estos factores como lo son el estar sentado, el no tener horarios establecidos en la comida, la falta de tiempo, etc., facilitan que los ciudadanos modernos, adultos y niños por igual, coman más y hagan menos ejercicio y que por lo tanto alcancen un balance energético positivo; es decir, que debido a no realizar ninguna actividad (sedentarismo) se almacene mayor cantidad de grasa, produciendo obesidad.

Debido a esto es importante mencionar que el sujeto debe encontrar armonía en cuanto a su nutrición, pues cada uno es responsable de lo que se lleva a la boca; es por esto que a continuación se mencionarán algunas teorías acerca de la manera en que cada sujeto suele alimentarse, para darnos cuenta que siempre ha existido una preocupación por la alimentación.

La teoría de los humores de Erasístrato (250 AC.), según la cual toda criatura viviente, como toda sustancia, es en grados variables húmeda, seca, caliente y fría, suscitó no pocas modas alimentarias, derivándose así varias teorías que son aplicadas aún en la actualidad, tales como la teoría fitognomónica, el vegetarianismo, y la teoría de la masticación.

La teoría fitognomónica, cuyo primer exponente fue Gianbatista Porta, de Nápoles, en 1588, sugería que al ingerir plantas perennes o longevas se alargaba la vida y, de lo contrario, las de vida corta la abreviaban.

El vegetarianismo, fundado con motivos religiosos o filosóficos, es conocido en muchas partes del mundo desde hace miles de años; es uno de los más sonados en la actualidad, el cual consiste en la ingesta única de vegetales; uno de los primeros teorizantes del vegetarianismo fue el Rev. William Metcalf.

A principios del siglo XX el norteamericano Horace Fletcher, expuso la teoría de la masticación insuficiente, como causa de todos los problemas de salud que se planteaban al hombre. Fletcher recomendaba que se masticara cada bocado hasta transformar los sólidos en líquidos. Un consejo difícil de seguir, a menos de pasar una buena parte del día masticando; pero, dejando de lado esta consideración, no es dudoso que el masticar bien las comidas es una práctica buena en sí y con frecuencia descuidada.

Las teorías alimentarias no son más que un aspecto del problema de la moda en la comida. Además de las teorías hay manías colectivas que nacen al calor de la publicidad. Esto ha dado origen, entre otros factores de tipo intrapersonal, a lo que hoy conocemos como trastornos alimenticios.

1.1 Trastornos alimenticios

La conducta alimentaria a pesar de ser una necesidad de origen nutritivo rodeada de una gran variedad de opciones de ingestión para el sujeto, puede presentar ciertos trastornos que muchas veces suelen ser de gravedad. Dentro de los principales trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y la obesidad. El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994)) señala y describe a

los dos primeros como trastornos, mientras que la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE (2001)). A continuación se mencionan algunas de las características de dichos trastornos para poder conocer más acerca de su origen y diferenciar si las causas de éstos son de tipo psicológico o fisiológico.

Anorexia Nervosa

Alvarado y Moreno (2000) dicen que el término anorexia proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito, mientras que el adjetivo *nervosa* expresa su origen psicológico, lo que afirma que las personas que padecen anorexia nervosa sí sienten hambre aún cuando afirman no sentirla. La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

A continuación se presentarán las Características Clínicas Psicológicas descritas en el DSM-IV (1994)

Las características esenciales de este trastorno consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, es un miedo intenso a ganar peso con una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Las personas tienen un miedo intenso a convertirse en obesas y generalmente este miedo no desaparece aunque el sujeto pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo y mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nervosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta en el aumento de peso.

Generalmente, la pérdida de peso se obtiene con la disminución de ingestión alimenticia. A pesar de que los individuos comienzan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría terminan con una dieta sumamente restringida y limitada a muy pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como el uso de purgantes (laxantes, provocar vómitos, diuréticos) o el ejercicio excesivo.

En cuanto al nivel de autoestima de estas personas depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y ven al aumento de peso como un fracaso. Algunas personas están conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Existen dos subtipos de la anorexia nervosa:

- Tipo restrictivo: En este subtipo las personas que padecen el trastorno logran la pérdida de peso por medio de dietas, ayunos y ejercicio intenso.

- Tipo compulsivo o purgativo: En este subtipo los sujetos recurren a las purgas y a los atracones o muchas de las veces combinan ambos, también hacen uso de diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva y algunas veces suelen provocarse vómito incluso después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida.

Bulimia Nervosa

El término bulimia proviene del griego *bous* buey *limos* hambre y se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Las características principales de este trastorno según el DSM-IV (1994) consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Los sujetos que la padecen se evalúan por medio de una influencia excesiva de su silueta y su peso.

Para una comprensión mejor de este trastorno, se definirá atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto (menor a 2 horas), de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían.

Los atracones, pueden no producirse en un solo lugar y suelen ser caracterizados por una ingesta rápida de alimento, falta de control por lo que de esta manera provocan sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas, por lo que los atracones los realizan a escondidas o muy disimuladamente, éstos pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor abdominal.

Dentro de este trastorno se presentan conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso, como la provocación de vómito, que permite la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso.

Existen 2 subtipos de bulimia nervosa:

- Tipo purgativo: Aquí el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: El individuo emplea otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso pero no

recurre con regularidad a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los sujetos que presentan bulimia nervosa generalmente tienen un peso normal aunque pueden presentar ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad.¹

Las consecuencias son parecidas a las de la anorexia nervosa, pero debido a los vómitos pueden presentar: pérdida significativa y permanente del esmalte dental, glándulas salivales aumentadas de tamaño (en algunos sujetos), irregularidades menstruales, desgarramiento en el esófago, arritmias cardiacas, entre otros. Además de las consecuencias psicológicas implicadas en el individuo y la familia. Alvarado y Moreno (2000).

Obesidad

Es importante mencionar que muchas veces el término obesidad y sobrepeso son utilizados como sinónimos, pero no lo son, ya que existen indicadores médicos que establecen claramente la diferencia entre ambos.

Stalonas (1989) y Saldaña (1991) “Según la medicina, un obeso es aquel sujeto cuyo peso excede el 20% del que sería el adecuado considerando su edad, sexo, talla y complexión física, y esto se acepta como una referencia válida tanto en poblaciones adultas como en infantiles.”.

El término sobrepeso debería aplicarse cuando el peso del cuerpo es superior al 10% ó 15% del ideal, por tanto si dicho porcentaje supera el equivalente a un 20%, la probabilidad de acumular grasa corporal se incrementa considerablemente. El sobrepeso no hace referencia a la acumulación de grasa corporal sino al exceso de peso corporal.

¹ DSM-IV, 4 ed, (Masson, Barcelona, 1994),

Después de esta aclaración, se presenta a continuación algunas definiciones de obesidad:

Obesidad: “Es la acumulación excesiva de grasa corporal; trastorno complejo y crónico que se desarrolla como consecuencia de la interacción de múltiples factores: genéticos, fisiológicos, metabólicos, conductuales, sociales, y culturales, asociada a un incremento en la morbilidad y mortalidad”.²

Obesidad: “La obesidad es una alteración en el balance de energía en los alimentos, excede el consumo y el exceso se almacena como grasa en vista de que el tejido adiposo es el único órgano capaz de almacenar grandes cantidades de energía química”.³

Obesidad: “La obesidad a diferencia de la anorexia y la bulimia nervosa no es considerada un trastorno psiquiátrico. Consiste en una excesiva acumulación de grasa corporal, que puede provocar un riesgo en la salud cuando el peso supera en un 30% el peso que corresponde por la edad y talla; puede ser considerada también como un desequilibrio entre la energía ingerida y la energía gastada, que da lugar a mayor energía almacenada”. Saldaña y Rossell (1988).

Obesidad: “Trastorno Crónico con etiología diversa, problema cosmético reconocido como serio problema de salud pública”.⁴

Obesidad: “Se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un exceso de peso”.⁵

² LAMEIRAS FERNÁNDEZ, María, *Trastornos de la Conducta Alimentaria del Tratamiento a la Prevención*, (Tórculo Artes Gráficas, Santiago de Compostela, 2001), Pág. 89.

³ BARNES, Lewis A, *Manual de Nutrición Pediátrica*, 3ª edición, Tomo II, (Comité de Nutrición American Academy of Pediatrics, 1993), Pág.301.

⁴ VARGAS ANCONA, Lizardo, *et al*, “Obesidad en México”, *Consensos Funsalud*, Volumen I, Avila Rosas Hector, México 1997, Fundación Mexicana para la Salud (Institución Privada al Servicio de la Comunidad), Pág. 11, total de Págs. 28.

Como podemos darnos cuenta, la definición de obesidad es similar en ciertos aspectos desde el punto de vista de diferentes autores, pero en este trabajo se hará referencia a la siguiente, debido a que guarda relación con el fenómeno a investigar:

Obesidad: Es la acumulación excesiva de grasa corporal; es un trastorno complejo que se desarrolla debido a múltiples factores: genéticos, fisiológicos, metabólicos, conductuales, psicológicos, nutrimentales, sociales, y culturales, donde los psicológicos juegan un papel determinante, dado a que, en el sujeto, no solo cambia y se deforma su apariencia física al aumentar de peso, sino la emocional, terminando de esta forma con la autoestima, seguridad y cuidado e interés hacia sí mismo.

1.2 La obesidad infantil

Es necesario mencionar la clasificación de la obesidad pues por medio de ésta se pueden observar aspectos importantes de su aparición y distinguir de esta forma si es causada por una mala alimentación o si es de tipo emocional como el comer a causa de un malestar producido por un sentimiento, o que surja a causa de una alteración de tipo genético.

Existen, básicamente, dos tipos de obesidad:

I. Obesidad androide: “consiste en una acumulación excesiva de grasa a nivel del abdomen (tronco). Más común en varones, este tipo de obesidad está muy ligada al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes

⁵ GARCÍA-CAMBA, Eduardo, *Psiquiatría Médica, Avances en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Obesidad*, (Masson, Barcelona, 1999), Pág. 322.

mellitus tipo II y la hipertensión. Sin embargo, responde bien a un incremento de gasto energético debido al ejercicio físico”.

II. Obesidad ginoide: “Consiste en una acumulación excesiva de grasa a nivel de glúteos y muslos. Más común en mujeres. Este tipo de obesidad no se encuentra tan relacionado con el riesgo de desarrollar las enfermedades mencionadas, pero responde peor que la obesidad androide al gasto de energía debido al ejercicio físico”.⁶

La obesidad puede distinguirse en función de la edad de su aparición infantil y adulta. Algunos autores clasifican la obesidad en función del nivel de sobrepeso. Stukard (1984) distingue tres categorías: leve, moderada, severa ó grave, en función del porcentaje total de peso excesivo, en donde el tratamiento también debe ser determinado por el tipo de obesidad que se padezca.

La *obesidad leve*: Es la que presenta un exceso de peso, que va desde el 20% a 40%, sobre lo que se considera “ideal” y su tratamiento puede llevarse a cabo mediante la ayuda de un nutriólogo y solamente estableciendo una dieta adecuada y un programa de ejercicios físicos.

La *obesidad moderada*: Es la que presenta un aumento de peso que oscila entre 40% a 100% respecto al peso normal y generalmente además de la dieta y el programa de ejercicios, requiere de algún medicamento inhibidor del apetito. En estos casos, la ayuda de un psiquiatra también puede ser muy valiosa.

⁶ JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, Manuel, *Psicopatología Infantil*, (Aljibe, 1995), Pág. 226.

La *obesidad severa o grave*: Es la que presenta un peso superior al 100% del normal y el tratamiento lo debe definir el médico, ya que requiere de dietas y ejercicios especiales, ayuda psicológica y sólo en raras ocasiones o problemas muy severos se recomiendan las cirugías para reducir el tamaño del estómago o extirpar alguna parte del intestino delgado.

Hay aspectos importantes a considerar en la aparición de la obesidad, en los cuales intervienen diversos factores como son:

Masticación y deglución: ambas son conductas motoras que el menor debe aprender, tiene que masticar de manera correcta, es decir, varias veces un mismo bocado. Los padres en este punto deben ofrecer al menor alimentos de su agrado en cuanto a sabor, aroma y color; se le debe dedicar tiempo suficiente a la comida y evitar la rapidez, ya que el masticar la comida varias veces lleva tiempo lo cuál ayuda al cerebro a mandar al estómago la señal de estar satisfecho sin haber consumido grandes cantidades de comida, disminuyendo así el riesgo de padecer obesidad.

Horarios: es importante que los padres establezcan una hora determinada para comer, pues de esta forma se podrán dar cuenta del tipo de alimentos que sus hijos consumen y así evitarán que el niño ingiera cantidades mayores de calorías o que su alimentación sea inadecuada o deficiente y así poder acostumbrar al estómago a trabajar adecuadamente y evitar padecimientos como lo es el estreñimiento que provoca un aumento de peso.

Hábitos: para crear buenos hábitos de alimentación, ésta debe ser variada, con un ambiente agradable y placentero, evitando premios y castigos relacionados con la comida, pues en el caso de ser los alimentos considerados premios satisficieran otros deseos y no cumplirán la función alimenticia, de esta forma se pueden convertir en un problema a futuro para el sujeto al poder provocarle obesidad. Por lo que no hay que olvidar el papel que juegan los padres en la adquisición de hábitos del menor, pues ellos son un modelo para el niño que va a aprender imitando las actitudes de los adultos que están a su alrededor.

Inapetencia: este punto es un tanto polémico, debido a que puede llegar a ser totalmente subjetivo, pues al momento de alimentar al niño la madre o la persona que se encargue de hacerlo puede pensar que no lo está haciendo adecuadamente y que necesita una mayor cantidad de comida; sin embargo, se debe descartar un padecimiento médico y no obligar al menor a comer si éste no quiere, pues se puede producir un efecto de rechazo a los alimentos o, lo contrario, que coma en exceso y por lo tanto que se vuelva obeso.

Tipo de “dieta”: en los menores es recomendable una “dieta” variada, proporcionada y rica en vitaminas, proteínas, minerales, etc. La deficiencia de estos elementos que proporcionan energía, pueden causar al niño problemas en su desarrollo mental, dando origen a inadaptaciones escolares, falta de concentración, problemas de aprendizaje y de comportamiento efectos en el crecimiento físico,

desarrollo intelectual, disfunciones de diversos órganos, menor crecimiento corporal, en especial si se produce en las primeras etapas de la vida cuando la velocidad de crecimiento es mayor. En cuestión de postres, se recomienda que si son golosinas sea moderado el consumo y sería mejor sustituirlas por frutas, para evitar la aparición de obesidad.

La obesidad en los niños, en su mayoría, es la consecuencia de una ingestión energética excesiva y/o un gasto energético reducido. De esta manera se vuelve un poco complicado el poder clasificar la obesidad en infantes. Debido a esto, anteriormente se hizo la clasificación de la obesidad en general, para poder tomar como parámetro los 2 tipos mayormente reconocidos como indicadores de obesidad en adultos, por lo que de igual forma en el caso de los menores se pueden considerar dos grandes tipos de obesidad que son más específicas, pero toman en consideración los indicadores en adultos:

- I. Obesidad nutricia (exógena, simple).
- II. Obesidad orgánica (mórbida, intrínseca, endógena).

El primer grupo constituye 95% de los casos de obesidad en niños y el 5% restante corresponde a síndromes dismórficos, endocrinopatías y lesiones en el sistema nervioso central.

I. Obesidad nutricia: obesidad debida a una ingesta calórica superior a la necesaria, para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. La composición de la dieta es otro factor etiológico en la obesidad importante, que va a depender del sujeto; si éste es menor y dependiente de sus padres la responsabilidad de una dieta equilibrada es de ellos.

En la sociedad moderna en la que nos encontramos, la generación de aparatos electrónicos nos empujan a realizar un menor gasto energético e influyen positivamente en la tendencia hacia la obesidad. Recientes estudios han demostrado que la disminución del gasto energético es más importante que el incremento en la ingesta calórica como causa de obesidad. Al mismo tiempo estas observaciones de predicción de ganancia de peso en niños y adultos con una reducción en el gasto energético, nos indican la importancia de los cambios de patrones en la actividad física en los sistemas reguladores de almacén, distribución y utilización de calorías.

II. Obesidad orgánica: Obesidad producida por disfunción de los sistemas endócrinos o metabólicos. Como su nombre lo indica, este tipo de obesidad se presenta como perteneciente al sujeto, debido a que surge desde el interior del organismo. Se distinguen las obesidades difusas, a menudo constitucionales, que aparecen en la infancia o en la adolescencia; las obesidades ginoides, más frecuentes en la mujer, que predominan en la parte inferior del cuerpo (caderas, nalgas) y las obesidades androides, más frecuentes en el hombre, en las cuales la sobre carga adiposa se localiza en el cuello, los hombros y el epigastrio.

En este último tipo de obesidad, son más frecuentes las complicaciones vasculares y metabólicas (diabetes, hipertensión, hiperlipidemia); si hay un avance progresivo de la enfermedad puede producir la muerte del menor.

1.3 Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria

Se entiende como factor de riesgo todo aquello que incrementa la probabilidad de que se presente un determinado tipo de conducta alimentaria.

Entre los factores más conocidos relacionados con la conducta alimentaria se encuentran:

- I. Conducta alimentaria de riesgo, dividida a su vez en:
 - a) conducta compulsiva
 - b) conducta alimentaria compensatoria
 - c) dieta crónica.
- II. Seguimiento de dieta restrictiva.
 - a) La conducta alimentaria compulsiva es un comportamiento caracterizado por una ingesta excesiva de alimentos y de manera constante; el sujeto se harta, come más rápido que los demás y en ocasiones come sin darse cuenta.
 - b) La conducta alimentaria compensatoria es mediante la cual el sujeto encubre o disfraza una actitud indeseable como comer sin parar, simulando una deseable ante otras personas como el comer adecuadamente en ese momento, exagerando sus manifestaciones.
 - c) Al hablar de dieta crónica, se entiende como el conjunto de comportamientos relacionados con el peso corporal que realiza un individuo, puede ser consumir menor cantidad de alimentos,

alimentos bajos en calorías, de manera recurrente, continua o de larga duración. Gómez PeresMitré Gilda (1998).

II. El seguimiento de dieta restrictiva es el conjunto de comportamientos con intenciones relacionadas con el peso corporal que realiza un individuo y que tiene que ver con conductas o prácticas de evitación. Estas prácticas de evitación se relacionan con el consumo de alimentos altos en grasa y carbohidratos, asimismo, con la práctica de ayunos, saltarse comidas y con el uso de inhibidores de hambre.

Los humanos poseemos una tendencia, casi universal y crónica, de ganar peso en cuanto nos descuidamos. Aunque esto no parece lógico, se llega a creer que algo está fallando en el sistema regular interno del cuerpo, debido a la *no* aceptación del desorden alimenticio.

Muchas personas creen que el estar gordo u obeso es signo de buena salud, y como un ejemplo sólo basta escuchar a las mamás que están felices porque su hijo “gordito” cada día gana más peso, sin que se tome en cuenta que eso no significa, necesariamente, que esté sano. La evaluación periódica del crecimiento en todo niño, determinando la progresión e interrelación del peso y de la estatura, ayuda a poder establecer de manera oportuna y adecuada la existencia de sobrepeso y obesidad.

Abraham y Nordsieck (1960) en un estudio de seguimiento (longitudinal), realizado durante 20 años a 120 niños obesos y no obesos, hallaron que la mayoría de los niños obesos se convirtieron en adultos obesos. Aunque tales estudios son algo difíciles de evaluar, hay razón para creer que la obesidad en niños de edad escolar y adolescentes predispone a la obesidad en la vida adulta, aunque existen determinantes genéticos. En todos los casos el sobre

peso y la obesidad se producen por la combinación de una ingesta de calorías elevadas y la disminución en el tiempo dedicado a la realización de actividades físicas.

La obesidad vista como problema sanitario y, como factor de riesgo para la salud, es plenamente rechazable, debido a que puede ser evitada; sin embargo, nuestra sociedad no sólo rechaza la obesidad sino también a los obesos.

Cormillot (1977) refiere “La tendencia de que la obesidad infantil persista hasta la vida adulta es bien conocida. Los lactantes con sobrepeso tienen mayores probabilidades de convertirse en adultos obesos que los lactantes delgados. Identificar a edad temprana a los que están en riesgo como: hijos de padres obesos, los que aumentan de peso con rapidez durante la lactancia y los que tienen madres que usan la comida como medio para controlar la conducta. Es de gran ventaja descubrirlos pues el niño en, este periodo, transforma el alimento en una recompensa y paliativo emocional y la comida se convierte en un sedante de tensiones y satisfacción de otros deseos, más que en pura necesidad alimenticia, lo cual lleva a determinar que la obesidad puede ser producto de un problema emocional y no fisiológico”.

A continuación se hará referencia a los factores más comunes en el desarrollo de la obesidad infantil, ya que son los que contribuyen a la explicación de las causas de obesidad en donde destacan los de naturaleza genética ó biológica, los de origen físico, los de carácter psicológico y los de nutrición.

Factores genéticos o biológicos

Es interesante saber de una manera más completa el origen de la obesidad y la mejor forma es investigando su origen genético, pues hay una gran influencia en el desarrollo o predisposición a cualquier enfermedad, debido a la herencia que tenemos de nuestros padres, dado que los genes son los que nos constituyen y los que pueden marcar el tipo de persona física que somos. Aunque es difícil cuantificar la importancia relativa de los aspectos genéticos y del medio ambiente, las influencias genéticas son considerables en la aparición de la obesidad.

Por mucho tiempo se consideró que la obesidad era resultado de un estilo de vida sedentario, unido a un consumo en exceso de calorías, pero en la actualidad existen evidencias de influencias genéticas poderosas para el desarrollo de este trastorno. Estudios genéticos recientes confirman importantes determinantes genéticos en algunos tipos de obesidad. Estudios realizados en animales han identificado un gen que, cuando se inutiliza por mutación, causa obesidad, al igual que el gen POMC y el MC4R. El gen normal produce una proteína llamada "leptina" que controla el apetito. Cuando la leptina es defectuosa, los ratones comen una cantidad intensa de grasa; cuando se complementa la leptina, los ratones pierden peso. Estudios en humanos confirman la existencia de un gen humano casi idéntico. Se ha establecido la hipótesis de que dosis extras de leptina pueden ser eficaces en la reducción de la obesidad humana.

Existe también una hipótesis del **Gen Ahorrador**. Según James Neel (1962), este gen surge y predispone al sujeto a padecer obesidad, debido a la

ventaja que tenía el ser obeso en tiempos de hambruna, por lo que la utilización más eficiente de la comida era “almacenarla” (el cuerpo se encargaba de hacerlo) pues en períodos de abundancia los depósitos de grasa y aumento de peso corporal permitían al sujeto sobrevivir hambrunas. Por lo tanto, la obesidad es resultado de la interacción entre múltiples genes y el ambiente.

Los mecanismos que controlan el peso corporal a nivel fisiológico incluyen la percepción de hambre, una respuesta innata no condicionada y fisiológica hacia la necesidad de recibir alimentos, parcialmente modulada por las contracciones gástricas y las concentraciones de glucosa en sangre, los ácidos grasos libres, el glicerol, la insulina y los aminoácidos.

La percepción de saciedad es aquella que envía la señal de que se han consumido suficientes alimentos y es por medio de ésta que el sujeto detiene el consumo de alimentos, pues está completamente satisfecho. Estudios realizados en animales indican que tanto el mecanismo que controla el peso como el de la percepción del hambre, están modulados por regiones hipotalámicas.

Factores físicos

Diversos factores físicos se han relacionado con la obesidad aunque no se ha identificado que alguno de ellos sea verdaderamente causal.

1. El sexo: hay más mujeres y niñas que hombres y niños con obesidad a consecuencia de que los humanos y los mamíferos humanos se encuentran entre los mamíferos con más grasa el recién nacido humano esta compuesto por alrededor de un 14% de grasa y para los 18 años

- de edad el promedio en los hombres es de alrededor del 12% de grasa y el promedio para las mujeres es de cerca de 25%.
2. El aumento rápido de peso durante la infancia: los niños obesos son más propensos a ser obesos a mayor edad y la presencia de obesidad en la familia, porque al engordar hay un aumento de tejido adiposo que se asocia con un aumento tanto en el tamaño de los adipocitos como en el número de estos, los cuales ya no pueden ser reducidos ni en número ni en tamaño, por lo que la obesidad que se presentó en la infancia tiende en una mayor probabilidad a ser obesidad de inicio en la edad adulta que se asocia sobre todo con aumento en el tamaño celular. Tanto el tamaño como el número de las células aumenta en proporción al contenido de grasa corporal.
 3. Los hábitos alimenticios y de ejercicio representan los efectos del acondicionamiento familiar pues existe un programa conductual de aplicación familiar que consta de cambios en las costumbres alimenticias y la realización de ejercicio que dio resultados a las familias que lo siguieron, utilizando vigilancia continua y frecuente. El tratamiento de la familia y no solo del niño obeso es importante para lograr resultados a largo plazo.⁷

Se debe considerar como sujeto de alto riesgo de desarrollar obesidad a todo niño que presente una o más de las siguientes características físicas:

- a) Peso bajo al nacimiento, acompañado o no de estatura baja.
- b) Presencia de obesidad en ambos padres.
- c) Antecedentes de obesidad en familiares de primer grado.

⁷ COMITÉ DE NUTRICIÓN, American Academy of Pediatrics, *Manual de nutrición pediátrica*, 3ª edición, Tomo II, editor: Dr Lewis A. Barnes, traducción por intersistemas S.A. de C.V. (Intermedica inc Norwalk, Conn, Illinois, 1993) Pág. 304-306.

- d) Hijos únicos o familias con 3 ó menos hijos.
- e) Familias en las cuales ambos padres trabajan.
- f) Niños con aislamiento social, con problemas familiares afectivos o ambos.
- g) Consumo frecuente de alimentos con un contenido elevado de grasas y calorías, particularmente si éstos son industrializados (frituras de maíz o papa, pastelillos, pizzas, carnes empanizadas, etc.).
- h) Consumo frecuente de bebidas azucaradas.
- i) Más de 3 horas al día en el tiempo dedicado a la realización de actividades sedentarias, dentro de las que se incluyen los trabajos escolares para realizar en casa.⁸

Algunos individuos tienden a aumentar de peso en algunas situaciones de la vida: por falta de satisfacción en el trabajo o en la escuela, depresión, frustración en las metas profesionales, migración, falta de aceptación paterna o de grupo, etc.; esto ha llevado a la hipótesis de que el consumo excesivo de alimentos o el consumo normal de alimentos con disminución en la actividad física representa un ajuste o mecanismo de adaptación. En la actualidad, la estigmatización de la obesidad parece que se va adoptando en nuestra sociedad, lo cual produce un mayor miedo al aumento de peso por parte de personas que están en un rango normativo.

⁸ CALZADA LEÓN, Raúl, *et al*, "Conclusiones de la reunión nacional del consenso sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes" *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 59, Agosto de 2002, Monthly Publication. No. 8, Pág. 520,521.

Factores Psicológicos

La importancia que se otorga al papel de la obesidad, en su relación con aspectos de carácter psicológico, es muy importante ya que en este sentido los sujetos obesos presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, un nivel de ansiedad elevado y baja autoestima. En ese sentido parece existir un acuerdo generalizado en torno a la influencia de los valores culturales.

Según Kessler (1966) Freud consideraba que aquellos sujetos que no superaban determinadas etapas del desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica y genital) podrían presentar problemas de ajuste en su edad adulta, en función de las experiencias tempranas con la alimentación que hubiese tenido el sujeto en su infancia (por ejemplo, alimentación con biberón, leche materna y edad de destete).

En algunos casos podrían provocar ciertos niveles de ansiedad durante la etapa oral, constituyéndose en las causas subyacentes de problemas de alimentación específicos en los adultos.

Ana Freud⁹ sugirió una clasificación de los problemas alimenticios de los niños, en función de los orígenes subyacentes al conflicto:

Así, distinguía entre cambios o defectos orgánicos (por ejemplo daño cerebral) que disminuían el impulso para sobrevivir provocando una reducción de la ingesta alimentaría, provocado por factores emocionales; y trastornos neuróticos en la alimentación, como extensión de los anteriores, que acaban interiorizándose en el individuo, siendo éste el factor más utilizado, durante la década de los 50's, por psicoanalistas en la explicación de la obesidad.

⁹ Jiménez Hernández Manuel, op. Cit. 229. Pág. 25,26

Alprovich (1988), Slochower (1987), intentan confirmar o reformular las posiciones psicoanalíticas originales. De acuerdo en sus resultados, la sobreingesta alimentaría se debe a niveles de ansiedad elevados que podrían explicarse en base a problemas en etapas orales y genitales, además de una falta de identificación con la figura paterna.

Bruch y Kaplan (1957) parten de la consideración de que los sujetos obesos ingieren más cantidad de alimentos de la que realmente necesitan, debido a estados emocionales, fundamentalmente ansiosos. Concretamente Bruch (1970) encontró que los sujetos obesos eran incapaces de percibir sus sensaciones corporales internas entre ellas, el hambre y que se guiaban por estímulos externos relacionados con experiencias emocionales. Según Saldaña y Rossell (1988), la evidencia empírica no apoya la noción de que la ingesta alimenticia reduzca la ansiedad. Ésta considerada como una respuesta incompatible sobreaprendida, inicialmente, a través de reforzamiento positivo.

Feldman (1988) sugiere que es muy importante la repercusión que la obesidad tiene sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño. En general, las personas afectadas con obesidad no están bien consideradas en la sociedad en los medios de comunicación los niños y los adultos obesos suelen desempeñar un carácter cómico.

Staffieri (1967) señala que un niño de 7 años ya ha aprendido las normas de atracción cultural y de aquí que elija sus compañeros de juego en base a sus características físicas y refiere que hay muchos niños que llegan hasta el punto de preferir elegir para el juego a un niño con una discapacidad antes que a un niño obeso.

Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y aumento del consumo de alimentos, lo que a su vez agrava o perpetúa la obesidad.

Brunch (1974) sostiene que la obesidad en la infancia no es una condición uniforme. Puede variar desde un sobrepeso leve, durante períodos de inactividad o exceso de alimentación temporal, hasta grados severos y grotescos de aumento de peso que deformen al niño, acompañados de un pobre funcionamiento en todas las áreas de su vida.

Debido a la frecuencia de alteraciones psicológicas en niños con sobrepeso y obesidad, se debe preparar, apoyar al sujeto y a la familia para el cambio de hábitos, estimular el desarrollo social, desarrollar y fortalecer la autoestima, la autonomía y el autocontrol y abordar los aspectos psicológicos y sociales involucrados en la presencia y mantenimiento de la obesidad. De este modo el apoyo emocional es muy importante en los niños que han sufrido burlas y abusos. Los niños con obesidad "situacional", a consecuencia de situaciones de estrés, merecen la comprensión del problema, tranquilidad y apoyo, haciendo énfasis en los aspectos potencialmente satisfactorios de la vida y ayudándolos a resolver sus problemas; también es útil establecer metas realistas de pérdida paulatina de peso y orientar a los padres, pues ellos juegan un papel importante, en ayudar a superar esta situación a sus hijos.

Sin embargo, hay que tomar muy en cuenta que el comer, a pesar de ser ineficaz, representa la mejor manera de adaptación que estas personas han

podido alcanzar sin la comodidad del comer. La vida puede volverse tan amenazadora y carente de satisfacciones que existe riesgo de enfermedades mentales graves si se obliga a reducir el consumo de alimentos, ya que el consumo excesivo de éstos puede haber sido recibido como una manera de consolidar la relación madre-hijo y que en niños de mayor edad, el aumento en las dimensiones corporales puede significar una sensación de mayor importancia personal.

El cuerpo obeso puede representar una protección, un caparazón, una barrera o una máscara como defensa para protegerse de la inseguridad, dependencia y ansiedad; las personas que sufren de sobrepeso persiguen en la vida su derecho a ser amadas y reconocidas, en la mayoría el conflicto es inconsciente. Con frecuencia los niños obesos han sido tratados como posesiones preciosas desde sus primeros años por unos padres frustrados y comúnmente obesos, cuya única respuesta a las necesidades de sus hijos era llenarlos con comida. Por otra parte, los factores no conductuales, incluyendo un mayor deseo fisiológico por la comida, se puede manifestar como una aparente necesidad fisiológica, la negación en la percepción de los individuos obesos acerca de su problema mediante afirmaciones como “en realidad no como tanto”, “debo estar comiendo los alimentos incorrectos”, “algo debe andar mal con mi metabolismo”, etc.

Las dificultades en la comunicación pueden favorecer la aparición de desórdenes alimenticios y, por lo tanto, hay que tomar en cuenta el entorno, aspectos culturales, familiares y la predisposición personal a padecer estos trastornos.

La obesidad puede deberse a un factor hereditario, pero el medio ambiente tiene una gran influencia. Si un niño se cría en un hogar donde en la despensa sólo hay frutas, verduras y alimentos vigilados, tendrá menos probabilidad de engordar; de igual forma, los padres deben restringir las actividades sedentarias a 2 o menos horas al día. Las escuelas también deben disminuir las tareas designadas para casa a no más de 2 horas al día.

Debido a esto, se dice que los problemas psicológicos y sociales que causan la obesidad dan como resultado particularmente una imagen pobre y lesionada de sí mismo, aislamiento social, disminución de expresividad afectiva, auto agresión, promiscuidad, adicciones (alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas, etc.), alteración en el patrón de alimentación que se va al otro extremo (anorexia, bulimia), enuresis, encopresis, maltrato físico y ausencia afectiva.

Factores de Nutrición

Es importante tomar en cuenta estos factores debido a la importancia que tienen en relación con la producción de la obesidad, pues éstos llegan a ser considerados como una de las causas principales de la aparición de la obesidad debido a una mala proporción de los alimentos que producen energía que muchas veces son confundidos por los padres que tienen el afán de alimentar adecuadamente a sus pequeños. Por lo tanto, es importante que los términos nutrición y alimentación no sean utilizados como sinónimos, por eso se definirán de la siguiente manera:

Nutrición: Conjunto de procesos mediante los cuales nuestro organismo recibe y utiliza sustancias en los alimentos necesarios para el mantenimiento de sus funciones, para el crecimiento y renovación de sus estructuras.

Alimentación: Esta surge por iniciativa propia. Puede pensarse que es el comportamiento lo más importante que hay que modificar, ya que así la alimentación va guiada por éste y puede convertirse en un constante riesgo para la salud del hombre, dado a que se va habituando y junto con el sedentarismo se engloban en lo que se denomina hoy genéricamente como “estilo de vida”.

Como se puede observar, van de la mano ambos conceptos pero son significativamente diferentes pues de la nutrición se encarga nuestro organismo el cual va a seleccionar lo que requiera de los alimentos que se le proporcionan. Debido a esto, en los niños es muy importante hacer un adecuado balance, explicando y guiando de manera adecuada a los menores.

Las medidas preventivas incluyen la alimentación del seno materno, el retraso en la introducción de los alimentos sólidos y la orientación a las madres en relación a dar comida sólo cuando el niño tiene hambre, no como un tranquilizador, la reorientación de la vida familiar hacia el consumo de alimentos bajos en calorías, reconocer que la comida se debe consumir cuando los niños tienen hambre y no con base en el reloj y promover el ejercicio físico; este proceso puede ser realizado por los padres y puede tener mejores resultados con la ayuda de especialistas en el ramo.

Algunos niños, habitualmente menores de 10 años, se niegan a consumir una dieta adecuada, debido a que han sido impresionados por supuestos estándares ideales de atractivo y se obligan a permanecer delgados; pero en su mayoría son obesos o padecen sobrepeso. A diferencia de los sujetos que padecen anorexia nervosa o bulimia, no tienen imágenes corporales distorsionadas ni problemas psicológicos graves; por lo general

responden con rapidez a una adecuada orientación dietética sin problemas residuales.

Dr. Lewis A. Barnes (1993) Bruch dijo: “queramos o no... debemos aprender a reconocer que, para muchas personas, el consumo excesivo de alimentos y la obesidad representan factores de equilibrio en su adaptación con la vida”.

1.4 La obesidad, el cuerpo y la imagen corporal

Hemos hablado acerca de la obesidad como un trastorno alimenticio, de los diferentes factores y características que la envuelven, por lo que ahora es tiempo de tratar la gran importancia que tiene dicho trastorno con relación al cuerpo y sobre todo esclarecer la influencia que existe en cuanto a imagen corporal se refiere.

Es interesante mencionar que la imagen corporal es subjetiva, pues ésta depende de la percepción de la propia imagen física del sujeto; en el caso de los niños va más relacionada con la aceptación de los padres y de los sujetos que se encuentran en su entorno como lo son tíos, primos, amigos etc., pues en los comentarios acerca de su apariencia física el niño se ve reflejado y crea un concepto acerca de sí mismo, de esta forma Bandura (1977) señala también que existe el aprendizaje por observación abarcando cualquier tipo de conducta por igualamiento como la imitación llamándole modelamiento, es decir el niño seguirá un modelo o modelos (antes mencionados) e ira complementando la percepción de su imagen corporal. Por lo tanto, es importante conocer diferentes perspectivas del significado de imagen corporal,

ya que en el menor tanto el comer, como el vestir, muchas veces los hace estar sujeto a los caprichos de la “moda”, en donde desafortunadamente en nuestra época se vive una exhibición pública de los cuerpos delgados y hermosos y no existe una sana preocupación por la salud y el bienestar corporal, sino una exagerada inquietud por la apariencia física, por la estética del físico, por lo que, los menores llegan a violentar su cuerpo, realizando dietas o provocándose enfermedades como bulimia y anorexia en espera de aceptación social, lo cual se convierte en una sutil tortura que nuestra época practica con ambos sexos, pero en especial con el femenino.

La delgadez vigente como modelo en nuestra sociedad ha provocado muchos problemas en los niños que pronto se convierten en jóvenes, pues el estándar de “belleza” es similar a verse como un tubo, dado a que la apariencia física es notablemente ósea, sin curvas y mórbida. Fruto de nuestra sociohistoria más reciente, difundida a partir de la segunda guerra mundial.

Por lo que no es extraño que en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud aumente la preocupación por la apariencia física. En este caso, el concepto de una imagen corporal “perfecta”, siendo en algunas ocasiones exagerada y altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente.

Para poder explicar la conformación de la imagen corporal es necesario mencionar a un psicoanalista francés muy importante Jacques Lacan, quien nos habla de lo que es la imagen corporal, debido a que señala, al estadio del espejo, como fenómeno consistente en el reconocimiento por el niño de su imagen en el espejo, que se da a partir de los seis meses a los dieciocho. El estadio del espejo es la llegada del narcisismo (amor hacia sí mismo) en el

pleno sentido del mito, pues denota la muerte, muerte ligada a la insuficiencia vital del período del que surge este momento. Esta es en efecto una fase de la constitución del ser humano, período caracterizado por la inmadurez del sistema nervioso.

Es el período que Melanie Klein (1932) ha llamado “esquizoide”, en el tiempo pre-especular, por consiguiente, el niño se vive como despedazado; no hace ninguna diferencia entre, por ejemplo, su cuerpo y el de su madre, entre él y el mundo exterior. Pues bien, el niño, sostenido por su madre, reconocerá luego su imagen y se le puede ver observándose en el espejo, volviéndose para mirar el medio reflejado (es el primer tiempo de la inteligencia): su mímica y su júbilo testifican una especie de reconocimiento de su imagen en el espejo. En ese momento experimentará la unión y la relación de sus movimientos con su imagen y con el medio reflejado.

Hay que comprender el estadio del espejo como una identificación imaginaria, es decir, como la transformación producida en un sujeto cuando asume una imagen. La observación etiológica testifica que esta imagen es capaz de un efecto formador. Se puede señalar ya en ese momento la capacidad de engaño, de señuelo que tiene la imagen, lo que indica la función de desconocimiento del yo entonces la imagen especular es la que le da al niño la forma intuitiva de su cuerpo así como la relación de su cuerpo con la realidad circundante.

El niño va a anticipar imaginariamente la forma total de su cuerpo: “El sujeto se ve duplicado: se ve como constituido por la imagen reflejada, momentánea, precaria, del dominio, se imagina hombre sólo a partir de que se

imagina". (Lacan en el Seminario XI, 1964, "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis"; 1973).

Pero lo que es esencial en el triunfo de la asunción de la imagen del cuerpo en el espejo es que el niño sostenido por su madre, cuya mirada lo mira, se vuelve hacia ella como para demandarle autenticar su descubrimiento. Es el reconocimiento de su madre el que, a partir de un "eres tú", dará un "soy yo" lo que sucede con la identificación en el espejo, en donde el niño no se ve nunca con sus propios ojos, sino siempre con los ojos de la persona que lo ama o lo detesta. Abordando aquí el campo del narcisismo como fundante de la imagen del cuerpo del niño a partir de lo que es el amor de la madre y orden de la mirada que recae sobre él. Para que el niño pueda apropiarse de esta imagen y de esta forma interiorizarla, lo que requiere que tenga un lugar en el gran Otro (encarnado, en este caso, por la madre). Este signo de reconocimiento de la madre va a funcionar como un rasgo unario a partir del cual va a construirse el ideal del yo.

Pero, si el estadio del espejo es la aventura original por la que el hombre hace por primera vez la experiencia de que es hombre, es también en la imagen del otro donde se reconoce. En tanto el otro se vive y se siente en primer lugar.

El niño puesto en presencia de otro lo observa con curiosidad, y lo imita, en este comportamiento, el niño se adelanta a la coordinación motriz todavía imperfecta a esta edad, y busca situarse socialmente comparándose con el otro. Estos comportamientos de los niños pequeños puestos frente a frente están marcados por el transivismo más pregnante, que es una verdadera captación por la imagen del otro: el niño que pega dice que le pegaron, el que

ve a otro caer, llora. Se reconoce aquí la instancia de lo imaginario, de la relación dual, de la confusión entre sí mismo y el otro, de la ambivalencia y la agresividad estructural del ser humano.

El yo es la imagen del espejo en su estructura invertida. El sujeto se confunde con su imagen, y en sus relaciones con sus semejantes se manifiesta esta misma captación imaginaria por el doble. También se aliena en la imagen que quiere dar de sí, ignorando además su alienación, con lo que toma forma el desconocimiento crónico del yo. Lo mismo ocurrirá con su deseo: sólo podrá ubicarlo en el objeto del deseo del otro.

El estadio del espejo es una estructura dada por:

- 1) El formalismo del yo, es decir, la identificación del niño con una imagen que lo forma pero que primordialmente lo aliena, lo hace "otro" del que es, en un transactivismo identificatorio dirigido sobre los otros.
- 2) La agresividad del ser humano, que debe ganar su lugar por sobre el otro e imponérsele bajo pena de ser, si no, aniquilado a su vez.
- 3) El establecimiento de los objetos del deseo, cuya elección se refiere siempre al objeto del deseo del otro.

Con base en lo anterior, se puede decir que el estadio del espejo es cómo el niño va formando su propio "yo" a partir de la madre; es decir que el niño es uno mismo con la madre, pues él no se percibe como un sujeto individualizado. De esta forma, la madre es utilizada como el espejo, en donde lo que el bebé no puede realizar por el momento, lo ve realizado por medio de la madre, quien es complacida por una sonrisa. Aunque estamos hablando de una metáfora es algo que sucede y nos podemos dar cuenta de la relación directa que tiene la madre en cuanto a la percepción física de un individuo,

pues es a partir de ella que el sujeto (niño) va a poder establecerse individualmente, ya que esta aceptación del menor se va a dar como una condición de la identificación que haya tenido con la madre, es decir, si la madre lo reconoció amándolo.¹⁰

Es importante definir lo que es la imagen corporal y la relación que tiene con el cuerpo, para que de esta forma se complementen los conceptos y se pueda observar así la influencia de cada aspecto en el individuo:

Según Sullivan (1999) La imagen corporal es: “Representación mental que cada individuo tiene de su propia apariencia en el espacio. Comprende factores tales como la estatura, el peso, la estructura corporal y el aspecto facial. Por lo común, durante la mayoría de los períodos vitales (desde la niñez hasta la preadolescencia) la imagen corporal cambia imperceptiblemente porque el propio cuerpo se altera de igual manera, las pequeñas modificaciones en la apariencia y los aumentos cuantitativos en la estatura y el peso se absorben con facilidad dentro de la representación que se forma el niño de su propio físico, o sea que no precisa efectuar revisiones radicales”.

Durante la adolescencia es necesario hacer una reestructuración consciente y global de la imagen corporal, a fin de asumir los cambios drásticos que tienen lugar en el tamaño, en las proporciones del cuerpo, en las características sexuales primarias y secundarias y en la apariencia física.

Como componente importante del yo, la imagen corporal habitualmente tiene una valencia afectiva positiva o negativa, más que neutral. Que tenga un efecto positivo o negativo sobre la autoestima depende de la valoración social de determinados atributos físicos, desviaciones o incapacidades, es decir, de si

¹⁰ CHEMAMA A, Roland, VANDERMERSCH Bernard, *Diccionario del psicoanálisis*, 2 ed., Buenos Aires 2004, 768p.

éstos suscitan aprobación o desaprobación, admiración o ridículo, en cada sujeto.

De acuerdo con Rosen citado por Fernández Lameiras (1995), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

Componente Perceptual: Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

Componente Subjetivo (Cognitivo-Afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. (ej. Satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).

Componente Conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. Conductas de exhibición, conductas de evitación, o situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Imagen corporal (Bruchon, 1992): es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el

individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativo.

Debido a que la obesidad influye en la percepción que el sujeto tiene de su cuerpo, es importante mencionar los trastornos que puede presentar la imagen corporal.

El trastorno de la imagen corporal se produce debido a que el sujeto no acepta o rechaza su apariencia física; esto también puede ser debido a la influencia de los estándares de belleza que se viven actualmente en nuestra sociedad como lo es el estar delgado y la percepción en otro extremo que puede tener un obeso al verse corpulento (ambos engrandecen sus características).

Dicho trastorno comprende aspectos preceptuales, cognitivos y conductuales. Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse.

Phillips (1996) dice que es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador, especialmente para la relación social.

La evaluación de la insatisfacción corporal y de los comportamientos asociados se hace, hoy en día indispensable, para valorar no sólo los

trastornos alimentarios, sino los sentimientos, pensamientos y acciones que pueden terminar en ellos.

Slade y Brodie (1994) al realizar una revisión, sobre evaluación perceptiva en trastornos alimentarios, llegan a la conclusión de que:

- 1) Las personas con trastorno alimentario no tienen una imagen fija e implacable, tal como Bruch había asegurado.
- 2) Por el contrario, poseen una imagen corporal **incierta, inestable y débil.**
- 3) Cometan un error de medida en el sentido de la precaución y sobreestiman su medida corporal.

Por otra parte, las personas con una historia de obesidad infantil, tienen más alteraciones de la imagen corporal. Algunos recuerdos de una imagen corporal negativa no se desvanecen con la pérdida de peso. Cash, Counts y Huiffine (1990).

Es necesario evaluar el grado de insatisfacción corporal en las personas obesas dado que parece que este factor es el que genera mayor malestar psicológico, especialmente baja autoestima y estado de ánimo negativo. Los obesos con trastorno de la imagen corporal presentan comportamientos evitativos, tales como el camuflaje de su cuerpo (utilizando ropa holgada, negra, etc.), la evitación de situaciones sociales, sobrevaloración perceptual de sus medidas corporales, baja autoestima, sentimientos autodespreciativos y de rechazo social, así como estado de ánimo deprimido.

Este apartado confirma que hay una relación directa de varios factores en cuanto a la producción de obesidad como son genéticos, nutricios,

fisiológicos, metabólicos, conductuales, psicológicos, sociales y culturales, que tienen la misma importancia, pues muchas veces uno es consecuencia del otro.

Hay muchas personas que piensan que un problema nuevo y frecuente es la bulimia o la anorexia y no están equivocados; pero desafortunadamente la obesidad se ha incrementado de forma alarmante y también es un trastorno alimenticio o enfermedad que puede causar la muerte y que afecta en todas las esferas al sujeto, pues la mayoría que la padece no sólo es rechazado, sino ofendido, lo que muchas veces lleva al aislamiento o a la sobrealimentación, dado que el sujeto no se permite surgir ni salir adelante por miedo a seguir padeciendo rechazo y esto le impide buscar nuevas oportunidades de vida.

Los menores tienen una influencia de sus padres pues son un patrón a seguir y esto tiene una mayor consecuencia en cuanto a la constitución de su propia imagen que se debe, según Lacan (1936) en el estadio del espejo y Melanie Klein (1932) en el período esquizoide, a que el niño/a no hace diferencia de su propio cuerpo con el de su madre, por lo que el menor se constituye en el lugar de la madre a partir de factores biológicos y hereditarios. De esta manera, el niño va formando su propia identidad y personalidad en base al ideal de los padres, pero principalmente al de la madre.

Esto significa que el menor va a ser el reflejo de sus padres y ellos querrán en él o ella realizar lo que en algún momento ellos no pudieron, por lo tanto, su constitución física y psicológica estará determinada a los comentarios que sus padres hagan acerca de su aspecto pues el niño los captará y conocerá a través de éstos, la diferencia de género, su estatura, sus capacidades, su complexión, etc., principalmente durante los primeros años de vida que serán al lado de una figura materna.

Cuando se quiere saber el origen de una enfermedad o trastorno se debe indagar acerca del problema. A este respecto, los autores Alproovich (1988) y Slochower (1987) mencionan que la sobreingesta alimentaria es debida a niveles de ansiedad elevados y a problemas en etapas orales, genitales y a una falta de identificación con la figura paterna. Bruch (1970) encontró que los sujetos obesos eran incapaces de percibir sensaciones corporales, como el hambre, y se guiaban por estímulos externos relacionados con experiencias emocionales. Debido a esto se remarca la importancia de los padres en cuanto a modelo de sus hijos, pues ellos son quienes pueden perjudicar o beneficiar la constitución externa o interna de los menores.

En el caso de los niños, y de los adultos, es importante saber que la obesidad puede ser evitada, pero no se pone la atención debida en cuanto a nutrición, por lo que siempre se trata de encontrar una justificación pensando que la causa es exclusivamente genética.

A pesar de que la alimentación puede servir como un vínculo social a diferentes sujetos, puede provocar totalmente lo contrario y ser un factor importante en el aislamiento o en el comportamiento antisocial en otros.

La alimentación es un comportamiento que surge por iniciativa propia en cada sujeto, que lleva a tener una adecuada o inadecuada nutrición afectando de esta forma la apariencia del cuerpo, lo que puede provocar armonía o deformidad en la apariencia física y a su vez en la imagen corporal que es la manera en que cada sujeto percibe su propio cuerpo. Esto debido a la influencia que tiene la madre en la constitución física y psicológica de los menores pues si ella no está segura con su imagen, no se acepta como es y no sabe cómo alimentarse, sólo transmitirá el mismo sentimiento a sus hijos.

CAPITULO 2. RELACIÓN MADRE-HIJO

Este capítulo pretende resaltar la importancia de la figura materna en cuanto al desarrollo físico y psicológico del menor, por lo que se recopila información acerca de la influencia de la madre en el desarrollo de la personalidad, dándonos así una idea de los patrones que pueden ser causa de reacciones o actitudes, tanto positivas como negativas que tome un infante con respecto a la previa influencia de su desarrollo en la determinación de un acto, incluyendo la alimentación y su actitud hacia cierto alimento.

2.1 Papel de la madre en el desarrollo psicológico del niño

La madre juega un papel determinante en los primeros años de vida del niño. Dentro del seno familiar, es la madre la que llena inicialmente sus necesidades más elementales, tanto físicas como psicológicas, ella es quien le administra el alimento, le da abrigo, protección, le brinda afecto y administra los estímulos que proporcionan al niño la madurez adecuada a su aparato perceptual (lo que percibe como caricias, arrullo, cantos, etc.).

En las relaciones madre-niño se establecen los cimientos de las relaciones sociales del adulto. Por tal razón, la personalidad de la madre es importante en la formación de la personalidad del niño. Sus intereses y actitudes ante el matrimonio, el embarazo y el hijo o niño serán definitivas.

La satisfacción adecuada de las necesidades del niño, un cuidado constante en la medida en que éste lo necesite, una separación gradual, creando sentimientos de independencia, confianza y seguridad, estimulando su

capacidad de logro, fomentando su iniciativa, permitirán el desarrollo sano y armonioso de su personalidad.

Cuando la infancia de la madre se encontró llena de frustraciones y de odios y sus necesidades, a su vez, no fueron satisfechas, o cuando presenta un cuadro de neurosis, las relaciones con los hijos son inadecuadas y manifiestan conductas de rechazo, sobreprotección, indiferencia; se comporta autoritaria y transmite su ansiedad, lo cual da origen en el niño a una personalidad mal estructurada y enfermiza.

Las facilidades que tiene el niño en sus acciones no se las proporcionan los actos conscientes de la madre, sino más bien actitudes inconscientes de ella; esas actitudes provienen de dos orígenes diferentes:

“El sector de controles” muestra en conjunto una estrecha afinidad con las demandas del súper yo de la madre. Algunas de las demandas del súper yo impulsarán también a la madre a alentar las hazañas del niño.

Este sector expresa ampliamente las aspiraciones del ideal del yo (lo que desea) de la madre. Las aspiraciones del yo ideal (lo real) la persuadirán para que niegue esas facilidades a los actos que desaprueba.

La proporción en que se aplican ambas depende de la personalidad innata del niño. Los controles, así como las facilidades, proporcionadas al niño desde el exterior, le capacitarán para desarrollar y establecer sus propios controles, algunos de los cuales llevarán a mecanismos de defensa, que son los indispensables para que se convierta en un ser social.

Sin embargo, hay madres cuyas personalidades desviadas pueden ejercer una influencia patológica sobre el desarrollo de sus niños.

La influencia maternal sobre el desarrollo, los modos y maneras conforman y modelan el desarrollo de la personalidad del niño. Este proceso, denominado proceso de amoldamiento Spitz (1954) consiste en intercambios entre la madre y el hijo, los cuales influyen recíprocamente al otro en el circuito. Estos intercambios han sido denominados por algunos autores, como Winnicott, “transiciones” dentro del marco de la pareja madre-hijo. Freud (1921) llamó a esta dualidad una “masa de dos” o “díada”. Se trata de una relación que en cierta medida esta aislada del medio circundante y que se mantiene mediante lazos afectivos extraordinariamente poderosos.

Si suponemos la salud mental, la madre (si obra correctamente) está echando las bases de la fuerza del carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo. Teniendo una buena base, el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle, incluyendo la herencia cultural.

Es por esto que el menor para adquirir su individualidad y poder disfrutar de lo que el mundo le ofrece, necesitó librar adecuadamente el período del Edipo el cuál según Freud (1921) se da en la etapa del desarrollo del yo, de los 3 a los 5 años, en donde aparece la castración (simbólica) que se realiza por medio del padre, él que va a permitir en el caso del niño una identificación con él (padre), en el caso de las niñas una identificación con la madre, es decir, se da una separación de la madre hacia los niños y de esta forma ambos (niño/a) pueden tener acceso a su propia identidad y a diferentes mujeres en el caso de los varones y diferentes hombres en el caso de las niñas.

Cabe señalar que es muy importante el tomar en cuenta la opinión de diversos autores especializados y con experiencia en el desarrollo psicológico

del niño, por lo que ha continuación se hará una breve mención de diferentes autores que tratan de explicarnos por medio de diversas etapas el desarrollo del infante e incluyen la importante participación de la madre con respecto a dicho desarrollo.

A continuación retomaremos a Margaret Mahler respecto a las Fases del Desarrollo Psicológico:

Margaret Mahler (1997) dice que "el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento natural, observable y bien trazado; el último es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo".

Cada fase se presenta como un periodo en que se hace una contribución cualitativamente diferente al desarrollo psicológico del individuo.

I. Fase autística normal (primeras semanas)

Primeras semanas de vida intrauterina, durante las cuales el infante pequeño parece ser un organismo puramente biológico, con respuestas instintivas a los estímulos que son reflejas y ocurren a nivel del hipotálamo.

La posición de la libido es predominantemente visceral y no hay discriminación entre dentro y fuera, animado e inanimado; estado de desorientación alucinatoria primitiva negativa, en el cual la satisfacción de necesidades pertenece a su propia órbita autística y omnipotente.

Catexia (carga o energía) propioceptiva-enteroceptiva: "Catexia del interior del cuerpo, experimentada en forma de tensiones o sensaciones que nacen de dentro y se descargan por la tos, escupiendo, vomitando,

retorciéndose, llorando, etc., que prevalecen durante las primeras semanas de vida".

Narcisismo primario: "Estado que prevalece durante la primera semana de vida, en que la satisfacción de necesidades no se percibe como proveniente del exterior, y en que no hay ninguna conciencia de que exista la madre. Es afín a la omnipotencia infantil absoluta. Este estadio va seguido por otro de uno mismo no puede proveer a la satisfacción de las necesidades".

Psicosis autística infantil: "En el síndrome de autismo infantil hay una fijación o una regresión a la fase autística de la más temprana infancia, es decir, el niño no parece percibir en absoluto a su madre como representativa del mundo exterior. Hay un muro entre el niño autista y el ambiente humano. El autismo psicótico sirve para contrarrestar las múltiples complejidades de los estímulos externos y las excitaciones internas que amenazan con aniquilar al yo rudimentario del niño autista. El mantenimiento de la mismidad es el rasgo cardinal del síndrome de la psicosis autística".

II. Fase simbiótica normal (1 a 5 meses)

(Spitz) "La simbiosis normal se da por el levantamiento de la fuerte barrera innata contra los estímulos que protegió al pequeño de los estímulos internos y externos hasta la tercera o cuarta semana de vida. Puesto que en el infante humano está atrofiado el instinto de autoconservación, el yo tiene que asumir el papel de manejar la adaptación del ser humano a la realidad. Sin embargo, el yo rudimentario del infante pequeño no es adecuado para la tarea de organizar sus estímulos internos y externos de manera de asegurar su supervivencia; la vinculación psicobiológica entre la madre que cría y el bebé es lo que

complementa el yo indiferenciado del niño. La simbiosis normal se desarrolla en forma conjunta con el descenso de la barrera innata contra los estímulos, a raíz de la experiencia que se repite de una manera predecible, en que un agente maternante exterior alivia las necesidades, el hambre y la tensión que viene de dentro, es decir, funciona como yo auxiliar".

Catexia sensorio-perceptiva.- "Catexia de lo sensorial y la periferia del cuerpo, particularmente de los órganos perceptivos sensoriales: tacto, visión de cerca, audición".

Unidad dual.- (el "yo externo" de Spitz)"Unidad simbiótica entre la madre y el niño, persuadida por el niño de cualidades omnipotentes, en la cual existe un vago sentimiento de la mitad simbiótica del sí mismo".

Ruptura del cascarón.- "Proceso de salida del estado simbiótico de unidad con la madre, en el sentido intrapsíquico. Es la "segunda" experiencia de nacimiento, el nacimiento psicológico, el proceso por el cual comienza a ser catexiado el mundo de "lo otro que no es la madre". El infante está más permanentemente alerta y receptivo para los estímulos de su ambiente, mas bien que sólo para sus propias sensaciones corporales, o para las que surgen de dentro de la órbita simbiótica".

Psicosis simbiótica infantil.- Aquí, "se ha alcanzado la fase simbiótica del desarrollo, aunque fuertemente distorsionada; el niño trata a la madre como si ésta fuera parte de él mismo, es decir, no existe exterior a su sí mismo, sino fusionada con él. El niño es incapaz de integrar una imagen de la madre como un objeto distinto y totalmente externo y, en cambio, parece mantener

imágenes (introyectos) fragmentadas buenas y malas del objeto (madre).
Alterna entre el deseo de incorporar y de expulsar.

III. Fase de separación-individuación (5 meses - 2 años y medio)

Fase del desarrollo normal que comienza alrededor de 4 a 5 meses de edad, en el apogeo de la simbiosis y sustituyéndose con ésta. El infante muestra una creciente capacidad de reconocer a su madre como una persona especial, de catexiar a inspeccionar el mundo no materno, y de apartarse muy levemente, y más tarde muy decididamente, de la madre. Es una fase del desarrollo que dura de los 5 meses a los 2 y medio años, y sigue dos carriles separados pero intervenculados: uno es el de la separación, que lleva a la conciencia intrapsíquica de la separación, y otro es el de la individuación, que lleva a la adquisición de una individualidad distinta y única.

Se han identificado cuatro subfases del proceso de separación-individuación. Aunque éstas se sustituyen, cada subfase tiene sus propias agrupaciones características de conductas, que la distinguen de la precedente y de las siguientes. Las cuatro subfases son:

- a) Diferenciación
- b) Ejercitación
- c) Acercamiento
- d) Consolidación de la individualidad y comienzo de la constancia objetual emocional.

Reacciones a la separación.- “Estas varían de índole e intensidad en el curso progresivo del proceso de separación-individuación”.

Precursores de defensa.- "Durante el proceso de separación-individuación encontramos conductas primitivas que pueden considerarse como originantes de los posteriores mecanismos de defensa. Estos mecanismos son relativamente inestables: van y vienen. Sirven tanto a la adaptación como a la defensa. La elección de estos mecanismos depende de las características del niño y de la respuesta selectiva de sus padres".

a). Subfase de diferenciación (5-9 meses)

"Se manifiesta de los 5 a los 9 meses de edad. Comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, a medida que la maduración de funciones locomotrices parciales produce el primer intento de apartarse de ella. Las conductas características que posibilitan la diferenciación del yo respecto del no-yo son la exploración visual y táctil del rostro y el cuerpo de la madre; el apartar el cuerpo del de la madre para explorar un mundo más amplio y poder mirarla; la distinción entre la madre y otros. El placer que producen las primeras funciones del yo y el mundo exterior se expresa en estrecha proximidad con la madre. Al mismo tiempo, parece ocurrir la diferenciación de una imagen corporal primitiva, pero distinta".

Reacciones ante extraños.- "Una variedad de reacciones ante personas que no son la madre, particularmente acentuadas durante la subfase de diferenciación, cuando ya se ha establecido firmemente una relación especial con la madre, como lo refleja la sonrisa especial que el niño le dirige. Las reacciones ante extraños incluyen la curiosidad y el interés, y también la precaución y una ansiedad leve o incluso fuerte".

b). Subfase de ejercitación (9-14 meses)

"Dura desde los 9 meses hasta los 14 meses de edad. Durante este periodo el niño es capaz de alejarse de la madre y volver a ella, primero gateando y más tarde caminando. Es un periodo en el cual la exploración del ambiente, animado e inanimado, y la ejercitación de capacidades locomotoras, están muy llenas de energía libidinal".

Reabastecimiento emocional o libidinal.- "Durante la subfase de ejercitación, el infante merodea lejos de la madre, pero cuando se fatiga o se le agota la energía, busca restablecer el contacto corporal con ella. Este "reabastecimiento" lo reaviva y restablece su interés anterior en la ejercitación y exploración".

c). Subfase de acercamiento (15-24 meses)

"Dura desde los 14 o 15 meses hasta más o menos 24 meses de edad e incluso más tiempo. Se caracteriza por un redescubrimiento de la madre, que es ahora un individuo separado. Al deambulador (niño) le agrada compartir sus experiencias y posesiones con la madre, a la que percibe ya más claramente como separada y exterior. El aumento narcisístico de la subfase de ejercitación va siendo paulatinamente reemplazado por una creciente comprensión de la separación, y, junto con ella, de la vulnerabilidad".

Son comunes las reacciones adversas ante separaciones breves y ya no se puede sustituir fácilmente a la madre, ni siquiera por adultos familiares al niño. Esto culmina a menudo en una crisis de acercamiento más o menos transitoria, que es de gran significación evolutiva".

Crisis de acercamiento: "Periodo que ocurre durante la subfase de acercamiento en todos los niños, pero con gran intensidad en algunos; en él se agudiza la comprensión del estado de separación. La creencia del niño en su omnipotencia se ve fuertemente amenazada y éste se sujeta sobre el ambiente mientras trata de restablecerse, cosa que es imposible. La ambitendencia (presencia simultánea de dos tendencias contrastantes, conductualmente manifiestas; por ejemplo, un niño puede llorar y sonreír virtualmente al mismo tiempo, aproximarse a la madre y en el último momento desviarse y alejarse, o besarla y luego repentinamente morderla), que se transforma a menudo en ambivalencia, es en general intensa; el menor desea estar unido con la madre, y al mismo tiempo separado de ella. Alcanzan su apogeo los berrinches, quejas y tristeza, se producen fuertes reacciones a la separación".

Seguimiento y huída: "Durante la subfase de acercamiento el niño sigue a veces cada movimiento de su madre como una sombra; no puede perderla de vista o permitir que salga de su alrededor. A veces observamos la conducta opuesta: el niño huye y espera a que su madre lo alce en brazos anulando así, por breves momentos, la "separación"".

Escisión: Mecanismo de defensa que a menudo se encuentra durante la subfase de acercamiento (una vez lograda una cierta medida del desarrollo del yo); el infante no puede tolerar fácilmente los sentimientos simultáneos de amor y odio hacia la misma persona. El amor y el odio no se juntan; la madre es sentida alternativamente como toda buena o toda mala. Otra posibilidad consiste en que la madre ausente sea sentida como toda buena, mientras los otros se vuelven todos malos. Por ende, el deambulador (niño) puede

desplazar la agresión al mundo no-materno, a la vez que exagera el amor por la madre ausente y anhelada, hiperidealizándola. Cuando la madre vuelve desquicia la imagen ideal y los reencuentros con ellas son a menudo penosos, porque la función sintética del yo joven no puede curar la escisión. En la mayoría de los casos se hace posible una síntesis gradual del todo "bueno" y el todo "malo" por el yo en desarrollo.

d). Subfase de individualidad y constancia objetal emocional (2 años en adelante)

"Comienza hacia el final del segundo año y es abierto. Durante este periodo se logra un cierto grado de constancia objetal y se establece en medida suficiente la separación de la representación del yo y del objeto. La madre se percibe claramente como una persona separada y ubicada en el mundo exterior y, al mismo tiempo, tiene existencia en el mundo interno representacional del niño".¹¹

Conforme avanza el desarrollo social, se irán observando sentimientos y actitudes que manifiestan su momento crítico en alguna de las etapas, y se establecen así las bases para un sentimiento de identidad en la adolescencia.

Por otra parte, es interesante conocer más acerca del tema, pero a través de la perspectiva de otro autor. Es por esto que se hará mención de las etapas del desarrollo psicosocial según Erikson, pues ayudará a entender el valor psicológico de la relación madre-hijo:

¹¹ PINE, Fred, *El nacimiento Psicológico del infante humano*, (Marymar, Buenos Aires, 1997) Pág. 170-187.

1ª Etapa (confianza frente a desconfianza)

Se da en el primer año de vida, corresponde a la etapa oral de Freud y está relacionada íntimamente con la interacción niño-madre, primera forma de comunicación que vive en el niño. Mahler divide esta relación niño-madre en tres periodos (observados anteriormente y con los que las siguientes etapas tienen relación):

El primero es “autista”, en el que el niño no diferencia el yo del no yo (1 a 3 meses).

El segundo es el periodo de “simbiosis” (3 a 6 meses), con una interacción continua entre niño- madre. Ambos se necesitan y mantienen una relación estrecha. A partir de los 6 meses, se inicia el tercer periodo, que corresponde al de separación niño-madre, ya analizado en el desarrollo afectivo.

Cuando las necesidades del niño son satisfechas en una forma adecuada por la madre, la confianza se adquiere y la ansiedad de separación no se manifiesta; se establece así un sentimiento rudimentario de individuación. En esta etapa se adquiere fundamentalmente el sentimiento de confianza; la no satisfacción de las necesidades y el obstáculo de la separación niño-madre darán origen a la desconfianza.

2ª Etapa (autonomía frente a vergüenza y duda)

Entre el primero y el tercer año, se observa un desarrollo neuromuscular importante: se adquiere la deambulación, el niño sujeta y manipula objetos, es la edad del control de esfínteres. La separación gradual de la madre, la satisfacción de su curiosidad y de la tarea encomendada, así como el control de esfínteres, provocan en el niño un verdadero sentimiento de autonomía. Por otro lado, el obstáculo en sus acciones, la hostilidad de los padres y la

oposición a la separación gradual originan un sentimiento de vergüenza y de duda.

3ª Etapa (iniciativa frente a culpa)

Entre los 3 y los 6 años, es una etapa de una gran actividad neuromuscular y perceptual. Es la etapa de la acción, de la imaginación y del juego; los niños empiezan a entender y a vivir los roles dentro de la familia, progresivamente van incorporando las normas o reglas establecidas por los padres, apareciendo un concepto de lo moral. Cuando el niño es estimulado a la acción y el medio familiar y social son adecuados, aparecerá el sentimiento de iniciativa. Si, por el contrario, el niño es obstaculizado en estas tareas, por medio de un sobrecontrol y restricciones exageradas, se provocará en él un sentimiento de impotencia y de culpa.

4ª Etapa (laboriosidad frente a inferioridad)

Durante el periodo escolar, el niño va ingresando paulatinamente al mundo de los adultos, mediante la aceptación de nuevas autoridades y normas cada vez más estrictas. En esta etapa aprende a convivir en grupo, el juego individual se convierte pronto en un juego social, se interesa por el éxito y la aceptación del grupo, debido a que éste le permite experiencias de reciprocidad y solidaridad. Es la etapa de trabajo o de preparación para una vida futura. El niño se mantiene marginado, apareciendo gradualmente sentimientos de inferioridad y envidia, con resentimientos hacia los demás niños o adultos.

5ª Etapa (identidad frente a confusión)

Numerosos cambios suceden en esta etapa por lo que sucede un desequilibrio del yo, el sujeto busca encontrarse a sí mismo y está en busca de

su identidad que depende de las experiencias previas vividas en todo su entorno.

6ª Etapa (integridad contra aislamiento)

Abarca la adultez temprana en la cual la gente joven se esfuerza por establecer lazos íntimos. Debido a desengaños anteriores, algunos sujetos no pueden formar relaciones íntimas y se mantienen aislados de los demás.

7ª Etapa (Creatividad contra estancamiento)

Surge de la adultez media, en la cuál la creatividad significa dar a la generación siguiente a través de la educación, cuidar de otras personas o trabajar productivamente la persona que falta en este terreno siente ausencia de un logro personal significativo.

8ª Etapa (Integridad del yo contra desesperación)

Esta última etapa aparece en la vejez, en esta etapa final, los sujetos reflejan el tipo de personas que han sido. La integridad resulta del sentimiento de que ha valido la pena vivir la vida del modo en el que la han vivido. Las personas mayores que no estén satisfechas tienen miedo de la muerte.¹²

Se toma a continuación una breve reseña de las etapas que Freud propone, haciendo énfasis en la etapa oral que es la que se relaciona más con la investigación.

En el sentido freudiano, la palabra sexual no significa genital y el calificativo de genital no se atribuye sino a ciertas manifestaciones de la sexualidad, del desarrollo del individuo.

¹²MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ Roberto , *La Salud del niño y del adolescente*, Tomo I, (Salvat, 1983) Pág. 87-89.

La etapa oral, anal y fálica son llamadas también etapas o estadios pregenitales. Los sucede una fase llamada de latencia, que se sitúa, más o menos, entre los 7 y los 13 años.

Etapa Oral

Nombre que se le da a la fase de organización libidinal que se extiende desde el nacimiento al destete y que está colocada bajo la primacía de la zona erógena bucal.

El niño ama, al igual que a sí mismo, todo lo que se le mete a la boca (el pezón, el chupón) y por extensión (porque no ha adquirido la noción de los límites de su propio cuerpo). Desde el momento que una cosa interesa al niño, se la llevará a la boca. Absorbe al objeto, participa de él, implica el placer del “tener”, que se confunde en él bebé con el placer de “ser”.

La etapa oral en su primera forma pasiva es en donde las primeras palabras son ya una conquista que exige un esfuerzo, recompensado por la alegría y las caricias del medio ambiente.

Paralelamente a este progreso, ha aparecido la dentición, que es cuando el niño entra y progresa en un período oral activo. Morderá todo lo que tenga en la boca, los objetos y también el seno, si todavía mama de su madre, y como el mordisco es la primera pulsión agresiva, la manera en que se lo permita o no el objeto de amor (madre) es de gran importancia, hasta el punto de que de ello depende el aprendizaje de la lengua materna.

Si se espera a este momento para comenzar el destete, éste será considerado como una consecuencia de la agresión, es decir, como un castigo impuesto bajo la modalidad de la frustración.

Si un destete brusco priva al niño del seno materno, sin que haya desplazado todavía su interés libidinal sobre otros objetos, se arriesga a quedar fijado en una modalidad oral pasiva (tal como sucede a los sujetos que se chupan el dedo hasta muy tardíamente). Por lo que el destete del niño criado al pecho deberá comenzar entre los 4 y 5 meses, ser progresivo y acabarse entre los 7 y 8 meses a más tardar, para no ser considerado como un castigo.

El sometimiento estricto del desarrollo general al desarrollo libidinal explica la edad adulta; por ejemplo, un trastorno funcional en la esfera genital está necesariamente ligado a trastornos de comportamiento de orden afectivo e, inversamente, perturbaciones psicoafectivas se acompañan siempre de un comportamiento sexual característico.

Es la historia de estas etapas que nos permite comprender las bases del comportamiento no sólo de los individuos considerados “normales”, sino también de aquéllos que presentan anomalías, desde las más simples hasta los trastornos graves de adaptación social.

Las respuestas maternas a los actos del infante facilitan y hacen posible la integración del proceso de maduración en el infante, provocando una complejidad creciente en la estructura del yo del niño y llevan a la formación de múltiples sistemas.

A continuación se mencionan tres etapas, según Winnicott, de la relación del bebé con el mundo (representados por los brazos y el cuerpo maternos):

1. El bebé es una criatura viva y autocontenida y, sin embargo, rodeada del espacio; no conoce nada, excepto a sí mismo.
2. El bebé mueve un codo, una rodilla, o se estira un poco. Ha atravesado el espacio, ha sorprendido al medio.

3. Las madres que están sosteniendo al bebé se sobresaltan porque sonó el timbre o se derramó el agua y nuevamente el espacio ha sido atravesado. Esta vez, el medio ha sorprendido al niño.

Como podemos darnos cuenta, el niño responde debido a las sensaciones que percibe por medio de su cuerpo; sin embargo, la madre es quien influye al bebé en la percepción del mundo que lo rodea.

2.2 Características Maternas

Es importante hablar de dichas características, dado que la naturaleza nos demuestra que los bebés no eligen a sus madres, ni ellas a sus hijos, pues ellos simplemente llegan y las madres tienen tiempo para ubicarse y descubrir que entran en un periodo que es el embarazo (del que poco a poco se recuperan durante las semanas y los meses que siguen al nacimiento del bebé) en el cual, en gran medida, ella es el bebé y el bebé es ella. No hay nada misterioso después de todo, ella fue bebé alguna vez y tiene en sí el recuerdo de haber sido cuidada. Estos recuerdos la ayudan o intervienen en sus propias experiencias como madre, por lo que está preparada para una experiencia en la cual sabe perfectamente bien cuáles son las necesidades del bebé.

La madre obtiene satisfacción de su hijo, al igual que su ello, yo y el súper yo, que se determinan por numerosos elementos, unos de los cuales son:

- a) A través de la naturaleza de los elementos constituidos de su personalidad, que fue formada desde su infancia.
- b) A través de la transformación y cambios que esos elementos constitutivos han sufrido hasta el momento en que ha parido a su hijo.

- c) La manera en que ese hijo determinado, en virtud de su sexo, tiene la capacidad de efectuar la síntesis de esos diversos elementos en la personalidad de la madre, es decir si el bebé es niño (a) y si cumplió el sueño de realización de la madre y encaja en las circunstancias de su realidad exterior.

Estos elementos influyen en la personalidad de la madre desde antes de la concepción, pero al momento de que la madre se sabe embarazada se modifica la percepción de su entorno; esto puede deberse al deseo de la mujer de ser o no madre. Se mencionan en seguida diferentes características maternas y algunas consecuencias que pueden presentar los infantes debido al comportamiento materno:

A continuación hablaremos de algunos tipos de comportamiento materno según Erikson (1983) citado por Martínez R.

Madre rechazante

Generalmente son personas inestables, inmaduras, francamente neuróticas, que no se ajustan al matrimonio ni al embarazo; el hijo no es deseado: nunca se quiso tener o se esperaba que solucionara un problema. Cuando no se logra esto, se manifiesta un rechazo hacia el hijo, que puede ser franco y abierto (niño golpeado), o encubierto y racionalizado.

Madre sobreprotectora

Se manifiesta a través de cuidados excesivos, de un contacto permanente o protección exagerada de los hijos, la madre limita, existe un no hacia toda la actividad que realiza el niño, impide una separación gradual de éste, obstaculiza el desarrollo de su autonomía o identidad. Frecuentemente se observa un niño obeso (por sobrealimentación), egoísta, demandante de afecto

y tirano, rechazado por el grupo, con gran dificultad para adaptarse socialmente.

Madre indiferente

Se da este caso en madres con actividades sociales y laborales que las mantienen fuera del hogar y que dejan al niño al cuidado de otras personas, en internados e instituciones, atribuyendo esto a que es por un cuidado más eficiente. En estos casos existen pocas relaciones entre el niño y la madre lo que puede llevar al menor a sustituir la ausencia de la madre con alimento. Cuando no existe una madre sustituta, el niño crece sin afecto, con graves repercusiones en el desarrollo y se observan cuadros de depresión aun en niños muy pequeños.

Madre autoritaria

Niños que crecen dentro de un ambiente de autoridad, donde los padres siempre tienen la razón y el niño debe de hacer lo que la madre ordena; las madres son generalmente personas inseguras, rígidas, que están convencidas de que el mejor método para educar es el suyo.

El niño responde frecuentemente con sumisión y resentimiento, en virtud de que no puede rebelarse abiertamente; utiliza varias formas de evasión, como lentitud en las acciones indicadas (comer, lavarse, etc.). Frecuentemente se observan en estos niños síntomas psicósomáticos (enuresis, encopresis, anorexia, bulimia, obesidad).

Madre perfeccionista

Existen padres y madres que manifiestan continuamente la idea de que sus hijos deben ser los mejores, los más limpios, los más educados, los que saquen las más altas calificaciones, con gran necesidad de alcanzar la

perfección; se considera al hijo como un objeto que debe ser modelado según sus propios planes. No se toma en cuenta la individualidad del niño; el hijo inconscientemente es considerado como una prolongación de ellos mismos y de su conducta obsesiva, quieren educarlo bien para satisfacerse a sí mismos.

Las repercusiones en el niño son obvias: puede convertirse en un sujeto frustrado, con graves sentimientos de culpa, por no alcanzar las metas que sus padres le imponen. Es importante señalar que las madres rápidamente adquieren una idea de lo que debe ser la evolución del desarrollo en sus hijos, según lo muestra un estudio en madres de niños mexicanos.

Madre que no es “Sana”

La mujer enferma, es decir, la mujer emocionalmente inmadura, o no dedicada al papel que tienen reservado las mujeres al momento de querer ser madres, suele ser deprimida, ansiosa, desconfiada o simplemente confusa, inmadura o enfermiza. Necesita ayuda especial, de personas que estén a cargo de su caso, como psiquiatras, psicólogos, médicos, etc.

Madre “Sana”

Se considera una persona completa en todos sus aspectos y madura, capaz de tomar sus propias decisiones sobre cuestiones de importancia.

2.3 La relación madre-hijo

En psicología es conocida también como relaciones objetales. La relación que la madre tenga con su hijo definirá parte de la personalidad del niño/a, pues la madre es una gran influencia en la constitución psíquica del menor.

El concepto de relaciones objetales según Winnicott (1990) implica un sujeto y un objeto, en donde el sujeto sería el recién nacido que viene al mundo en un estado de indiferenciación, incapaz de ninguna acción psíquica y el objeto la madre.

Estadio preobjetal

Este coincide con el narcisismo primario al que Hartmann define con el término indiferenciación, que se considera como un estado de organización primitiva en el recién nacido, incapaz entonces de diferenciar un objeto de otro e, incluso, lo que le rodea de su propia persona, por lo que percibe el seno que lo alimenta como parte de su propia persona, demostrando que el mundo exterior está excluido de la percepción del recién nacido, debido a que toda percepción en esta época ocurre en función del sistema interorreceptor.

El niño, en esta época primitiva, es incapaz de distinguir objeto alguno, no sólo al libido, sino a todas las cosas que le rodean. Las respuestas del recién nacido son, en el mejor de los casos, del tipo del reflejo condicionado, o por lo menos relacionadas a lo que se suele llamar reflejo condicionado.

Hetzer, Frankl y Rubinov citados por Spitz R, en sus trabajos sobre la percepción del objeto comida, mencionan que, hasta el comienzo del segundo mes de vida del lactante, sólo reconoce la señal de alimento cuando tiene hambre, es decir, no conoce la leche por sí misma, ni el biberón, ni el pecho. Reconoce, por decirlo así, el pezón cuando lo tiene en la boca, pues generalmente comienza a mamarlo. Al final del segundo mes, el ser humano adquiere su posición única entre las cosas que rodean al niño, ya que sólo a partir de entonces el lactante percibe visualmente la aproximación del ser humano.

Cuando el niño tiene hambre, responde a un estímulo exterior, pero sólo en función de una percepción interoceptiva, en respuesta de la percepción de un estímulo insatisfecho.¹³

Estadio del objeto precursor

El lactante manifiesta en el segundo mes interés por el rostro humano. En esta fase contestará con una sonrisa al rostro del adulto, siempre que éste se muestre de frente en forma que ambos ojos sean visibles.

Objeto precursor en la percepción

Durante el primer año, la madre, la pareja humana del niño, es la que sirve de intérprete de toda percepción, acción y conocimiento. No se crea que por esto el aparato perceptivo no está aún físicamente desarrollado, tal vez lo esté, pero no psicológicamente.

El pecho de la madre, sus manos y sus dedos ofrecen al niño todos los estímulos táctiles para el aprendizaje de la prensión y de la orientación táctil; como su cuerpo y sus movimientos le dan las experiencias necesarias del equilibrio, la voz proporciona estímulos auditivos para la formación del lenguaje.

Las relaciones del objeto se efectúan con una interacción constante de dos participantes diferentes por completo, la madre y el hijo, que cada uno de ellos provoca las respuestas del otro. Esa relación interpersonal crea un campo de fuerzas constantemente cambiantes.

¹³ SPITZ, Rene A, *El primer año de vida del niño (Génesis de las primeras relaciones objetales)*, traductor Pedro Barcelo y Luis Fernández Cancela, (Aguilar) Pág. 17.

Las relaciones de objeto en el infante son diferentes:

En primer lugar, el organismo del niño está en proceso de rápido despliegue y desarrollo, lo que satisface al infante sufrirá por eso rápidos cambios, en cada nivel del desarrollo. En el nivel más primitivo, en donde aún no funciona un yo, las relaciones satisfactorias necesitarán de satisfacciones más cercanas a lo fisiológico que a lo psicológico. Esas satisfacciones brindan al infante la seguridad, proveen lo preciso para la descarga de tensión de la necesidad y, como puede ser también el caso, el alivio de la tensión.

Tras el surgimiento del yo, las satisfacciones requeridas por el infante pueden satisfacerse sólo con relaciones que progresivamente se hacen más variadas y complejas.

Catherine Wolf (2000) observaba tan sensitivamente que “las relaciones de objeto normales con la madre son un prerequisite para la capacidad del infante de relacionarse con las cosas y dominarlas”, lo cual muestra una vez más lo indispensable que es para el infante el logro de la fusión de los impulsos agresivos y libidinales, al ser capaz de descargarlos sobre una sola persona, es decir, la madre.¹⁴

En el papel del afecto en la relación madre-hijo, pocas veces se advierte la importancia de la madre en la toma de conciencia del niño y en su aprendizaje.

La ternura de la madre le permite ofrecer al niño una extensa gama de experiencias vitales y su actitud afectiva determina la calidad de la experiencia misma.

¹⁴ SPITZ Rene A, op. Cit. Pág. 132.

Hay dos factores que se influyen en la relación madre-hijo y consisten en una madre con su individualidad formada y un niño con su individualidad en formación. madre e hijo no viven aislados, sino en un medio económico-social en el que la especie inmediata y las determinantes primarias son los miembros de la familia. La especie alejada son el grupo, la cultura, la nación y el periodo histórico, así como las tradiciones.

Las fuerzas formativas en la relación madre-hijo, en donde la sola presencia de la madre constituye un estímulo para las respuestas del niño, sus acciones más insignificantes, incluso si tienen distinto objetivo que el lactante, poseen el valor de un estímulo. Provocar acciones en el niño es la acción más rudimentaria y observable de la madre en el establecimiento de las relaciones objetales.

El desarrollo de los diversos sectores de la personalidad del niño ha sido posible gracias a la disposición de las satisfacciones obtenidas de acciones en que traducen los impulsos. Las acciones que se logran le producen placer, las repite y adquiere su dominio. Pero abandonará aquéllas que regularmente le conducen al fracaso.

Si la actitud de la madre es maternal y tierna, cualquier actividad del lactante le causará placer. Facilitará multitud de acciones diversas de su niño por sus propias acciones, así como por sus actividades, sean éstas conscientes o inconscientes. Se puede afirmar incluso que son las actitudes inconscientes de la madre las que facilitan, en gran medida, las acciones del bebé, son sus deseos, sus precauciones, sus respuestas inconscientes y su afectividad.

Los elementos intangibles contenidos en la relación madre-hijo forman y dirigen la personalidad del niño. Estos elementos intangibles y sus formas se determinarán como el moldeo, que no es una serie de interacciones en un marco social, formada por la pareja madre-hijo, una masa de dos, llamada por Freud como díada, que trata de una relación muy especial. Está aislada hasta cierto punto de lo que le rodea y unida entre sí por lazos extraordinariamente poderosos. Son lazos afectivos y se ha llamado al amor egoísmo de dos.

La formación de las relaciones objetales entra en la categoría del establecimiento de un sistema de comunicaciones entre madre-hijo. Para lograr comprender los medios de comunicación entre la madre y el hijo se debió observar ciertos fenómenos análogos que nos ofrecen especies más primitivas. (Los animales disponen los medios de comunicación que varían según las diferentes especies).

Estas conductas comportan signos postulares, configuraciones que tienen características de una gestalt y vocalizaciones. No las manifiesta el sujeto para comunicar algo a otro individuo; son más bien acciones expresivas, como las ha denominado Karl Burhler.

La misma perfección de una relación entre dos seres tan íntimamente armonizados entre sí y unidos por tantos lazos tangibles e intangibles, lleva consigo la posibilidad de graves perturbaciones si esa armonía falta. Y ni siquiera es precisa la desarmonía entre ellos. Basta con que uno de los componentes de la díada (y será la mayor de las veces la madre) se encuentre en desarmonía con su medio. Su influencia modeladora hace inevitable que su propia discordancia se refleje en el desarrollo del infante y además se refleja, por decirlo así, como en un espejo de aumento.

Debido a esto es importante saber que si la madre no maneja adecuadamente la relación con su hijo podrán presentarse perturbaciones. Estas pueden llevar a una diversidad de alteraciones del niño. No obstante, ni el factor psicológico por si solo, ni el elemento congénital llevarían a la irrupción de la enfermedad en cuestión; ésta se debe únicamente a la unión de ambos.

En relaciones incorrectas, los cuadros clínicos que presentan los infantes son, en parte, enfermedades físicas, y, en parte, modelos de conductas anormales. En la etiología de estos cuadros clínicos podrían demostrarse factores psicogénicos derivados de las relaciones madre-hijo.

Freud (1911) "...la forma que tomará la enfermedad subsiguiente (la elección de la neurosis) dependerá de la fase particular del desarrollo del yo y de la libido en que se ha producido la inhibición disposicional del desarrollo. Así, una significación inesperada junta los rasgos característicos cronológicos de los desarrollos (que aún no han sido estudiados) y las variaciones posibles de su sincronización".¹⁵

En las relaciones madre-hijo incorrectas, la personalidad de la madre es la dominante en la díada. Así pues, podemos dar por supuesto que, donde prevalezcan relaciones madre-hijo incorrectas, la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que, por razones de su personalidad, la madre perturba la relación normal que ésta debe mantener de ordinario con su hijo. En uno u otro caso, podemos decir que la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica.

¹⁵SPITZ Rene A, *El primer año de vida del niño*, (fondo de cultura económica, México) Pág. 156.

Por esta razón, se le llama a este grupo de perturbaciones en relación de objeto, o más bien a sus consecuencias, enfermedades psicotóxicas de la infancia. Se distinguen una serie de patrones de conducta maternal dañinos, cada uno de los cuales parece estar vinculado con una perturbación psicotóxica, específica del infante.

Insuficiencia de las relaciones madre-hijo

Privar a los infantes, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto (madre) es un factor dañino de importancia que lleva a grandes perturbaciones emocionales. Se ha denominado a esta segunda categoría enfermedades defectivas psicogénicas o, recíprocamente, enfermedades defectivas emocionales. Las consecuencias de la deficiencia emocional se dividen en dos subcategorías:

Según la extensión de la privación del infante (de los suministros libidinales):

- a) Defectividad parcial
- b) Defectividad total

Ninguna de estas deficiencias se refiere, por supuesto, sólo a la deficiencia del suministro libidinal, ha de proporcionarse al infante alimento, higiene, calor, etc., pues de lo contrario moriría.

La comunicación entre madre-hijo juega un papel determinante porque es básica en la transmisión de valores, ideas, costumbres, y en el establecimiento de límites por lo que deberá ser clara y específica.

El desarrollo del lenguaje humano, la comunicación primitiva, representa la parte filogenética que cada uno de nosotros posee al nacer. Sobre esta parte filogenética se injertará un desarrollo ontogénico exclusivamente humano.

Consistirá en una comunicación dirigida y transmitida con ayuda de señales y signos semánticos, y desembocará, en su más elevada evolución, en la función simbólica.

Lo que caracteriza la comunicación particular existente entre la madre y el niño y lo que la distingue de las comunicaciones entre adultos, bien sea entre dos o varias personas, es la desigualdad de los participantes. Mientras las comunicaciones emitidas por el niño no son más que signos, las procedentes del adulto son señales y percibidas como tales por el niño.

Para el lactante, las señales del clima afectivo de la madre llegan a ser una forma de comunicación a la cual otorga respuestas totales. Estas son percibidas por la madre de la misma forma.

La madre ha de defenderse contra la gama de seducciones que su bebé le ofrece como son sonrisas, besos, abrazos, etc. Sus relaciones con él movilizan todo el arsenal de dispositivos que le ofrecen los mecanismos de defensa. En el curso de este proceso, la madre actúa consciente o inconscientemente, dice una cosa y hace otra. Es aquí en donde pueden surgir los dobles mensajes, los cuales en un principio pretenden modificar un mal comportamiento, pero al no ser firme la orden, se vuelven a favor del menor y no cumplen la función de corregirlo.

La comunicación del bebé con la madre se da en la descripción de la palabra inconsciente que sólo se aplicaría a la madre. Para el bebé, aún no existe un consciente ni un inconsciente. La función de la madre es importante en el concepto de dependencia absoluta (del bebé con respecto al miedo) que rápidamente evoluciona a una dependencia relativa y que siempre tiende hacia una independencia.

Al describir la comunicación entre el bebé y la madre se encuentra una unión esencial: la madre puede descender hasta modos infantiles de experiencia, pero el bebé no puede elevarse hasta la complejidad del adulto. De esta manera, la madre puede o no hablarle a su bebé, pues en este caso, el lenguaje no es importante.

Lo que se comunica, cuando una madre se adapta a las necesidades de su bebé. En principio de cuentas hay que referirse al concepto de sostén que es cuando se escribe el contexto en el que tiene lugar importantes comunicaciones en los comienzos de la experiencia de vida de un bebé. Entonces tendremos dos cosas: la madre que sostiene al bebé y el bebé que es sostenido y que atraviesa rápidamente una serie de etapas evolutivas de extrema importancia para su afirmación como persona; la comunicación está en los movimientos respiratorios de la madre, la calidez de su aliento un olor particularmente suyo, muy variable.

También en el sonido de sus latidos del corazón, que pueden ser percibidos por el bebé en el momento que ella lo toma en sus brazos.

La comunicación se establece en términos de mutualidad en la experiencia física. Un ejemplo de esta comunicación es el mecerlo, adaptando la madre sus movimientos a los del bebé, el interjuego de la madre y el bebé determina un área que podía ser determinada espacio común, el espacio potencial puede convertirse en objeto transicional, es decir, el símbolo de la confianza y de la unión con el bebé y la madre, una unión que no involucra la interpretación.

Lo que hace la madre cuando actúa suficientemente bien es facilitar los procesos del desarrollo del bebé, permitiéndole realizar en cierta medida su potencial heredado. Un sujeto cuyo ambiente maternal no fue lo suficiente bueno puede convertirse en una persona que ha tenido un ambiente facilitador adecuado, cuyo crecimiento personal ha podido en consecuencia producirse, aunque tardíamente.

La comunicación del bebé con la madre es la cuestión que puede plantearse en términos de creatividad y sumisión. A continuación se referirán algunas palabras que podrían representar la comunicación del bebé con la madre:

Te encuentro.

Sobrevives a lo que te hago. hasta que llego a reconocerte como no/yo.

Te utilizo.

Te olvido.

Tú me recuerdas.

Te sigo olvidando.

Te pierdo.

Estoy triste.

La comunicación según Bierens de Haan (1929) distinguió el lenguaje humano, denominándolo lenguaje animal “egocéntrico”, y al lenguaje humano alocéntrico, que no tiene nada en común con el concepto psicológico del yo (ego). Como Piaget expresa con el término “egocéntrico”, todo lo “centrado en el sujeto”, es decir que no está dirigido a otro animal, sino que es la

expresión de un proceso interno. En el neonato, en donde el yo no existe, se da de la misma situación.

La relación madre-hijo es conocida en el ámbito psicológico también como relaciones objetales (sujeto = madre, objeto = niño) o libido (cualquier objeto, situación o persona, que puede variar en el transcurso de la existencia).

Cabe señalar la importancia que tiene la madre en la formación de la personalidad en el niño, porque, a pesar de que parezca sencillo el educar a un hijo, no es tarea fácil pues no sólo es el aspecto académico, moral, físico, etc., el que se ve involucrado, sino el más importante, el psicológico, debido a que los intercambios emocionales entre ambos (madre-hijo) son los que ayudarán a definir la personalidad del niño y marcarán el contenido de sus emociones o afectos que llegue a manifestar en diferentes circunstancias.

Los autores como Freud, principalmente, Winnicott, Margaret Mahler entre otros que dividen esta relación en diferentes etapas, llegan a ser en muchos aspectos similares pues el niño va en proceso de aprendizaje y el primer vínculo de éste es la madre que al ser considerada un todo o uno mismo por el niño, según dichos autores da, por medio de la alimentación y el trato, un reconocimiento al mundo exterior del menor y, por lo tanto, coinciden en que la relación madre-hijo es la base formativa de un adulto. A pesar de que la madre juega un papel muy importante en los primeros años de vida, la relación se va haciendo menos indispensable para el niño mientras va creciendo, debido a que se va convirtiendo en un sujeto independiente, por lo que es de vital importancia tratar de llevar una relación armoniosa con el menor en las primeras etapas, pues éstas son las que van a ayudar al niño a ser un sujeto autónomo.

Sin embargo, la madre debe dar al niño lo que ella considere justo sin caer en extremos, lo que logrará tomando en cuenta la opinión del padre o de las personas que conozcan de la relación que existe entre ella y su hijo y de esta forma volverse objetiva, tomando también en cuenta la comunicación que tiene con él, pues debe ser clara y no dar órdenes con dobles mensajes, ya que esto sólo causará confusión en el niño y frustración en ella, por no lograr una buena comunicación.

Debido a esto, se puede producir una inadecuada relación ya que la personalidad de la madre es la que provee al niño de salud o enfermedad psicológica e influye en la estructuración de la personalidad y comportamiento del menor, según Erickson (1983).

Otro punto importante es cuando la madre comienza a dejar que su hijo viva su "independencia", ya que la vida está llena de experiencias y, por lo tanto, debe entender que aunque éstas no siempre sean buenas, ayudarán en el desarrollo del niño, pues por medio de ellas él irá adquiriendo seguridad y la madurez necesaria para enfrentarse a situaciones comunes o complicadas de la vida.

Si el niño/a logra una adecuada resolución de la etapa Edípica (proceso de identificación con las figuras paternas (según sexo del menor)) podrá disfrutar de las cosas más simples de la vida sin ningún sentimiento de culpa inconsciente; es decir, podrá vivir libremente sin dudas ni remordimientos y tendrá decisiones firmes ante cualquier tipo de situación que tenga que vivir. Esto es llamado por Margaret Mahler individuación, lo que significa que el niño/a va a adquirir una individualidad única y distinta a cualquier sujeto pero principalmente a la madre.

En la relación madre-hijo ambos personajes juegan un papel “importante”, pues uno depende del otro: la madre se “realiza” como mujer y supera lo que en psicología es llamado como la etapa edípica, por medio de su hijo/a, a su vez, el hijo/a se siente parte de ella, lo que le permitirá sentirse deseado.

Este proceso suena sencillo, pero psicológicamente es considerado como determinante, ya que por medio de este vínculo con la madre, el niño o la niña, adquirirán un concepto de sí mismos que les permitirá expresar la totalidad de su ser hacia el mundo externo.

3.1 Contexto Familiar

El seno familiar es el que por medio de las vivencias cotidianas nos ayuda a adquirir experiencia, pues ahí aprendemos a compartir nuestra vida con otras personas, nos ayuda a adquirir conocimiento acerca del mundo que nos rodea, recibimos educación para que nuestro comportamiento sea el adecuado en cada situación de la vida y, sobre todo, aprendemos a amar al sentirnos queridos.

La familia es un punto de partida muy importante en la vida de cualquier ser humano, pues, a pesar de que tiene miles de años de existencia, nunca ha dejado de ser considerada como una institución condicionante en el crecimiento y desarrollo en todas las esferas de un sujeto. Es debido a ella que el ser humano puede ser considerado un ser social.

Según Ackerman¹⁶ (1983) “La familia es la célula fundamental de nuestra sociedad; dentro de ella crecemos y nos desarrollamos, a través de ella nos ponemos en contacto con la sociedad. La familia construye lo esencialmente humano del hombre”.

La familia es un grupo de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, que tienen un sentido de convivencia y de pertenencia que tiene lugar, generalmente, bajo un mismo techo. Los miembros de la familia comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y de los

¹⁶ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ Roberto, op.cit. 91.

servicios. Además, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, la familia incluye dos o más generaciones.¹⁷

La familia es la que propicia la constitución psíquica de un sujeto; en un principio la responsabilidad recae en los padres y posteriormente en el hijo, que formará su propio núcleo familiar en donde aspectos que se heredan como características físicas e intelectuales, habilidades motoras, aptitudes verbales, numéricas, hacia la música, dibujo y características psicológicas, las cuales son aún más difíciles de determinar. Como se puede observar la mayoría de dichas características son heredadas genéticamente y por otra parte queda el aspecto social en el cuál la familia es una base importante en la transmisión de valores, pues es el primer contacto que el menor tiene con el mundo exterior y, por lo tanto, los integrantes de su familia son los primeros seres con los que el niño se entrenará para poder desarrollarse en la sociedad. Hoy en día no es usual el ver o hasta ser parte de una familia numerosa sino de una familia nuclear la cual está formada por el padre, la madre y los hijos. Las relaciones que se dan en ella son de 3 tipos fundamentalmente:

- a) Relaciones de los padres entre sí: Juegan un papel determinante en el desarrollo del niño. Cuando las relaciones son armoniosas dentro de un clima de afecto y adecuada comunicación, cuando las metas son comunes y la autoridad compartida, se está en condiciones de crear hijos seguros de sí mismos, independientes, afectuosos, emprendedores, audaces, capaces de llevar a cabo las tareas más

¹⁷ SARMIENTO SILVA Carolina, *Temas selectos de psicología Colección humanidades UNITEC*, 1ª edición Mayo 1999, (ediciones instituto de investigación de tecnología educativa de la universidad tecnológica de México, A.C, México 1999) Pág. 259.

difíciles. Cuando no se dan estas circunstancias, el desarrollo se verá seriamente afectado.

b) Relación entre padres e hijos: Está representada por la actitud de rechazo, sobreprotección, indiferencia y autoritarismo que pueden adoptar las madres y que se pueden presentar también en los padres, lo que determina muchas veces la actitud del menor hacia ellos, que debe ser marcada por el respeto en ambos casos. Sabemos que en nuestra sociedad, hombre y mujer son educados en forma diferente: el primero debe ser fuerte, valiente, independiente; la segunda, afectuosa, sensible, cariñosa, dependiente. Esto indudablemente crea conflictos en aquellos hijos que no aceptan el rol que se les señala.

c) Relaciones de hermanos entre sí: Según Minuchin, (1986), otro aspecto importante es el lugar que ocupa un niño respecto a los otros hermanos debido a que constituyen un subsistema fraterno para el niño. Este se convierte en el primer grupo de iguales en el que participa; en este contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan y en general aprenden unos de otros, elaborando sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir; se entrenan en hacer amigos y tratar con enemigos, en aprender de otros y ser reconocidos; en suma, van tomando diferentes posiciones en el constante toma y deja.

Este proceso promueve tanto sus sentimientos de pertenencia a un grupo como su individualidad, dada la oportunidad de elegir u optar por una alternativa entre varias; estas pautas cobran significancia cuando ingresen en grupos de iguales fuera del hogar. El primogénito manifiesta

generalmente mayor aprovechamiento; los padres son más rigurosos con él, se vigilan con mayor atención las normas y los valores, crece en un mundo más ordenado y más de adultos. Se le confiere mayor responsabilidad. El segundo hijo no goza de estas preferencias. Frecuentemente es introducido al mundo por el hijo mayor, en una forma más caótica, rápidamente aparece la rivalidad y los celos. El hijo menor de una familia numerosa es tratado en ocasiones como el hijo único, mimado y sobreprotegido, con graves problemas en su desarrollo.

Los hermanos menores frecuentemente tienden a ser más sociables, como una necesidad de ser aceptados por sus hermanos mayores y por sus mismos padres, necesidad de competencia que no manifiesta el primero. Por lo tanto, señalar que un buen medio familiar donde se desenvuelva el niño es determinante de un desarrollo psicológico adecuado, permitirá crear un sentimiento de seguridad, de iniciativa, de identidad, mediante el establecimiento de un rol sexual adecuado, un sentimiento de conciencia moral, una adecuada integración al mismo grupo familiar y, más tarde, al grupo social al cual se pertenece.

Es por esto importante el tomar en cuenta a los niños dentro de la familia, si a los menores se les priva del contacto familiar y humano durante demasiado tiempo (horas, minutos) tienen experiencias que sólo se pueden describir de la siguiente manera: Partirse en pedazos, caída interminable, morir, morir y morir, total desesperanza de que se renueven los contactos.

Es posible apreciar que, con buenos cuidados, esos sentimientos se convierten en buenas experiencias que son el fundamento de la confianza en la gente y el mundo. Por ejemplo: el partirse en pedazos se convierte en

relajación y sosiego si un bebé está en buenas manos; la caída interminable se convierte en el goce de ser llevado en brazos y en la excitación y el placer que se asocian con el hecho de ser transportado. El morir, morir y morir se convierte en una deliciosa conciencia de el estar vivo; la pérdida de la esperanza con respecto a las relaciones se transforma, cuando la dependencia es correspondida por la constancia, en un sentimiento de confianza en que, aún estando solo, el bebé tiene a alguien que lo cuide.

En el caso de la mayoría de los bebés, el hecho de que son deseados y amados por sus madres y sus padres, y por toda su familia, constituye el marco en que cada niño puede convertirse en un individuo y cumplir su destino siguiendo los lineamientos de su dotación hereditaria (siempre que la realidad externa lo permita), sintiéndose además feliz de poder identificarse con otras personas, animales, objetos del ambiente, con la sociedad y su perpetua autoorganización.

La familia realiza, una serie de funciones para la satisfacción de las necesidades del niño y de los demás miembros, entre las que destacan:

- ° Proveer satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia. Como las necesidades alimentarias, de techo, de abrigo y de protección de sus miembros, en particular de los más vulnerables.
- ° Construir la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales. Por ser la familia el seno de las primeras relaciones interpersonales y vínculos afectivos, los padres son las primeras personas de las que el niño tendrá que aprender a amar y a desprenderse. Son los modelos de las formas de relación con los demás y, particularmente, con la pareja. Esta relación primaria es fundamental para el desarrollo de la autoestima, la seguridad y la confianza.

- ° Facilitar el desarrollo de la identidad individual, la cual está relacionada con la identidad familiar. En el grupo familiar se adquieren los primeros elementos de identidad, desde la asignación de un nombre y apellidos, que significa la aceptación del niño a un grupo, hasta el trato personal e individual cotidiano que implica la aprehensión de los rasgos de personalidad como propios de la familia. Esta aceptación y pertenencia le permitirá insertarse en distintos grupos cercanos como vecinos, amigos y compañeros de escuela.
- ° Proveer los primeros modelos de identificación psicosexual. Estos se asimilan gracias a la identificación con los padres del mismo sexo y al aprendizaje de los roles genéricos que son reforzados en otros contextos sociales, como la escuela y los medios de comunicación.
- ° Iniciar al individuo en el entrenamiento de los roles sociales. Además del rol masculino y femenino, se tiene una jerarquía dentro de la organización familiar que puede estar basada en el orden de nacimiento (ser primogénito, el de en medio o el benjamín). El lugar en esta jerarquía asigna un rol que permite mayor o menor incidencia en la toma de decisiones familiares de acuerdo con la edad y el tipo de interacción familiar.
- ° Estimular el aprendizaje y la creatividad. En este grupo primario los niños reciben información y aprenden cuáles son las reglas del funcionamiento de la familia. Cuando el sistema familiar es “cerrado”, autoritario y represor, obstaculiza el desarrollo de la curiosidad, el aprendizaje y la creatividad de sus integrantes, mientras que en un sistema “abierto” y democrático se pueden ir incorporando nuevos elementos que favorecen el desarrollo de la creatividad de sus miembros y de su crecimiento en un ambiente de respeto e individualidad.

° La familia como transmisor de valores, ideología y cultura. A través del proceso de socialización y de la necesidad de aceptación y pertenencia al grupo familiar el niño adquiere un marco de referencia para sus valores, costumbres, reglas y normas.

3.2 El papel de los padres

El papel de los padres es muy importante pues en la mayoría de los casos los menores son un lazo de unión y un motivo de felicidad para ellos, por tal razón tratan de brindarle a sus hijos los mejores medios para lograr su realización personal y de esta forma, al educarlos, formarlos y verlos realizar sus objetivos, ellos también adquieren la satisfacción de sus logros.

Los padres poseen tareas vitales para el funcionamiento de la familia, sus principales cualidades son la complementariedad y un acuerdo mutuo en la crianza de sus hijos. Deben mantener un límite que los proteja de las diferencias causadas por las demandas y necesidades de los que dependen de ellos; deben mantener su lugar como padres de familia y apoyarse para que puedan proporcionarse un sostén emocional mutuo. Si el límite que llegan a establecer los padres es excesivamente rígido, el sistema familiar puede verse estresado debido a su aislamiento, pero si ocurre lo contrario y mantienen límites demasiado flexibles, sus dependientes pueden interferir en su funcionamiento. Los padres requieren de las capacidades de guía, control y alimentación, además de autoridad.

La influencia que ejercen los padres en los estilos de vida de sus hijos, es muy marcada, dado que ellos son su ejemplo, una de ellas se presenta en los hábitos alimenticios y el ejercicio físico que son algunos de los más

importantes aspectos, porque al ser ellos quienes satisfacen juntos gran parte de las necesidades que tienen los menores, entre ellas: la alimentación, la salud, la vivienda, el vestido, la diversión y el esparcimiento, se vuelven responsables de las consecuencias tanto positivas como negativas de cada acto y es en donde la prevalencia de la obesidad en este caso, cobra fuerza pues se esta claro que hijos de obesos tienen mucha más probabilidad de ser obesos y con mayor razón si no existe una disciplina en cuanto alimentación y ejercicio establecida por los padres.

Hay factores causales que corresponden a factores ambientales ante factores hereditarios; debido a esto, cabe considerar los modelos de aprendizaje a los que se ven sometidos los niños, por lo que una alimentación completa y variada es fundamental para mantener la salud, e indispensable para lograr una vida productiva a través de un buen ejemplo. De esta forma los padres también son considerados como una fuente ejemplar importante en la herencia de costumbres.

Si bien son los padres quienes establecen y definen las normas bajo las cuales un menor convive, no deben hacerlo de manera autoritaria y ejerciendo un control absoluto sobre los hijos, sino con una autoridad racional que implique la participación de los hijos en la evaluación, seguimiento y modificación de estas normas familiares, especialmente a medida que éstos van creciendo.

Es importante mencionar que en toda familia deben existir reglas que sirvan de guía para cualquier actividad, como la realización de tareas o la solución de necesidades.

Sin más, estas reglas se tienen que adaptar a las fases del ciclo familiar, a las nuevas necesidades de los integrantes y a las condiciones sociales de nuestro entorno. Los padres tienen que estar conscientes de que los hijos crecen y se transforman en adultos y aceptar los nuevos principios morales y religiosos de los jóvenes. Por su parte, los y las jóvenes tienen que aprender a comunicar sus necesidades y deseos, a cooperar en el establecimiento y vigilancia de reglas, a ser más tolerantes y a tomar sus propias decisiones.

El comportamiento y las actitudes de los padres influyen en la manera en que tratan a los hijos y esto también afecta las actitudes de los niños hacia ellos y el modo en que se comportan. Entonces podemos decir que las relaciones entre padres e hijos dependen de las actitudes de los padres.

En varias etapas de la vida, como en el caso de la niñez y la adolescencia, los factores psicológicos llegan a constituirse al igual que las influencias más importantes sobre los hábitos dietéticos; la comida no sólo tiene valores nutritivos, sino que se utiliza como premio o castigo, llegando a ser incluso un sustituto del amor, la seguridad o los sentimientos de pertenencia; puede ser un satisfactor en los períodos de ansiedad o frustración, conduciendo a un consumo excesivo y/o establecer una dependencia emocional hacia los alimentos (Ávila, 1982).

Hay síntomas que pueden resultar o estar causados por una relación incorrecta en la familia. Onnis (1991) reporta algunos casos en los que el problema de la obesidad está sostenido por una dinámica familiar disfuncional, donde el sujeto obeso sirve de mediador entre los padres, los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, que adquiere una función específica, comunicativa y relacional en el interior de la familia.

Collar y Atkinson (1968), refieren que “...el consumo de comida aumenta con el estrés y la mayor ganancia de peso ocurre durante las crisis familiares”.

Parece claro que la obesidad juega un papel importante en la dinámica familiar y/o que los individuos obesos tienen excesivos problemas en sus relaciones interpersonales. Esto puede ser resultado de que los límites son débiles entre la familia nuclear, lo cual produce confusión entre los límites padre-hijo y de esta forma se presenten dificultades para establecer una autonomía efectiva y mantener un distanciamiento apropiado con respecto a la familia, por lo que puede darse una dependencia excesiva, adquirir límites difusos que inhiben lo establecido por los padres para ayudar al sujeto a crear su identidad y su propio sistema de roles.

Quizá lo más importante sea la actitud de los padres hacia el “defecto” del niño: si manifiestan rechazo, sobreprotección, vergüenza o expectativas no realistas, el daño al yo es inevitable; si manejan la situación con realismo, la toman con naturalidad y acuerdan al niño una aceptación ilimitada, se podrán evitar, en gran medida, los peores aspectos del deterioro de la autoestima.¹⁸ Pues el intervalo del tiempo, que transcurre desde el primer año hasta los 3 o 4, es especialmente vulnerable para la aparición de problemas alimenticios; los padres, acostumbrados a que su hijo coma de forma consistente y gane peso con frecuencia, se encuentra ahora con un niño que comienza a rechazar determinados tipos de alimentos y que no siempre tienen apetito, lo que puede dar lugar a una preocupación y ansiedad excesiva; que puede transformarse en

¹⁸ DAVID AUSUBEL P, *El desarrollo infantil, 3 Aspectos lingüísticos, cognitivos y físicos*, 3ª edición (ED. Aguilar, 1994), pp207

una instigación al niño para que coma, lo que podría provocar, hábitos de ingesta alimenticia inapropiados que se deben a los mensajes y ordenes emitidos por los padres a sus hijos que al tipo de alimentos mas o menos apetitosos. Gavino (1995).¹⁹

Cuando el niño cuenta 5 o 6 años su apetito vuelve a incrementarse; pero ahora existen ciertos hábitos alimenticios instaurados que no siempre son adecuados; si se le suma que tiene una mayor libertad una menor supervisión para elegir alimentos, la probabilidad de que llegue a ser un adulto obeso se ve incrementada.

3.3 La madre y la alimentación

La madre es un pilar importante en la familia y sobre todo en el desarrollo de los menores, pues es ella quien en la mayoría de los casos está más tiempo con los niños y con todos los miembros que la constituyen, por lo que está en contacto directo con las necesidades de ellos. Es la primera que induce al niño (a) al alimento. Es por esto que la madre debe darle al niño lo justo en todos los aspectos, pues no es bueno que le de todo en exceso como el que no le de nada, la apreciación de lo justo es lo que la madre ha de reforzar con el tiempo dado que esto ya lo ha adquirido con anterioridad, puesto que en ella reside.

Los miembros de la familia satisfacen juntos gran parte de las necesidades que tienen; más aún, la madre en ese momento cobra un valor importante, pues es ella quien “provee” en la mayoría de los casos al menor y a

¹⁹ Manuel Jiménez Hernández, op. Cit. 224.

toda la familia de alimento, debido a que es quién cocina y es la que alimenta con su seno al menor cuando es bebé.

Sin embargo para poder lograr todo esto es importante que la mujer haya alcanzado cierta madurez afectiva suficiente para afrontar ante sí misma las exigencias que le demandará educar a su hijo.

Para abordar a la importancia de la madre en el aspecto alimenticio, hay que comenzar desde que el sujeto es un ser pequeño que depende por completo de su madre, y como va logrando la adquisición de hábitos que puede haber surgido de una forma tal vez impuesta o tal vez elegida.

Es bueno remontarnos hasta los principios de nuestra alimentación, para poder encontrar la relación que existe entre el tipo de alimentación materna y artificial (por biberón) y así saber si puede ser el antecedente de obesidad. La lactancia del seno materno se da como algo natural en una mujer y todo lo natural suele tener muy buenos resultados pero no hay duda de que un gran número de individuos en el mundo actual han sido criados en forma satisfactoria sin haber tenido la experiencia de la lactancia natural. Esto significa que existen otras formas en las que un niño puede experimentar la intimidad física con su madre.

Es por esto que, nunca se deja de lamentar el no lograr que se produzca la lactancia natural, simplemente porque la madre, el bebé o ambos están perdiendo el contacto que establece un lazo en la transmisión de sensaciones, experiencias, sentimientos etc., si no se realiza esta experiencia.

Según Winnicott (1987) Si no existe este contacto entre la madre y el bebé nos deben preocupar tanto a los psicólogos, psiquiatras y principalmente a los padres, no solamente las enfermedades o los trastornos psiquiátricos que

pueden surgir a causa de esta ausencia de contacto, sino la riqueza de la personalidad, la fuerza del carácter y la capacidad de ser felices (los niños), debido a que es probable que la verdadera fuerza del carácter provenga de la existencia de dicho proceso; la salud mental de un individuo es determinada desde un comienzo por la madre, quien proporciona lo que se denomina como ambiente facilitador, es decir, un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que le rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado. La madre (sin saberlo) está construyendo las bases de la salud mental del niño.

Los psicoanalistas como M. Klein y Winnicott (1971) retoman a Freud (1923). En la teoría del “pecho bueno” que forma parte de un lenguaje con el que se alude a un quehacer materno en el sentido general. Por ejemplo, el modo en que se sostiene y se manipula a un bebé tiene mayor importancia como indicador del manejo que la experiencia de la lactancia natural.

Sin embargo, el solo pensar en la alimentación del bebé nos llega de inmediato a la mente la figura de una madre alimentando con su seno a su pequeño pero a muchos niños desafortunadamente no les va muy bien pues hay ocasiones en que la madre no puede alimentarlos, lo cual es algo que está fuera del control consciente, debido a esto la madre sufre y el bebé también. A veces se experimenta un gran alivio cuando, por fin, se establece la lactancia artificial y de todos modos hay algo que funciona bien en el sentido de que el bebé está recibiendo en cantidad adecuada el alimento apropiado y se cubre el valor del momento alimenticio.

Muchas de las facetas importantes de la lactancia natural como lo es tener cerca del pecho al bebe, hablarle, arrullarlo, tocarlo, alimentarlo, pueden

observarse también en la lactancia artificial. Más aun, uno se queda con la idea de que el gusto, el olor y la experiencia sensual de la lactancia natural están ausentes cuando el bebé se alimenta a través de una mamila y esto no suele ser cierto, pues si una alimentación artificial es correcta se le transmiten al niño todas esas experiencias.

Junto a la observación de las experiencias del bebé, que se enriquecen cuando se utiliza el pecho en lugar de una mamila, se debe considerar todo lo que siente y experimenta la madre. Sentimiento de logro cuando la fisiología y la anatomía cobran sentido y le permiten dominar el miedo a que el bebé se la “coma”, al descubrir que realmente ella tiene algo llamado leche con lo cual es capaz de conformarlo. Debido a esto no se puede decir que el bebé esté intentando lastimar a su madre, porque el bebé no es suficientemente grande aún como para que la agresión signifique algo. Con el tiempo, los bebés adquieren el impulso de morder. Se puede decir que se da el inicio de la crueldad, el impulso y el uso de objetos desprotegidos que son aquellos a los que el bebé “ataca” y no sobreviven como por ejemplo una mamila de vidrio la lanza al suelo y se rompe.²⁰

Según Winnicott (1971) En su teoría del falso self sugiere los impulsos agresivos pueden llegar a controlarse; en otras palabras, la tarea de la madre es la de sobrevivir cuando el bebé la muerde, la araña, le jala el pelo y la patea. Si ella sobrevive, el bebé hallará un nuevo significado para la palabra amor y en su vida aparece algo nuevo, la fantasía. Esto es lo que “objetiva a la madre (la vuelve real), la sitúa en un mundo que no es parte del bebé y la torna útil”.

²⁰ WINNICOTT Donald .W., *Los bebés y sus madres*, 1ª edición, (ed Paidós mexicana s.a. 1990) Pág. 50.

Lo importante aquí es reconocer que la base para el desarrollo saludable del individuo humano es la supervivencia del objeto que ha sido atacado. Muy pronto por otras personas, entre ellas el padre, y también animales y juguetes cumplirán el mismo papel.

Desde el punto de vista dinámico, los impulsos libidinal y agresivo participan en igual medida en la formación de las relaciones de objeto. Los impulsos libidinales y agresivos se diferencian entre sí en el transcurso de los tres primeros meses de vida, como resultado de los intercambios que efectúan madre-hijo, en la etapa narcisista, hasta la edad de tres meses, cuando se establecerá el preobjeto.

Durante la etapa narcisista, los impulsos “se apoyan” en la satisfacción de las necesidades orales del infante. Freud designó la relación engendrada de esta estructura de los impulsos con el nombre de “sujeción analítica”. La madre es la persona que satisface los deseos orales del infante, ella se convierte en el blanco de los impulsos agresivos y libidinales del menor. Ese blanco, la madre, no es aún percibido como una persona unificada, permanente, inalterable o más bien como objeto “libidinal”.

Para Abraham (1916) y otros autores que se mencionan en esta etapa el infante tiene dos objetos: el objeto malo, contra el cual está dirigida la agresión, y el objeto bueno, hacia el cual se vuelve la libido. Abraham denominó a ese periodo como la etapa preambivalente.

Al principio, en esta etapa transicional, emerge un yo rudimentario que permite descargar un impulso en forma de una acción dirigida. El niño aprende a distinguir entre el objeto malo, que se niega a satisfacer sus necesidades y

contra el cual es dirigida su agresión. El objeto bueno, que satisface sus necesidades y hacia el cual está dirigida su libido.

Alrededor de los seis meses de vida se produce una síntesis. La influencia del yo se hace sentir por la integración de huellas mnémicas (memoria), de experiencias repetidas y por los intercambios que tiene el hijo con la madre, de lo que resulta la fusión de imágenes de los objetos: la “madre buena” y la “madre mala”. Surge una sola madre, el objeto libidinal propiamente dicho.

Llega un momento en que la madre, como unidad, como una persona “total”, cesa de ser percibida sólo como un elemento de la situación específica en que ella es experimentada. Se debe a esta determinación situacional de la percepción que una y la misma persona sea vista por el infante como una serie de personas diferentes o más bien de preceptos. Algunos de ellos son sentidos como “buenos”, otros como “malos”. Después del sexto mes, los preceptos múltiples de la madre se fusionan debido a la retentividad de la memoria del infante y las tendencias integrativas de su yo.

El precepto “madre” se vuelve único, ya no será equiparado (comparado) con ninguna otra persona que desempeñe su papel en situaciones idénticas. De ahora en adelante, la persona de la madre atraerá hacia sí los impulsos agresivos del infante, así como sus impulsos libidinales. La fusión de los dos impulsos y la fusión del objeto bueno y malo en uno, a saber: el objeto libidinal, son, por lo tanto, las dos facetas de uno y el mismo proceso. El objeto bueno parece predominar en esta fusión, a lo que se debe, probablemente, que al objeto libidinal se le denomina también objeto amoroso.

En general es la madre la que reprime o facilita, es su conducta, por lo tanto, la que determina el modo en que las relaciones de objeto se conformarán y conducirán. Puede, con su elección, acentuar el “objeto bueno” o, en el extremo opuesto, el “objeto malo”.

Simultáneamente de este proceso psicológico, el niño va adquiriendo conocimiento y experiencia en cuanto a su alimentación, pero los padres aún siguen siendo responsables de proporcionarle al organismo del menor una alimentación variada y completa.

3.4 Influencia Social y Cultural en los hábitos alimenticios y en la imagen corporal.

Como se mencionó con anterioridad dentro de la literatura podemos encontrar diversas definiciones para el concepto de imagen corporal tales como: autoconciencia, concepto del yo, yo corporal, identidad personal, identidad del yo y esquema del cuerpo.

Schonfeld (1979) define a la imagen corporal como “la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos”. Para este autor la imagen corporal es un fenómeno psicológico, pero a pesar de esto, va a comprender la visión que tenemos de nosotros mismos no sólo a nivel psicológico, sino también físico, fisiológico y “social”, que es lo que a continuación se presenta.

Según O’Klinberg (1983) El niño crece y se desarrolla dentro de un ambiente social; en el aprender a ser adulto. “La sociedad contribuye poderosamente a la humanización del ser humano”, señala.

Erikson (1983) entiende el desarrollo de la personalidad como un proceso hacia una completa adquisición de un yo individual, hacia un auténtico sentimiento de identidad, que ubique al individuo en la realidad y que lo capacite para controlar por un lado los impulsos instintivos y por otro las reglas y normas paternas internalizadas.²¹

Después de revisar las contribuciones que la familia proporciona al niño, se observa que un hogar que no las proporciona desemboca en una mala adaptación personal y social del niño en su medio. Las influencias externas (escuela, amigos) que rodean al niño a medida que va creciendo harán que algunas de estas malas adaptaciones se vayan superando con el paso del tiempo, siempre y cuando estas influencias externas sean positivas.

El niño en gran medida aprende sus hábitos de manera inconsciente a través de la observación y la participación de otros miembros de su grupo. Los medios de comunicación juegan un papel muy importante, manipulando esa tendencia, mostrando en las imágenes estereotipadas a sujetos atractivos y exhuberantes, a familias sin problema alguno, mujeres hermosas, comidas rápidas y “sanas” y una vida que parece de fantasía, llevándolos a la adquisición de metas e ideales inexistentes. Los niños, al igual que los adolescentes, son muy sensibles y perceptivos con respecto a su propia apariencia física y a la de sus amigos, las diferencias entre autoimagen y la imagen ideal que presentan los medios de comunicación como la TV, revistas, etc. llegan a considerarse como una fuente de ansiedad. Craig (1994). Es por esto que Peterson y Taylor (1980) toman en cuenta que la imagen corporal se crea por diversos factores: como una reflexión individual, una carga afectiva,

²¹ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ Roberto, op. Cit. Pág. 87.

factores individuales, roles de acuerdo con el sexo del individuo, valores culturales y el contexto social en el que se desarrolla cada individuo.

Como nos podemos dar cuenta la palabra “yo” no tiene sentido cuando no hay un “tú”, por lo cual la imagen corporal es y puede llegar a ser gracias al hecho de que nuestro cuerpo no está aislado, una necesidad íntima de la presencia de más personas en donde interesa la integridad propia y de los demás. Sólo es posible la imagen corporal de uno mismo a partir de la imagen corporal de las otras personas creándose a través de las experiencias, acciones y actitudes de los otros que son dirigidas a nuestro cuerpo y a sus propios cuerpos, Schilder (1987).

Todo individuo es emisor de una apariencia física y también receptor de la apariencia de los demás. En cada encuentro se da una emisión-recepción mutua de impresiones e informaciones por medio de su apariencia física. Duflos Prior (1987).

Por otra parte, la alimentación también juega un papel importante a nivel simbólico dentro de las sociedades; en el caso de las familias mexicanas, el compartir la mesa tiene un significado de confianza y afecto, se tiende a respetar las normas y horarios de las comidas como un espacio donde no sólo se comparten los alimentos, sino que también se transmiten experiencias, se planean actividades futuras, etc. El alimento y el acto de comer se convierten en una actividad social, la comida en grupo se emplea para cimentar amistades, retribuir favores, concretar negocios, ampliar el círculo social, etc.

Cabe señalar que ante la presencia de otras personas en comidas sociales o festejos, los individuos ingieren mayores cantidades de comida;

algunos autores atribuyen esto a una desinhibición de las restricciones en la comida. Decastro y Decastro (1989).

No podemos pasar por alto el aprendizaje social, es decir, los cambios de conducta que experimentan los niños y que frecuentemente están asociados con la repetición e imitación de conductas observadas a su alrededor, dadas mediante el principio del reforzamiento operante, es decir, el modelo que en este caso es lo que el niño observa, recompensa la conducta.

Podemos considerar a la cultura como un concepto que resume y concreta la experiencia de siglos, transmitida de generación en generación, y que se expresa en una serie de creencias, prácticas y objetos materiales que han permitido al hombre sobrevivir.

Cada cultura está directamente relacionada con ciertos alimentos que forman la base de su dieta. En la mayor parte de los casos se trata de productos que mediante una cuidadosa selección, hecha a lo largo de los siglos, han ido adaptándose a las condiciones específicas

En aspectos culturales de la alimentación humana hay factores que influyen para que cada persona tenga determinados hábitos alimenticios. El ambiente en que vive el ser humano y la tecnología desarrollada para explotar ese medio son factores determinantes de la alimentación, por consiguiente el hombre tiende a explotar aquello a lo que tiene mayor acceso según la época del año.

Los factores que determinan su elección están determinados por gustos y preferencias, es decir, se ponen en juego los factores psicológicos y socioculturales que conllevan a escoger una determinada dieta. La predilección natural en el ser humano hacia cierto tipo de alimentos no influye tanto en el

consumo de ciertos productos como lo hace el medio en que vive, ya que la elección de alimentos no es un acto personal, sino que se realiza dentro de ciertos lineamientos fijados por la sociedad.

Se debe remarcar la importancia de la familia en el desarrollo del niño, pues a través de ésta cada sujeto se adaptará a la sociedad; la madre es la que tiene un papel elemental debido a que es ella muchas veces quien rige el hogar, que es la fuente del primer aprendizaje, lo cual puede llevar al menor a tener éxito o fracaso. De esta forma se podrá integrar y funcionar en su grupo social. Esto no quiere decir que sea menos importante el padre, pues él será quien propicie a llevar un equilibrio entre los hijos y la madre para que la relación sea armoniosa; pero si llega a faltar cualquiera de las figuras paternas o sean otros los familiares o personas que ocupen ese lugar en el niño, se debe tratar de proporcionar a éste los medios para que su desarrollo sea pleno.

Cuando en la familia hay armonía, el sujeto actúa de igual forma ante diferentes circunstancias. No hay que olvidar que el género no debe determinar el trato porque así podrá vivir el sentimiento de igualdad que le ayudará en situaciones cotidianas, pues es la familia la que marca la forma de relacionarse con los demás, lo cual provee de una particular identidad a cada sujeto.

Onnis (1991) menciona que un niño obeso sirve de mediador entre los padres, lo que habla de una inadecuada comunicación entre éstos y una falla en el establecimiento de límites que puede provocar baja autoestima y confusión en el menor, pues se puede sentir “aceptado” en su casa, porque sirve como mediador, y rechazado por sus compañeros que son los que lo sitúan en una realidad. Esto puede provocar también trastornos, como la bulimia y anorexia, por tratar de ser aceptado en sociedad, pues

desafortunadamente en estos tiempos la alimentación está guiada por una influencia social a través de los medios de comunicación en donde la “belleza” parece ser sinónimo de delgadez extrema, lo que produce una imagen corporal (lo que cada uno percibimos de nuestro propio cuerpo (Schonfeld (1979)) completamente influenciada, que permite la integración o rechazo de un determinado grupo a cada sujeto.

Los padres deben ser muy cuidadosos para evitar que los medios influyan en la estructuración de la personalidad y de la imagen corporal del niño, pues los estereotipos actuales de belleza son muy difíciles de alcanzar, esto puede producir en el niño frustración y baja autoestima.

Winnicott, en la noción del objeto transicional, indica que estos objetos son aquéllos que no forman parte del cuerpo del niño y que no reconocen como parte del exterior, pero les ayudan a salir del estado omnipotente (el menor es todo), es decir, que el objeto puede ser capaz de satisfacer al niño/a si no reconoce que ha logrado obtener satisfacción por él mismo. Ante una situación ansiosa como el pertenecer a un grupo social, el niño/a puede tomar como objeto transicional lo que esté a su alcance, como la TV., juegos de video, amigos, compañeros, profesores etc., pero principalmente la comida que lo hará retroceder a la etapa oral, en donde se sintió protegido y proveído por la madre, y de esta forma puede llegar a sentirse cómodo, comer en exceso y así padecer obesidad.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Objetivo general (propósito del estudio)

La madre como factor de riesgo en la percepción de obesidad en niños y niñas de 9 a 11 años de edad.

Explorar si la percepción de obesidad en las madres influye en la percepción de obesidad en sus hijos y su relación con los factores de riesgo asociados a este trastorno.

4.2 Planteamiento del problema

¿Existirá relación en la presencia de factores de riesgo asociados con peso corporal (alterado), obesidad e imagen corporal por medio de la percepción de las madres y la presencia de estos mismos factores en sus hijos?

¿Existirá influencia de la madre obesa en la imagen corporal del niño/a de 9 a 11 años?

¿Influirá el que la madre no sea obesa en la estructuración de la imagen corporal del niño/a de 9 a 11 años?

¿Influirá el sexo del menor en la percepción de algún trastorno alimenticio?

¿Influirá la madre de la misma manera en la percepción de obesidad en ambos sexos?

¿Habrá alguna diferencia en la percepción de imagen corporal en niños que en niñas al tener una madre obesa?

¿Se desarrollarán trastornos alimenticios a partir del tipo de relación que se establezca entre madre hijo/a?

4.3 Hipótesis

Esta investigación no contó con hipótesis estadísticas. Por consiguiente, se propusieron sólo hipótesis de trabajo como alternas que fueron fundamentadas en porcentaje por medio de una correlación de Pearson en la que una de ellas fue significativa y la otra sólo tuvo una tendencia. Correlacional-exploratorio lo que significa que trata de encontrar la relación de la influencia de la madre en la percepción de obesidad en sus hijos y es uno de los primeros realizados en México.

Existe relación entre los factores de riesgo asociados a peso corporal y obesidad entre diadas de madres e hijos.

Existe relación entre los factores de riesgo asociados a imagen corporal entre diadas de madres e hijos.

4.4 Variables

Variables dependientes:

Percepción: Organización, interpretación, análisis e integración de estímulos que implica a nuestros órganos sensoriales y al cerebro.

Preocupación por el Peso corporal: Cuidado excesivo del peso corporal, lo que lleva a la búsqueda de una imagen establecida por la sociedad en la mayoría de los casos y de la familia, dejando al último los deseos del sujeto que puede sentir que es lo único que tiene bajo control.

Obesidad: Es la acumulación excesiva de grasa corporal; es un trastorno complejo que se desarrolla debido a múltiples factores: genéticos, fisiológicos, metabólicos, conductuales, psicológicos, nutrimentales, sociales, y culturales, donde los psicológicos juegan un papel determinante, dado a que, en el sujeto, no solo cambia y se deforma su apariencia física al aumentar de peso, sino la emocional, terminando de esta forma con la autoestima, seguridad y cuidado e interés hacia sí mismo.

Que se obtendrá:

$$\text{IN (índice de nutrición)} = \frac{\text{peso estimado Kg./talla estimada m}}{\text{Peso para edad Kg./ talla para edad m}} \times 100$$

Y con ayuda de la siguiente tabla de indicadores de peso con índice nutrimental dadas por la OMS y retomadas por la doctora Pérez Gómez Mitre Gilda y Saucedo (1997).

>90%= bajo peso

90-110%= Normo peso

110-120%= Sobrepeso

120%= obesidad

Factor de riesgo: Se entiende como factor de riesgo todo aquello que incrementa la probabilidad de que se presente un determinado tipo de conducta alimentaria. (como mala alimentación, de tipo emocional comer a causa de un malestar producido por un sentimiento, o que surja a causa de una alteración de tipo genético).

Imagen corporal: (Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal). Schonfeld (1979) define a la imagen corporal como “la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos”. Para este autor la imagen corporal es un fenómeno psicológico, pero a pesar de esto, va a comprender la visión que tenemos de nosotros mismos no sólo a nivel psicológico, sino también físico, fisiológico y “social”, que también puede ser posible a partir de la imagen corporal de las otras personas creándose a través de las experiencias, acciones y actitudes de los otros que son dirigidas a nuestro cuerpo Schilder (1987).

Variables independientes: Son aquellas que no se modifican por lo que en este caso son: Madres y niños.

VARIABLES EXTRAÑAS: Se presentaron niños de otras edades, niños de la calle interesados en participar pero no afectaron el estudio pues no se tomaron en cuenta en la realización de la investigación, dado que no cumplían con las características para formar parte de dicho estudio.

4.5 Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue de carácter correlacional-exploratorio, para saber si había influencia de la madre en la percepción de la imagen corporal en los menores; de campo, pues se realizó al exterior y transversal ya que se midieron una sola vez las variables de este trabajo. Se realizó una correlación para fundamentar por porcentajes la exploración de los rasgos cualitativos: percepción, imagen corporal e ideal de belleza para observar las diferencias en ambos sexos.

4.6 Muestra

Se trabajará con una muestra de N=60 diadas de madres-hijos subdivida en dos submuestras: N1=30, madres de niños (sexo masculino), y N2=30, madres de niñas (sexo femenino), entre 9 y 11 años de edad.

Criterios de selección

El estudio se aplicó a dos grupos, uno constituido por 30 niños y otro por 30 niñas entre los 9 y 11 años de edad, escolaridad del 4º a 5º de primaria que se encontraban a cargo de sus madres, quienes contestaron su respectivo cuestionario. No se tomó en cuenta un rango de edad entre ellas, se procuró

escoger a niños que presentaran sobrepeso y obesidad, pero se llegó a considerar también a niños que no presentaban tan marcadas dichas características.

4.7 Instrumento

Se aplicará el *Cuestionario sobre la alimentación y salud para niños y niñas* (Gómez Pérez-Mitre, Hernández y Moreno, 1999) y el *cuestionario sobre alimentación y salud para madres*, (este último de los mismos autores) (Ver anexo A,B,C), los cuales exploran las siguientes áreas:

- 1) *Sociodemográfica*: nombre, edad, escuela, lugar de residencia, con quien vive etc.
- 2) *Antropométrica*: Peso, talla y fecha del último registro.
- 3) *Ingesta alimentaria*: En este punto por medio del método de recordatorio de 24 hrs., se preguntó por los alimentos que habían consumido un día anterior (reactivos del 6 al 10 y 42 en el cuestionario de los menores; en el de las madres fueron los reactivos del 43 al 47).
- 4) *Socialización familiar alimentaria*: Podemos encontrarla en el caso de los niños por ejemplo en la pregunta ¿Cuándo como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron? En este caso de manera autoritaria y de manera permisiva en la pregunta ¿escojo los alimentos que yo quiero? y en los reactivos 11,12,19,21,22,27 y 29 y para las madres en los reactivos del 28 al 35 en el 39 y 59.

- 5) *Actitud hacia la obesidad y la delgadez:* en la pregunta ¿Un niño/a gordo/a es? Y en los reactivos 13 y 41 en el caso de los menores y las madres en el reactivo 70.
- 6) *Conducta alimentaria:* Conducta alimentaria de riesgo en el reactivo: ¿Cómo tan rápido que siento que la comida se me atraganta?, en hábitos alimentarios inadecuados ¿Cómo frente a la televisión?, conducta alimentaria relacionada con estados de ánimo ¿Cuándo me enojo dejo de comer? Y Concepto de sobrealimentación ¿Comer mucho es? En el caso de los niños en los reactivos del 14 al 18, del 23 al 25, el 30,31,33 y 34.
- 7) *Preocupación por el peso corporal y por la comida:* ¿Llegar a estar gordo me preocupa? En el cuestionario de los niños los reactivos 20, 28, 38, 39,40 y 43 para las madres el 71 y 72.
- 8) *Imagen corporal:* Alteración de la imagen corporal: Figura ideal: Me gustaría que mi cuerpo fuera como... (reactivo 45) y Me gustaría estar... (32). Fig. actual: Mi cuerpo se parece más a... (44). Autopercepción del peso corporal: Creo que estoy... (35). Satisfacción con la Fig. corporal (52 y 58 para el cuestionario de las madres).

Además de estas áreas, el cuestionario para madres (anexo A) explora también lo siguiente:

- 1) Datos antropométricos del niño/a: peso y talla

- 2) Conducta alimentaria del niño/a: ej. ¿Su hijo come frente a la televisión? (reactivos 53,56 y 65)
- 3) Antecedentes familiares como factor de riesgo: ej. ¿Algún miembro de la familia ha tenido problemas de obesidad? (reactivos 24 y 61).
- 4) Hábitos alimentarios: ej. ¿Se considera exigente con el uso de servilletas, cubiertos o mantenerse limpio durante la comida? (reactivos 39, 53, 56,59 y 62).
- 5) Relación materna: ej. ¿Usted se considera cariñosa con su hijo/a? (reactivos 33,38 y 57).
- 6) Relación paterna: ej. ¿El padre del niño/a es cariñoso? (Reactivos del 67 al 69).

Los puntajes son abiertos, algunos dicotómicos y la gran mayoría tienen tres opciones de respuesta (nunca, a veces y siempre). Se asignó el puntaje más alto a la respuesta que implicaba mayor problema.

4.8 Procedimiento

Se acudió a diferentes escuelas primarias en las delegaciones Azcapotzalco y Miguel Hidalgo para establecer contacto con los directivos y solicitarles el permiso de acceso a las instalaciones para darles a conocer el cuestionario que iba a ser aplicado; sin embargo, sólo en dos escuelas se obtuvo el permiso para poder hablar con los directivos. En ambos casos hubo mujeres que lo consideraron peligroso para los niños después de haber leído el cuestionario. Mencionaron que iba en contra de los derechos de los niños, pues hacía preguntas de carácter personal que podían ser consideradas por los

padres como ofensivas y que violaban la privacidad de los niños/as y de las madres.

Se les sugirió que los niños lo contestaran como tarea y lo compartieran con sus madres, lo cual provocó rechazo de las directoras; expresaron no querer tener problemas debido a que los padres de familia eran personas muy “especiales” y que podrían mal interpretar el contestar un cuestionario de una persona ajena a la institución.

En otras escuelas ni siquiera hubo contacto con alguna autoridad, sólo con los conserjes quienes informaban a ambas partes. De esta manera, sólo se pudo entrevistar a las madres y a los niños afuera de las diferentes instituciones públicas y privadas. A la hora de la salida, un ayudante les invitaba a participar y les informaba que se les aplicarían los cuestionarios cerca de la escuela en los diferentes parques públicos, en donde se colocó una mesa y 3 sillas de plástico plegables para que pudieran contestar lo más cómodo posible. Sobre la mesa se colocaron lápices, gomas de borrar, plumas y sacapuntas y se les mencionó que podían contestar con lo que ellos se sintieran más cómodos.

Hubo una adecuada iluminación y se protegió el espacio con una sombrilla grande. Por otra parte, la ventilación se salió un poco de control, pues el viento soplaba y ocasionaba que los cuestionarios volaran, volviendo un poco incómodo el proceso.

Se les pidió, tanto a los niños como a las madres, que realizaran una fila, pues hubo ocasiones en que se juntaron más de 3 parejas de madres e hijos.

Posteriormente se solicitó a las madres la credencial de la escuela del niño (a) para corroborar su edad y el parentesco, se les entregaron ambos cuestionarios a las madres *sobre la alimentación y salud para niños y niñas* (Gómez Pérez-Mitre, Hernández y Moreno, 1999) y *el cuestionario sobre alimentación y salud para madres*, haciéndoles mención de la investigación y la importancia de ésta. Se les pidió amablemente que respondieran, se les dio una breve explicación para motivarlas a que participaran, al igual que a los menores; sin embargo, se notó nerviosos a los niños y preguntaban con mucha frecuencia a sus madres. Este procedimiento se llevó a cabo en 3 diferentes ocasiones.

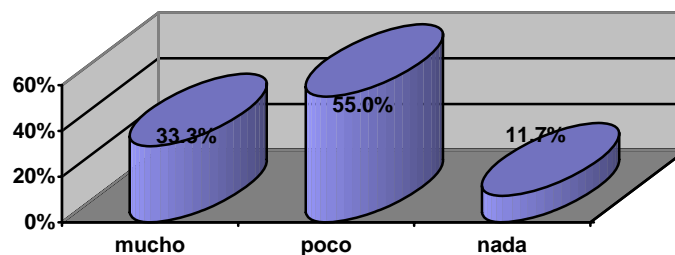
Hubo casos en que los cuestionarios fueron aplicados a hijos de vecinos y a niños conocidos de las colonias el Recreo y Ángel Zimbrón en la delegación Azcapotzalco; pero la mayoría de la muestra se obtuvo de escuelas particulares afuera de las instalaciones, dado que tanto las madres de familia como los niños fueron más participativos y cooperaron con mayor facilidad.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de este estudio se obtuvieron a partir del cuestionario sobre la alimentación y salud para niños y niñas, así como del cuestionario sobre alimentación y salud para madres (Gómez Pérez-Mitre, Hernández y Moreno, 1999), cuyas respuestas aportaron datos cuantitativos que se analizaron también cualitativamente.

A continuación se presentarán las graficas y la explicación clínica de los resultados obtenidos.

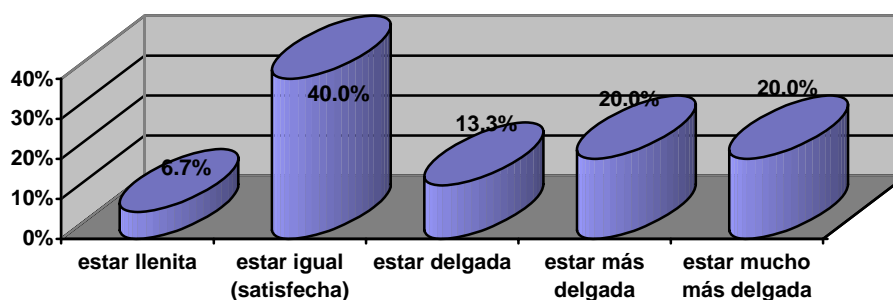
GRÁFICA 1. SATISFACCIÓN CON LA PROPIA FIGURA (MADRES).



La gráfica 1 nos habla de la satisfacción de la figura corporal en las madres de ambos grupos (niños/as). El 55% que representa a 33 madres se sienten poco satisfechas, el 33.3% que es igual a 20 madres están muy satisfechas y el 11.7% constituido por 7 madres nada satisfechas. Por lo que se observa, el mayor porcentaje de las madres se siente poco satisfecha con su figura, esto puede ser el resultado de la influencia de los medios de comunicación como la televisión, programas, comerciales, anuncios, espectaculares, etc., que en la mayoría de los casos resaltan una figura delgada, lo que provoca en las madres el deseo de tener una figura delgada que vaya de acuerdo con la aceptación de la sociedad, aunque en la mayoría de los casos sea casi imposible porque padecen sobrepeso.

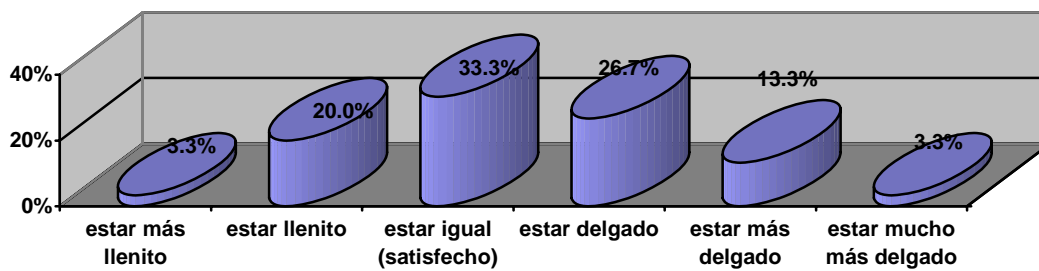
El no tener una figura deseada puede producir en ellas sentimientos de inseguridad y percibirse en una constante competencia o en desventaja con otras mujeres, lo que las lleva a no sentirse deseadas por su pareja y con una enorme frustración por no cumplir con el estándar esperado de figura ideal por la sociedad, no obstante, las personas que padecen sobrepeso buscan ser amadas y reconocidas y en la mayoría de los casos esto es inconsciente, afectando de esta forma su autoestima que es la visión positiva o negativa que se tiene de uno mismo.

**GRÁFICA 2. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL
(NIÑAS)**



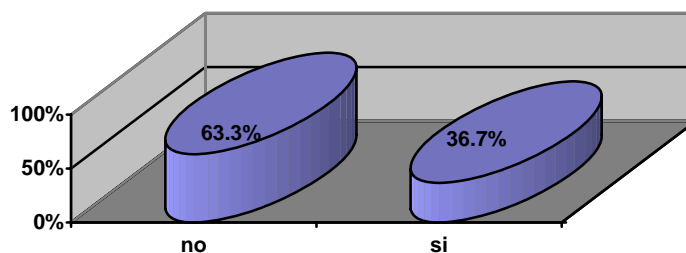
La gráfica 2, el 40% de las niñas reportan sentirse satisfechas con su figura; sin embargo, hay una tendencia importante a querer ser más delgadas, relacionada con el resultado de la insatisfacción que tienen las madres con su propia figura, siendo esto el resultado de una influencia del ideal de belleza de la madre que marca la importancia de las palabras positivas o negativas que la madre dice a la niña pues es lo que va a ayudar a la estructuración de la imagen corporal. Lacan (1946) en el estadio del espejo menciona que para la estructuración de la imagen primero se tiene que reconocer en la mirada del otro (madre) ya que es quien unifica al niño/a ayudándole a adquirir una identidad, por medio de esas palabras.

GRÁFICA 3. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL (NIÑOS)



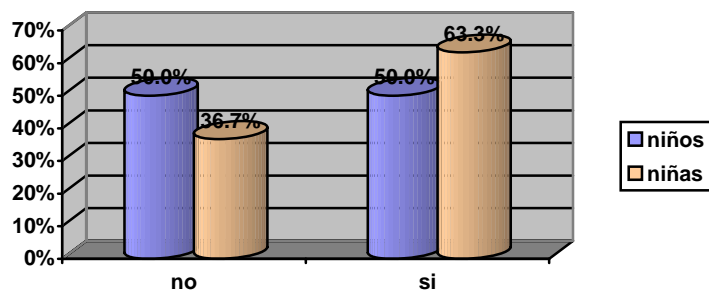
La gráfica 3, el 33.3% es decir 10 varones reportaron sentirse satisfechos con su figura, pero el 26.7% dado por 8 varones se sienten menos satisfechos, por lo que quieren ser más delgados; un porcentaje importante, el 20% que es igual a 6 varones, quieren ser más gruesos, lo que se relaciona con que los niños (varones) quieran ser delgados si sus madres son obesas o con sobrepeso y que quieran ser más gruesos si sus madres son delgadas; esto puede explicarse a partir de la teoría de Freud (1921) que Lacan (1964/1973) retoma, en donde el niño (varón) está intentando salir del Edipo para lograr una identificación con el padre y esta se dará siendo diferente a su madre, es por esto que hay tendencias importantes en los porcentajes; como en el caso de las niñas esta identificación se da con la madre, no se sienten satisfechas con su figura, esto, puede surgir también debido a un estándar de belleza en la actualidad lo que provoca confusión de musculatura con obesidad en los niños, por lo que se puede decir, que el atractivo influye de manera temprana en los niños, debido a esa necesidad de identificación con el padre.

GRÁFICA 4. PREOCUPACIÓN POR EL PESO (MADRES).



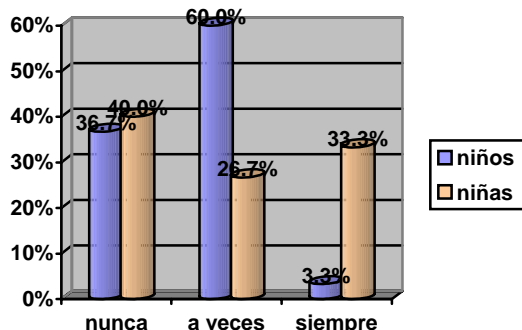
La gráfica 4, a pesar de que las madres de ambos grupos reportaron sentirse poco satisfechas con su figura corporal, el 66.3% no le preocupa su peso, sólo al 36.7% le preocupa subir de peso porque desean tener un cuerpo delgado debido al ideal de belleza. Esto va de la mano con la imagen corporal que es un componente del yo el cual va a influir de forma positiva o negativa en el autoestima y de la manera en que sea vista la madre por la sociedad que va a estar basada principalmente en la manera en que ella se perciba; es por esto que a pesar de que no están satisfechas con su figura corporal porque tienen sobrepeso parece no importarles, reflejando inconscientemente que el alimento es una forma de satisfacer ansiedades reprimidas siendo la manera en que un sujeto estructura un lenguaje que va negado con la realidad, siendo éste caso, que las madres quieren ser más delgadas y se sienten insatisfechas corporalmente, pues es sabido que para tener lo que se desea físicamente, se deben realizar rutinas de ejercicio y una alimentación balanceada, lo que puede representar para muchas personas un sacrificio en cuanto a tiempo y cambio de hábitos.

GRÁFICA 5. ¿TE PREOCUPA TU PESO? (NIÑOS/AS)

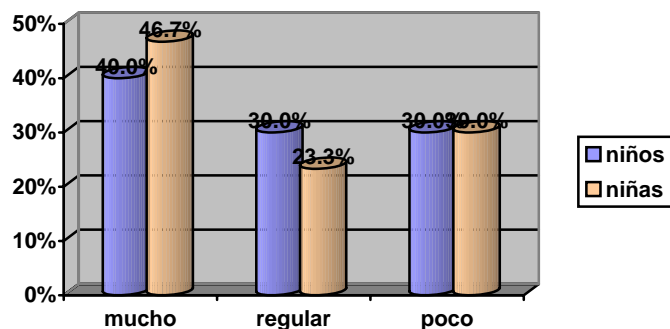


En la gráfica 5, la preocupación del peso corporal es mayor en las niñas, corresponde al 63.3%. En el caso de los niños (varones), el 50% dijo estar preocupado y el otro 50% no, lo que indica que hay una mayor influencia, tanto de la madre y de la sociedad, para que la niña a edad temprana se sienta incómoda con su peso y, por lo tanto, con su figura, aunque no lo reporte, pues al estar preocupada por su peso es obvio que algo le incomoda en su apariencia. En la actualidad, la figura femenina es más vista y, criticada y por consecuencia, más “maltratada” en el aspecto de tener que ser perfecta y la mejor en todos los órdenes y sin ayuda, lo que origina que exista un desequilibrio emocional en relación a la autoestima.

**GRÁFICA 6. MIEDO DE COMER POR
ENGORDAR (NIÑOS/AS)**



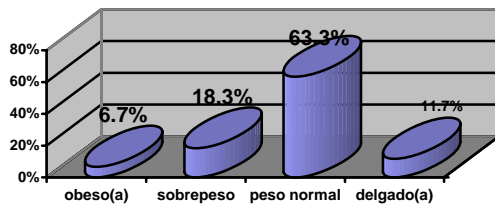
**GRÁFICA 7. PREOCUPACIÓN POR LA
GORDURA NIÑOS/AS**



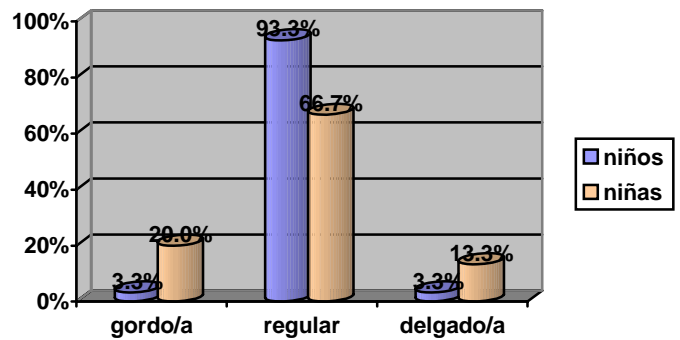
En la gráfica 6, en cuestión de rechazo a la gordura en niños y niñas, un 60% de los niños expresó a veces sentir miedo de comer por engordar y un 40% dijo nunca sentir miedo; aún así, un número mayor, es decir un 26.7%, eligió la opción de a veces sentir miedo. Esta actitud se relaciona también con aspectos de la gráfica 7, que nos indica la preocupación por la gordura en niños/as. Los mayores porcentajes, tanto en niños (40 %) como en niñas (46.7%), les preocupa padecer obesidad, aunque parezca contrastante en las niñas que reportan un mayor porcentaje en el “nunca sentir miedo de engordar” por comer; les preocupa mucho ser obesas, lo que puede ser debido a que están llevando una adecuada alimentación, pero les causa temor el engordar pues en ese aspecto no se estarían identificando con la madre, dado que la madre tiene como ideal de belleza la delgadez. Esto comprueba que hay una identificación de la niña con la madre y que está relacionado con el periodo de separación-individuación de M. Mahler pues en este aspecto la niña desea estar unida a la madre pero al mismo tiempo separada de ella lo que le va a dar las bases de un sentimiento de identidad para la adolescencia. En el caso de los niños, ambos aspectos les preocupan, esto a consecuencia de los

comentarios de su madre a su propia figura pues los niños/as se estructuran a partir de las palabras, que los padres les dicen así como lo que dicen sus demás compañeros y/o comentarios o situaciones vividas.

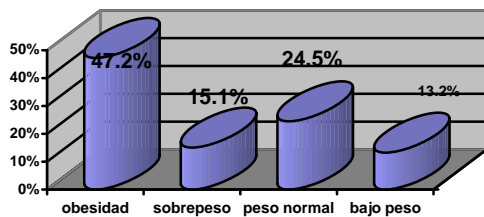
GRÁFICA 8. PERCEPCIÓN DE PESO DE MADRES A HIJOS



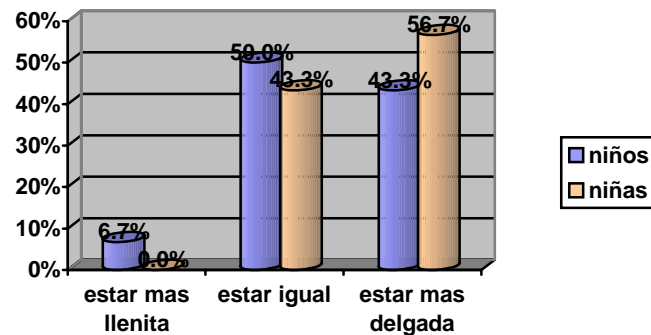
GRÁFICA 10. AUTOPERCEPCIÓN NIÑOS/AS



GRÁFICA 9. INDICE NUTRICIONAL DE HIJOS/AS REPORTADO POR LAS MADRES



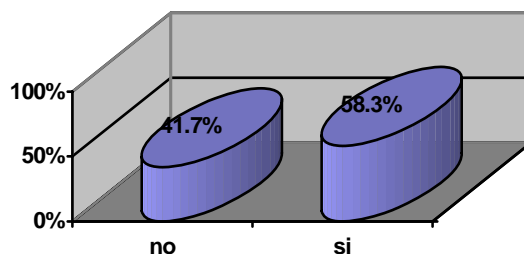
GRÁFICA 11. ¿ME GUSTARÍA ESTAR? NIÑOS/AS.



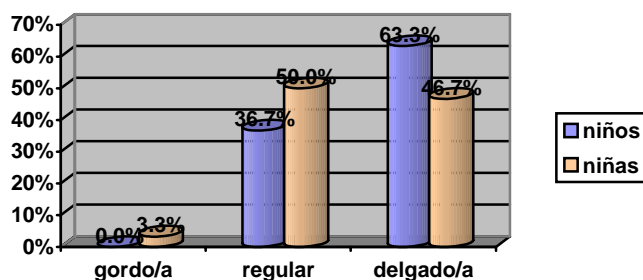
La gráfica 8, nos habla acerca de la percepción que tienen las madres del peso de sus hijos: el 63% los percibe con normo peso, pero en el reporte de índice nutrimental, gráfica 9, un 47.2% los reportan como obesos, siendo este porcentaje la mayoría; en la gráfica 10, los niños (93.3%) se perciben como

regulares y las niñas (66.7%) también, aunque un 20% de las niñas se percibe como gorda, lo que refleja que los niños/as, a pesar de que sus madres los perciben con peso normal, los encasillan como obesos. Esto puede ser causa de que ellos quieran ser más delgados, gráfica 11, en el caso de las niñas, en un mayor porcentaje (56.7%), o en su peso en el caso de los niños (50%), pues están confundidos debido a que la madre puede ser quien los esté criticando en cuanto a su peso, pero a la vez los consuele sobrealimentándolos, provocando obesidad y, por lo tanto, un desbalance en la percepción, en ambos sexos, de una adecuada figura corporal. Este es un ejemplo de lo que Lacan llama imagen especular que es igual a la imagen del semejante y existe una identificación por medio del campo visual, en este caso el de la madre es por esto que niñas y un porcentaje importante en niños, quieran ser más delgados como su madre porque ella les trasmite por medio de comentarios su inconformidad con la imagen corporal de los niños/as manifestando de esta manera su propia inconformidad con su figura, esto es lo que crea confusión en los menores dado que en un principio solo tienen la imagen de la madre para seguir como modelo o ejemplo (alienación).

**GRÁFICA 12. ¿Considera que una persona atractiva es delgada?
(MADRES)**



GRÁFICA 13. Un niño/a guapo/a es: (NIÑOS/AS)



En la gráfica 12 se les pregunta a las madres de ambos grupos si consideran que una persona delgada es atractiva (ideal de belleza) un 58% reportó que sí, y en la gráfica 13 a los niños/as se les preguntó acerca de cómo consideraban que un niño/a era guapo/a si era gordo, regular o delgado. Contestaron así, un 63.3% de los niños como delgados y un 50% las niñas como regular, pero un 46.7% de las niñas también creyó que eran delgados los niños/as guapos/as, por lo que de esta forma se remarca la importancia que tiene la madre en los niños/as, pues es su influencia la que los hace crear conceptos a través de los propios, y así surge el ideal del yo de la madre depositado en sus hijos pues es ella quien desea estar más delgada y determina sus preferencias, esto posteriormente crea la individualidad de criterio en los menores basándose en la educación de sus padres y en los

rangos establecidos por los medios de comunicación que existen en nuestra sociedad.

Es importante concluir este capítulo con la importancia de las gráficas que relacionan las ideas principales de esta investigación, según las hipótesis; son las gráficas 1 satisfacción con la propia figura madres y la 3 satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal niños (varones) que nos refieren a la hipótesis 1, en donde: Se cumple la condición en 13 niños (varones) el 43.3% de querer estar más delgados si su madre es obesa o padece sobrepeso y estar más llenitos en 7 niños el 23.3% si su madre es delgada, debido a la influencia de 40 mamás el 66.7% en el total de la muestra estudiada, los otros 10 niños el 33.3% quieren estar igual por lo que en ellos no existe influencia de la madre.

A continuación se presentan las relaciones del porcentaje de las gráficas 11 y 12 referentes a la hipótesis 2. En donde se les cuestiono a los menores ¿Me gustaría estar? Y a las mamás ¿Considera que una persona atractiva es delgada?, 35 madres estudiadas que representan el 58.3% contestaron sí, esto influye en 17 de las niñas estudiadas el 56.7%, en cuanto al ideal de belleza, pues consideran que una persona es bella si es delgada.

Se corroboró la relación que se encontró en las variables asociadas con el peso corporal de la madre y la imagen corporal de los niños/as, lo que significa que, a mayor peso de la madre, el niño (varón) quiere ser más delgado y/o, a menor peso de la madre, el niño quiere ser más gordito, lo que demuestra desde la teoría que el niño intenta identificarse con su padre al ser diferente a su madre reflejando una adecuada resolución del Edipo. Se comprobó también que la relación entre el ideal de belleza que predomina en

las madres y la imagen corporal de los niños/as sugiere que, cuando existe un ideal de belleza ligado a la delgadez entre las madres, aumenta la insatisfacción corporal (deseo de una silueta delgada) entre las niñas (mujeres) pues también hay una identificación con su madre ya que quieren ser igual a ella y la madre vuelca en ella sus ideales según Lacan (1946).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para dar respuesta a las Hipótesis de Trabajo1. “Existe relación entre los factores de riesgo asociados a peso corporal y obesidad entre diadas de madres e hijos”. Se aplicó un análisis mediante el coeficiente de Correlación de Pearson en donde se puede observar que no existe correlación entre las variables asociadas con el peso corporal de la mamá y del niño/a (ver tabla 1). Sin embargo en las variables asociadas con el peso corporal de la madre y la imagen corporal de los niños/as (ver tabla 2) se puede observar que existe una correlación entre el IMC reportado por las madres y la insatisfacción corporal de los hijos varones. Esta correlación es inversa, sin embargo debe considerarse que los puntajes más bajos en el IMC de las madres se refieren a mayor peso, entonces la correlación es como sigue. “A mayor peso (en madres) mayor insatisfacción positiva en niños (deseo de estar más delgados)” y “a menor peso (madres) mayor insatisfacción negativa en niños (deseo de estar mas gruesos)”. La prueba de hipótesis indica que se puede aceptar la hipótesis alterna si se relacionan únicamente las dos variables que obtuvieron correlaciones significativas (IMC madres e insatisfacción de la imagen corporal entre niños varones). Con respecto a las demás variables estudiadas no existieron resultados significativos.

Tomando en cuenta que en el área de las ciencias sociales se da un rango de error del 0.05% lo que significa que al obtener un resultado \pm a este porcentaje será significativo. En este caso $p = \alpha$ a la significancia.

TABLA 1. VALORES OBTENIDOS EN RELACIÓN AL PESO CORPORAL DE MADRES E HIJOS

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	IMC -R NIÑO/A	IMC-R MADRE (hijo)	CREO QUE ESTOY	T PREOCUPA TU PESO	LLEGAR A ESTAR GORDO/A	ME GUSTARIA
IMC-R MADRE	.111 p=.429	-.209 p=.110	-.047 p=.720	.019 p=.885	.132 P=.313	-.057 p=.665

TABLA 2. VALORES OBTENIDOS EN RELACIÓN AL PESO CORPORAL DE MADRES E IMAGEN CORPORAL HIJOS/AS

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	FIGURA IDEAL	FIGURA ACTUAL NIÑOS	FIGURA ACTUAL NIÑAS	INSATISFACCIÓN NIÑOS	INSATISFACCIÓN NIÑAS
IMC-R MADRE	-.006 p=.964	-.223 p=.237	.018 P=.925	-.371 p=.044	.118 p=.536

Para dar respuesta a las Hipótesis de Trabajo2. “Existe relación entre los factores de riesgo asociados a imagen corporal entre diadas de madres e hijos”, Se aplicó el mismo análisis (coeficiente de correlación de Pearson). Los resultados obtenidos en el mismo, indican que no existe relación entre la satisfacción con la imagen corporal entre las madres y los hijos/as (ver tabla 3).

TABLA 3. VALORES OBTENIDOS EN RELACIÓN A LA VARIABLE IMEGEN CORPORAL ENTRE MADRES E HIJOS/AS

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	FIGURA IDEAL	INSATISFACCIÓN NIÑOS	INSATISFACCIÓN NIÑAS
SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL (MADRES)	.036 p=.784	.000 p=1.000	-.145 P=.446

Sin embargo, al explorar la relación entre el ideal de belleza que predomina en las madres y la imagen corporal de los hijos/as se puede observar que existió una tendencia entre la correlación del ideal de belleza de las madres y la insatisfacción de la imagen corporal de las hijas (mujeres). Esta tendencia positiva sugiere que cuando existe un ideal de belleza ligado a la delgadez entre las madres aumenta la insatisfacción corporal positiva (deseo

de una silueta delgada) entre las niñas (ver tabla 4). Se acepta la hipótesis alterna pero sólo en la relación de éstas dos variables de estudio (ideal de belleza asociado a la delgadez entre las madres e insatisfacción con la propia imagen entre las niñas).

TABLA 4. VALORES OBTENIDOS EN RELACIÓN AL IDEAL DE BELLEZA DE MADRES E IMAGEN CORPORAL HIJOS/AS

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	FIGURA IDEAL	INSATISFACCIÓN NIÑOS	INSATISFACCIÓN NIÑAS
CONSIERA QUE UNA PERSONA ATRACTIVA ES DELGADA?	-.009 p=.944	-.189 p=.317	-.359 p=.051

Esta prueba de Hipótesis no es estadística, debido a que no obedece a varios patrones de comparación y a que la muestra fue muy pequeña (menor a 100 sujetos a estudiar) para ser estadísticamente relevante. El estudio fue cualitativo y sólo son propuestas de tipo exploratorio, pues los rasgos a medir no son establecidos (percepción, imagen corporal e ideal de belleza) para ser considerados como una generalidad en todos los casos, pues son aspectos no medibles.

Esta investigación no contó con hipótesis estadísticas sino de trabajo porque fue un estudio cualitativo, que con ayuda del *Cuestionario sobre la alimentación y salud para niños y niñas (Gómez Pérez-Mitre, Hernández y Moreno, 1999)* y el *cuestionario sobre alimentación y salud para madres*, se pudo cuantificar los aspectos que se querían medir.

Las hipótesis fueron fundamentadas en porcentaje por medio del programa SPSS11 utilizado en investigaciones de áreas de las ciencias sociales, debido a que simplifica la medición de este tipo de datos con ayuda de una correlación de Pearson que es más exacta y permite obtener una mayor confiabilidad en la obtención de resultados no medibles (cualitativos) y por medio de esta prueba se asegura que se encontraron diferencias y no sólo observaciones o datos estimados, sino resultados arrojados por dicha prueba. En este caso, una de las hipótesis fue significativa y la otra solo tuvo una tendencia.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

El presente estudio fue realizado con el propósito de determinar si la madre podría ser considerada como un posible factor de riesgo en la percepción de trastornos alimentarios principalmente obesidad, en niños/as entre 9 y 11 años. Esta propuesta surge porque no ha sido estudiado dicho tema y en México la obesidad infantil ha aumentado seriamente. Debido a esto se asocia la probabilidad de ser un adulto obeso.

Esta investigación va tomando mayor interés pues en México y en Latinoamérica (en la mayoría de los casos) es la madre quien se encarga de alimentar a sus hijos y es ella con quien los niños están la mayor parte del tiempo. La importancia de esta propuesta radica principalmente en la relación de la madre como posible factor de riesgo en la percepción de obesidad en el menor, es decir, si existe relación asociada a peso corporal, obesidad e imagen corporal de las madres en sus hijos y si esto puede ser determinante en el desarrollo de un trastorno alimentario posterior.

En esta investigación la mayoría de las madres eran casadas y tenían estudios profesionales. A pesar de esto no estaban trabajando, por lo que podían estar más tiempo con sus hijos y vigilar o llevar un adecuado régimen alimenticio. Si bien las madres reportaron sentirse insatisfechas con su figura actual, hubo una contradicción cuando mencionaron no estar preocupadas por su peso; de igual forma señalaron que han subido de peso, lo que las lleva a un “no” rotundo de tener más peso, en la gran mayoría, lo que influye de manera importante en la respuesta de las niñas en la preocupación de su peso, pues parece que esta actitud repercute en una misma preocupación, dato

interesante que se puede comparar con los resultados obtenidos en la pregunta de los niños/as ¿has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo/a?. La mayoría respondieron que nunca, pero en el caso de las niñas un porcentaje representativo eligió la opción siempre, y en ambos casos les preocupa estar gordos.

La percepción de las madres en cuanto a la imagen de sus hijos es en realidad un poco extraña, dado que los reportan como niños/as con obesidad, pero los perciben con normopeso. Es interesante en este aspecto mencionar al autor Cormillot (1977) quien refiere que existen madres que usan la comida como medio para controlar la conducta; lo que puede ser causa de dicha contradicción, pues nos habla de una insatisfacción propia de la madre que proyecta en sus hijo/a. Debido a esto, se les complica el llegar a un acuerdo en sus respuestas y esto se confirma en la percepción de los niños/as, pues ambos se asumen con normopeso, pero en el caso de las niñas un 20% del 100% se percibe gorda y un 13% del 100% de los niños se perciben delgados, porcentajes contrastantes que llevan a las niñas a un deseo de estar más delgadas y a los niños a querer estar en su peso actual.

Otro dato a considerar es que a ambos sexos se les cuestionó: “¿un niño/a guapo/a es?”.

En el caso de las niñas, el 50% respondió con normopeso, y en el caso de los niños, un 63.3% contestó que delgados, sin considerar en ningún momento la obesidad, pues arrojó un 0% dicha opción.

De igual forma Saldaña y Rossell (1988) expresan que la alimentación se da a través de reforzamiento positivo y es aprendida, por lo que la madre, como se puede observar en los resultados de esta investigación, es la que

pasa la mayor parte del tiempo con el niño/a, es quien tiene una mayor influencia en ellos. En el caso de las niñas, el aspecto de que las madres no se sienten satisfechas con su figura da como consecuencia que las niñas tampoco.

En los resultados de esta propuesta, el caso de las niñas presenta una tendencia referida al ideal de belleza de las madres, lo que quiere decir que si las madres tienen como ideal de belleza una figura delgada, aumenta la insatisfacción corporal en las niñas, pues quieren ser más delgadas buscando así cumplir con el “deseo inconsciente” de la madre en su propia percepción, para poder lograr una identificación que Freud define como un mecanismo que tiende a volver al propio yo parecido al otro que se ha tomado como modelo, en este caso la percepción de la madre. “El YO copia a la persona amada u odiada”.

Los resultados obtenidos demuestran que no existe relación entre el peso corporal de la madre y del niño/a; más bien, el peso corporal de las madres con la imagen corporal en los niños varones sí aparece una correlación, lo que significa que a mayor peso de las madres es mayor el deseo de los hijos por estar delgados y a menor peso de las madres aumenta el deseo de los niños por ser más gruesos.

Melanie Klein (1932), quien habla de la imagen que percibe el niño como una sola con la madre es un ejemplo que demuestra en este caso que los varones ya no quieren percibirse igual que ellas pues quieren ser diferentes. Este proceso también es conocido como el complejo de Edipo dado por Freud, en donde el niño (varón) de esta manera busca una identificación con el padre siendo diferente a su madre.

Este aspecto también puede ser reconocido en el estadio del espejo por J. Lacan (1936), pues el niño se ve reflejado hacia su propia percepción por medio de las palabras de su madre y de esta forma va estructurando su propia imagen. Este período se da a partir de los seis meses y hasta el año y medio, pero, como podemos darnos cuenta, tiene influencia en la adecuada o inadecuada percepción del ser humano. Winnicott también menciona que el niño responde debido a las sensaciones que percibe por medio de su cuerpo; sin embargo, la madre es quien influye en la percepción del mundo que lo rodea y puede estar relacionado con los estándares de moda actuales, esto es, que el niño logra una interacción con el ambiente a partir de la relación que establece en un inicio con la madre (palabras, caricias, modo de cargarlo, el arrullo etc.).

Erikson señala que una madre al ser indiferente, sobreprotectora o autoritaria obstaculiza en sus hijos el desarrollo de su autonomía e identidad y convierte a sus niños en personas demandantes de afecto y en la mayoría de los casos obesos, debido a sobrealimentación o descuido en está, presentando también otros trastornos alimenticios como bulimia u anorexia.

Ávila (1982), señala que la importancia de la comida radica no sólo en sus valores nutritivos, sino que muchas veces las madres la utilizan para premiar o castigar conductas, esto da como resultado que llegue a ser percibida por los niños como un sustituto de amor y seguridad y de esta forma confundirlos, pues al estar ellas insatisfechas con su imagen corporal y tomar como sustituto la comida, provocan en sus hijos(varones) que quieran ser más delgados si ellas son gruesas o más gruesos si ellas son delgadas y en sus hijas estar más delgadas para ser más bellas lo que se convierte en un proceso

de aprendizaje al que Spitz (1954) lo llama proceso de amoldamiento, consistente en intercambios entre la madre y el hijo, quienes influyen el uno en el otro; pero más al menor en este caso que es quién está aprendiendo.

De tal forma Erikson (1983) sustenta que el desarrollo de la personalidad es un proceso hacia una completa adquisición de un yo individual en los niños que les proporciona un auténtico sentimiento de identidad, los ubica en la realidad y los capacita para controlar impulsos instintivos, reglas y normas paternas.

Es por eso que en este proyecto se pudo encontrar que la madre sí influye en la percepción de obesidad en sus hijos/as, pues en el caso de las niñas quieren ser delgadas debido a que su madre tiene ese ideal y los niños ser lo contrario a ellas según se perciban, pues a esa edad todavía hay influencia de los padres y se siguen constituyendo muchos aspectos importantes en los menores; uno de ellos es su imagen corporal, dado que a esa edad ellos se van adaptando y adquiriendo influencias de su medio.

La diferencia de la influencia de la madre que surgió entre ambos sexos, es decir, que las niñas quisieran ser más delgadas para ser más bellas y que los niños más delgados si sus madres eran gordas o con sobrepeso y más gruesos si sus madres eran delgadas, según Taylor (1980), es dada debido a que la imagen corporal se crea por diversos factores como: individuales, roles de acuerdo con el sexo del individuo, valores culturales y el contexto social en el que se desarrolla cada individuo.

Estos resultados pueden estar influidos por la importancia que le dan las madres al entorno social, porque desafortunadamente en estos tiempos la delgadez parece “proveer” a cualquier sujeto de todo lo que desee, como lo es

rodearse de amigos, dinero, chicos/as, fama, etc., pero no se hace mención de las terribles consecuencias que esto puede ocasionar, como serán los trastornos alimenticios, entre ellos bulimia, anorexia y, en contraste, la obesidad.

Catherine Wolf (2000) menciona que la madre proporciona al niño la capacidad de relacionarse con las cosas y llegar a dominarlas, lo cual significa que si la madre da bases sólidas en este caso, en cuanto a educación en la alimentación, el niño seguirá dichos patrones adecuadamente.

Cabe señalar la importancia de una adecuada alimentación, como información interesante, refiriendo a los siguientes autores: Abraham y Nordsieck (1960) realizaron un estudio de seguimiento durante 20 años de 120 niños obesos y no obesos, de 10 a 13 años de edad. Hallaron que la mayoría de los niños obesos se convirtieron en adultos obesos, lo cual puede dar razón a creer que la obesidad en niños de edad escolar y adolescentes predispone a la obesidad en la vida adulta.

Es de vital importancia darnos cuenta de que siendo la infancia un periodo determinante en el desarrollo de la personalidad futura en un adulto, se pueda aún encontrar vacío o muy poco interés por estudiar más esta etapa en relación con este tema, por lo que hay que poner un mayor interés y motivar a los futuros investigadores a indagar más acerca de esta problemática.

El hecho de que las hipótesis en este proyecto no hayan sido aceptadas, se debe a que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la relación de factores de riesgo asociados a peso corporal y obesidad entre diadas de madres e hijos y a los factores de riesgo asociados a imagen corporal entre diadas de madres e hijos, lo que denota que

la presencia de los factores de riesgo, asociados con trastornos de la conducta alimenticia, no dependen solamente de la relación madre-hijo, sino que es un problema globalizado en la familia y en la sociedad, por lo que es importante poner énfasis en programas de promoción y prevención de la salud, en este caso en cuestión alimenticia.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones en esta investigación fue que no hubo fácil acceso para el llenado de los cuestionarios, tanto en el caso de los menores como de sus madres, debido a que en las escuelas no permitían la entrada a nadie que no fuera familiar o personal de las instituciones. Cuando se les comentaba a los directivos y al personal que atendía a las solicitudes (en muchos casos conserjes) el propósito de la investigación y la necesidad de tener contacto con los menores y sus madres, el “no” era rotundo; los directivos argumentaban que podía ir en contra de los derechos de los niños y en contra de la privacidad de los familiares.

Otra limitación que surgió fue al momento de seleccionar el instrumento de medición, pues se pretendía evaluar con el test de la relación Madre-niño de Robert Roth que establece un marco de referencia de actitudes maternas con las que se relacionan con sus hijos/as, pero no fue posible, pues se necesitaba de la cédula profesional para poder obtenerlo prestado en Ciudad Universitaria y no estaba permitido el sacar copias, por lo que sería interesante realizar nuevamente esta investigación con dicho instrumento para obtener mayores beneficios en cuanto a información de la influencia materna en la constitución psíquica y física de los menores.

Por ser alumno/a de la Universidad Salesiana, incorporada a la UNAM, se tuvo que solicitar de la asesoría de un profesor de la facultad de psicología en Ciudad Universitaria para poder utilizar el instrumento que se aplicó en esta investigación; esto demoró más el proceso, pues se llegaron a hacer hasta 4 visitas por semana a la facultad.

Por otra parte, se sugiere trabajar con diadas (madre-hijo) en adolescentes, porque ya tienen un ajuste en la imagen corporal; observar la influencia de madres delgadas en las niñas y de madres obesas en niños, que fue en donde esta investigación reveló tendencias importantes en dichas relaciones y, finalmente, trabajar sobre todo con medidas objetivas de peso y talla.

Se recomienda hacer una petición formal y con anticipación a diferentes instituciones, para poder tener acceso a las instituciones o, en su defecto, hacer una carta directamente a la SEP explicando la importancia de obtener el acceso para una realización más completa de dicha investigación. También se podría hacer una comparación de esta propuesta entre clases sociales o entre escuelas públicas y privadas para saber si esto llega a tener mayor influencia en la percepción de los niños.

Se sugiere, por lo tanto, si se padece obesidad, tratar de conocer el porqué del desarrollo de dicho trastorno, pues si se sabe cuál es la causa se podrá combatir con mayor eficacia, sin olvidar que antes de comenzar cualquier tipo de tratamiento se tiene que buscar información y ayuda, principalmente de un nutriólogo y de un psicólogo, para apoyar al sujeto en momentos de crisis.

BIBLIOGRAFÍA

Asunción Lara María *et al.*, "Características psicológicas de niños y niñas: percepción de sí mismos y de sus familias", *Boletín médico del Hospital Infantil de México (Federico Gómez) instituto nacional de Salud*, Vol. 52, México Noviembre, No. (11) 1995, p 10.

Ausubel David P *et al.*, *El desarrollo infantil; (3 aspectos lingüísticos, cognitivos y físicos)*; ed. paidós psicología evolutiva, p 275.

Bernard Ostle, *Estadística Aplicada Técnicas de la estadística moderna, cuando y donde aplicarlas*, 3ª edición, Limusa, s.f., p 517.

Barnes Lewis A, *Manual de nutrición pediátrica*, 3ª ed, Tomo II, autor Comité de nutrición American Academy of Pediatrics, 1993, p 315.

Calzada-León Raúl *et al.*, "Conclusiones de la reunión nacional de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes", *Boletín médico del hospital infantil de México*, Vol. 59, No. (8), México Agosto 20 de 2002, Monthly Publication, p 9.

Chemama a, Roland, Vandermersch Bernard, *Diccionario del psicoanálisis*, 2 ed., Buenos Aires 2004, 768p.

Colimon Kahl-Martin; *Fundamentos de epidemiología*, ediciones Díaz de santos, S.A., Medellín Colombia, 1999, p 385.

Días Portillo Isabel, *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*, 3ª edición, Pax, México 1998, p. 208.

Dolto Françoise; *Psicoanálisis y pediatría*, traductor Armando Suárez y Luis Moreno Canalejas, siglo XXI, México 1999, p 120.

DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, editor Juan J. López-Ibor Aliño, traductor Tomás de Flores i Formenti, José Toro Trallero, Joan Masana Ronquillo, Joseph Treserra Torres, Claudi Udina Abello, Masson, Barcelona, 1994, p. 909.

Engler Barbara, *Teorías de la Personalidad*, 4ª edición, traductor José Alberto Velásquez Arellano, Mc Graw-Hill, México 1996, p. 557.

Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. proyecto universitario, Madrid, Jomagar, 1985; ED paidós.

Esparza Martínez Guadalupe *et al.*, Tesis La Familia como factor de riesgo en trastornos de la alimentación en niños; directora: Dra. Gilda Gómez-Pérez-mitre, México enero 2002, ciudad universitaria, p. 95.

Feldman Robert S., *Psicología con la aplicación a los países de habla hispana*, 3ª edición, traductor Jorge Alberto Velásquez Arellano, Mc Graw-Hill, México 1998, p. 646.

Fernández Lameiras José *et al.*, *Trastornos de la conducta alimentaria del tratamiento a la prevención*, universidad de Vigo; imprime: tórculo artes gráficas, s.a.l; Rosalía de castro, Santiago de Compostela 2001, p 112.

Fomon Samuel J., *Nutrición infantil*, 2ª ed, traductor Vicente Agut, editorial interamericana, Philadelphia, 1976, p 85.

garcía-Camba Eduardo de la muela, *Psiquiatría médica, avances en los trastornos de la conducta alimentaria; anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* dirigido por jerónimo Sáiz Ruiz, ed Masson, Barcelona, 1999, p 400.

González Barranco Jorge *et al.*, "Obesidad en México"; *Consensos Funsalud*, vol. I, ED. fundación mexicana para la salud (institución privada al servicio de la comunidad) 1997, p 28.

Gómez-Peresmitré *et al.* "Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos" "Acta Pediatría de México" vol. 18, salud pública de México, Mayo-Junio 1997, (3), p 110.

Guerrero Longoria Georgina, *Tesis conducta alimentaria de riesgo y autoestima en muestras de niños y niñas preadolescentes*; directora: Dra. Gilda Gómez-Pérez-mitre, México enero 2003, ciudad universitaria, p. 133.

Guía para el análisis de datos en las áreas sociales, Programa estadístico SPSS11, Madrid : McGraw –Hill.

Hassol Dennis, *Psicología Evolutiva*, 1ª edición, traductor Lorraine Bradt, interamericana, México 1985, p 381.

Hernández B, *et al.* "Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999", *Salud Pública de México*, vol. 45, México 2004, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, p 8.

IC-10 Categorías de los Trastornos Mentales y del comportamiento, 3ª edición, editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, Quebecour Word, Bogotá S.A., 2001, p134.

Jacques Lacan, *Escritos I*, 23ª edición, Tomo 1, trauctor Tomás Segovia, Armando Suárez, Siglo XXI, s.a. de c.v., México 2003, p. 509.

Jiménez Hernández Manuel, *Psicopatología Infantil*, Aljibe, Málaga 1995, p 269.

Mahler Margaret, Pine Fred, y Benjamin Anni; *“el nacimiento psicológico del infante humano” (simbiosis e individuación)*, Buenos Aires, Marymar, 1997.

Martínez R, *La salud del niño y del adolescente*, Tomo I, Salvat, México 1983, p 228.

Martínez y M.; J. Novoa N. *La Salud del niño y del adolescente*, Tomo I; ed. Salvat, p 249.

Montesano Delfín Jesús R, *Manual de Protocolo de Investigación*, editorial Auroch, S.A de C.V (Health Care Division), México 1999, p. 176.

Pagano Robert R., *Estadística para las ciencias del comportamiento*, 5ª International Thomson, Pittsburgh, s.f., 558.

Rodríguez Domínguez José, *Lecturas universitarias 24*; antología de ciencias de la salud; Universidad Nacional Autónoma de México; dirección general de publicaciones 1975. p. 155.

Saucedo-Molina Teresita et al. *“Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad”* “Acta Pediátrica de México” vol. 40, salud pública de México, Septiembre-Octubre 1998, (5), p 397.

Serrano “Como perder peso” [En línea]. Disponible: <http://www.mipediatra.com.mx/obesidad-serrano.htm>, 15 de Junio de 2004.

Servicios de la Opinión, Salud Infantil, “Relación entre la T.V y la obesidad en niños” [En línea] Disponible:

<http://www.laopinion.com/salud/saludnutrition.html?rkey=0040302151455582121>, 30 de Julio 2004.

Spitz Rene A., *El primer año de vida del niño (Génesis de las primeras relaciones objetales)*, traductor Pedro Barcelo y Luis Fernández Cancela; ED. Aguilar, s.f. 157.

Spitz A Rene, *El primer año de vida del niño.*, et al, traductor Pedro Barcelo y Luis Fernández Cancela, fondo de cultura económica, México, s.f, p 235.

Súarez Armando, *Escritos de Lacan*, edición 23, reimpresión año 2003, tomo I, traductor Tomás Segovia, Siglo XXI, París 1966, p. 186.

Turón Gil Vicente José, *Trastornos de alimentación, anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, Masson s.a., Barcelona 1997, p 227.

Toussaint Georgina, "Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la en el escolar urbano" *Boletín médico del hospital infantil de México*, Vol. 57, México D.F Noviembre 2000, Monthly publication, p 13.

Vera Nieves M, *Prevención y tratamiento de la obesidad*, Martínez Roca libros universitarios y profesionales, España, 1989, p 155.

Winnicott Donald, *Los bebés y sus madres*, 1ª edición, traductor Laura Turner, paidós mexicana s.a, México 1990, p 161.

ANEXO A

CUESTIONARIO PARA MADRES

No. _____

CUESTIONARIO PARA MADRES

NOMBRE: _____

Primero que nada reciba un respetuoso saludo, al tiempo de solicitar su valiosa participación para realizar un trabajo de investigación que me permita graduar y terminar mi carrera. Soy estudiante de psicología en la Universidad Salesiana y estoy solicitando a las madres de familia contesten el cuestionario sobre alimentación, que les he entregado tanto a usted como a su hijo(a).

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

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

9. ¿Cuántas veces se ha casado en total? _____
10. Tiempo de relación (en años):
Tiempo de unión con el actual cónyuge: _____
Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse: _____
Tiempo que estuvo casada con su último cónyuge: _____
11. ¿Usted trabaja actualmente?
() No (Pase a la pregunta 14)
() Sí, medio tiempo
() Sí tiempo completo
() Sí, más de tiempo completo
12. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año? _____
13. ¿Cuál es su ocupación actual? _____
14. Si usted no está trabajando actualmente ¿cuál es el motivo?
() Temporalmente desempleada (o).
() No está empleada (o) y está buscando trabajo
() No está empleada (o) y no busca trabajo
() Estudia
() Mala salud
() Ama de casa
() Jubilada (o)
() Otra razón: _____
15. Si no está empleada(o) ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?
() Menos de 3 meses.
() De 3 a 6 meses
() De 7 a 9 meses
() De 10 meses a un año
() Más de un año
16. Alimentó a su hijo con:
Leche materna ()
Mamila ()
¿por qué con mamila? _____
17. ¿Asistió su hijo(a) a guardería?
NO ()
Entonces ¿Quién cuidaba a su hijo (a)? _____
Sí () ¿Hasta qué edad asistió? _____

18. Marque con una cruz la o las opciones que considere que le han ocurrido a su hija(o) durante los últimos meses:
- Problemas académicos en la escuela (calificaciones bajas, materias reprobadas, etc.)
 - Problemas con otros niños
 - Problemas de disciplina en la escuela (mala conducta, distraído, inquieto, etc.)
 - Problemas en su alimentación
 - Ninguna Otro ¿Cuál? _____

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

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

20. Durante el último mes ¿quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

En cada uno de los enunciados selecciona la opción correspondiente.

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

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

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

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

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

() Ninguno

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

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

() Ninguno

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

Yo misma (o)

Cónyuge

Hijos

Ninguno

Otro. Especifique: _____

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

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

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

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

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

30. ¿El ambiente a la hora de la comida es tranquilo y agradable?
Siempre () A veces () Nunca ()

31. ¿Es una hora en que se aplican correctivos?
Siempre () A veces () Nunca ()

32. ¿Es una hora en que se discuten problemas familiares?
Siempre () A veces () Nunca ()

33. ¿Usted se encarga de darle de comer a su hijo (a)?
Nunca () Pase a la pregunta 37.
Siempre ()
Si sólo fines de semana y días festivos ()

34. Cuando su hijo (a) no quiere comer usted:
Insiste ()
Castiga ()
Ofrece premios ()
Regaños ()
Lo deja sentado hasta que se acabe la comida ()
Amenaza ()
Deja que coma hasta que tenga hambre ()
Otro () Especifique: _____

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

36. ¿Su hijo (a) es lento para comer?
Siempre () A veces () Nunca ()

37. Usted cree que su hijo (a) es:
() Obeso (gordito (a))
() Sobre peso (Llenito (a))
() Peso normal
() Delgado (a) (Flaquito (a))

38. ¿Usted compara negativamente a su hijo (a) con otros niños?
Nunca () A veces () Siempre ()

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

40. ¿Qué tan exigente se considera con el desempeño de sus hijos en la escuela?
Mucho () Poco () Nada ()

41. ¿Cree que su hijo utilice pretextos para no comer como dolor de cabeza o de estómago?
Siempre () A veces () Nunca ()

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

43. ¿Qué desayunó su hijo (a) hoy?

44. ¿Qué comió su hijo (a) ayer?

45. ¿Qué cenó su hijo (a) ayer?

46. ¿Su hijo (a) lleva lunch a la escuela?
Siempre () A veces () Nunca ()

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

48. ¿Cuánto pesa usted? _____ kgs.
Si no sabe ¿cuánto cree que pesa? _____ kgs

49. ¿Cuánto mide usted? _____
Si no sabe ¿cuánto cree que mide? _____

50. ¿En los últimos 6 meses ha tenido problemas con su peso?
NO () Pase a la pregunta 52.
SI () Pase a la siguiente pregunta

51. Ha tenido problemas con el peso corporal como:
Subir de peso () Bajar de peso () Subir y bajar de peso (X)

52. ¿Qué tan satisfecha se siente con su figura?
Mucho () Poco () Nada ()

53. ¿Su hijo come frente a la televisión?
Siempre () A veces () Nunca ()

54. ¿Cómo disciplina a su hijo (a)?
() Regaños
() Prohibiciones
() Golpes
() Premios

55. ¿Considera que hay alimentos buenos y malos?

NO ()

SÍ () ¿por qué? _____

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

Mucho () Poco () Nada ()

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

Siempre () A veces () Nunca ()

58. ¿Desea tener más peso?

Siempre () A veces () Nunca ()

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

() Cuando quiera () En el horario establecido

60. ¿Qué grupos de alimentos conoce?

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

- () Actitud negativa hacia la obesidad
- () Preocupación por el peso corporal
- () Preocupación por la forma de comer
- () Preocupación por la apariencia física
- () Insatisfacción con la figura
- () Todas las anteriores
- () Ninguna de las anteriores
- () Algunas de las anteriores

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

Siempre () A veces () Nunca ()

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

Siempre () A veces () Nunca ()

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

Siempre () A veces () Nunca ()

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

Sí () No ()

66. ¿Qué tan atractiva se siente usted?

Mucho () Poco () Nada ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

70. Considera que:

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

71. ¿Le preocupa su peso corporal?

NO ()

SÍ ()

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

- () Está haciendo dieta (comer menos de lo que acostumbra)
- () Se salta alguna de las comidas del día
- () Consume únicamente líquidos (agua, jugo, etc.)
- () Toma pastillas (para disminuir el apetito)
- () Usa diuréticos (pastillas para eliminar grasas)
- () Usa laxantes (purgas)
- () Cuando se siente llena se produce vómito
- () Trata de comer alimentos bajos en calorías (carnes sin grasa, refrescos dietéticos, etc.)

ANEXO B

CUESTIONARIO PARA NIÑAS

CUESTIONARIO PARA NIÑAS

Nombre: _____ P.R. _____
 Edad: _____ T.R. _____
 Escuela: _____

1. ¿Cuánto pesas? _____ kgs. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____
2. ¿Cuánto mides? _____ Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____
3. ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?
 Un mes o menos () Más o menos 6 meses () Un año o más ()
 Nunca () No me acuerdo ()
4. ¿Con quién vives?
 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?
 La más grande () La de en medio () La más chica () Soy hija única ()
6. ¿Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la tarde?

9. ¿En esta semana cuántas veces comiste carne? _____
10. ¿De qué carne comiste (ejemplo: pollo, pescado, cerdo, res)?

11. ¿Quién decide cuánto comes?
 Mamá () Papá () Yo () Abuela(o) ()
 Otro () ¿quién? _____

12. Cuando como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron.
 Nunca () A veces () Siempre ()
13. Una niña guapa es:
 Gorda () Regular () Delgada ()
14. Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta":
 Nunca () A veces () Siempre ()
15. Como mis alimentos frente a la televisión:
 Nunca () A veces () Siempre ()
16. Consumo alimentos "chatarra" (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 ()
22. Me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron:
 Nunca () A veces () Siempre ()
23. Como muy rápido:
 Nunca () A veces () Siempre ()
24. Como mucho:
 NO () Pasa a la pregunta 26.
 SÍ () Pasa a la siguiente pregunta.
25. Comer mucho es :
 Comer hasta sentirse lleno
 Sentirse y seguir comiendo
 Seguir comiendo hasta que duela el estómago
 Seguir comiendo hasta sentir asco
 Seguir comiendo hasta vomitar

26. A mi familia le interesa que practique algún deporte:
 Sí () No () No sé ()

27. Según mi familia yo como:
 Mucho () Regular () Poco ()

28. Me siento culpable cuando como mucho:
 Nunca () A veces () Siempre ()

29. Como todo lo que me sirven para que mi familia me quiera:
 Nunca () A veces () Siempre ()

30. Cuando me enojo dejo de comer:
 Nunca () A veces () Siempre ()

31. Me la paso pensando en la comida:
 Nunca () A veces () Siempre ()

32. Me gustaría:
 Estar más llenita () Estar igual () Estar más delgada ()

33. Me disgusta sentir mi estómago lleno.
 Nunca () A veces () Siempre ()

34. Me gusta sentir hambre:
 Nunca () A veces () Siempre ()

35. Creo que estoy:
 Gordita () Regular () Delgada ()

36. Mi familia me ve:
 Gordita () Regular () Delgada ()

37. Mis amigos me ven:
 Gordita () Regular () Delgada ()

38. ¿Te preocupa tu peso?
 NO () Pasa a la pregunta 41.
 Sí ()

39. Te gustaría:
 Bajar de peso () Pasa a la siguiente pregunta.
 Subir de peso ()

40. ¿Has hecho algo para bajar de peso?

() Nada

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

() Otros ¿Cuáles? _____

41. Una niña gorda es: _____

42. ¿Traes lunch a la escuela?

NO ()

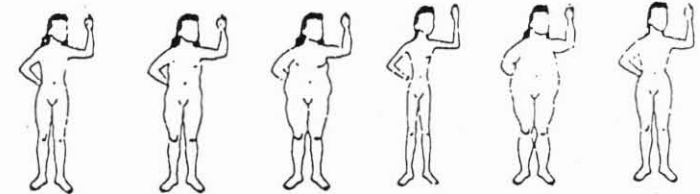
SÍ () ¿qué traes de lunch? _____

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

Nunca () A veces () Siempre ()

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

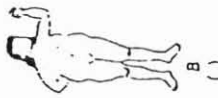
Mi cuerpo se parece más a:



A () B () C () D () E () F ()

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



ANEXO C

CUESTIONARIO PARA NIÑOS

CUESTIONARIO PARA NIÑOS

Nombre: _____
 Edad: _____
 Escuela: _____

P.R. _____
 T.R. _____

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

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

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

Un mes o menos () Mas o menos 6 meses () Un año o mas ()
 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?

El más grande () El de en medio () El más chico () Soy hijo único ()

6. ¿Qué desayunaste hoy en la mañana?

7. ¿Qué comiste ayer en la tarde?

8. ¿Qué cenaste ayer en la tarde?

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

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

11. ¿Quién decide cuánto comes?

Mamá () Papá () Yo () Abuela(o) ()
 Otro () ¿quién? _____

12. Cuando como me obligan a que me termine todo lo que me sirvieron.
 Nunca () A veces () Siempre ()

13. Una niña guapa es:

Gorda () Regular () Delgada ()

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

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 ()

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

Nunca () A veces () Siempre ()

23. Como muy rápido:

Nunca () A veces () Siempre ()

24. Como mucho:

NO () Pasa a la pregunta 26
 Sí () Pasa a la siguiente pregunta.

25. Comer mucho es:

- () Comer hasta sentirse lleno
 () Sentirse y seguir comiendo
 () Seguir comiendo hasta que duela el estomago
 () Seguir comiendo hasta sentir asco
 () Seguir comiendo hasta vomitar
 () Sentir que no se puede parar de comer

26. A mi familia le interesa que practique algún deporte:
 Si () No () No sé ()

27. Según mi familia yo como :
 Mucho () Regular () Poco ()

28. Me siento culpable cuando como mucho:
 Nunca () A veces () Siempre ()

29. Como todo lo que me sirven para que mi familia me quiera:
 Nunca () A veces () Siempre ()

30. Cuando me enoja dejo de comer:
 Nunca () A veces () Siempre ()

31. Me la paso pensando en la comida:
 Nunca () A veces () Siempre ()

32. Me gustaría:
 Estar más llenito () Estar igual () Estar más delgado ()

33. Me disgusta sentir mi estómago lleno.
 Nunca () A veces () Siempre ()

34. Me gusta sentir hambre:
 Nunca () A veces () Siempre ()

35. Creo que estoy:
 Gordo () Regular () Delgado ()

36. Mi familia me ve:
 Gordo () Regular () Delgado ()

37. Mis amigos me ven:
 Gordo () Regular () Delgado ()

38. ¿Te preocupa tu peso?
 NO () Pasa a la pregunta 41.
 SI ()

39. Te gustaría:
 Bajar de peso () Pasa a la siguiente pregunta.
 Subir de peso ()

40. ¿Has hecho algo para bajar de peso?
 () Nada

	SI	NO
Comes menos de lo que acostumbrabas		
Dejas de desayunar		
No comes tortillas		
Dejas de cenar		
Dejas de comer pan		
Dejas de comer dulces (gansitos, papitas, chocolates, etc)		
Tomas alimentos dietéticos (refrescos, dulces, leche, pan, etc)		
() Otros ¿Cuales?		

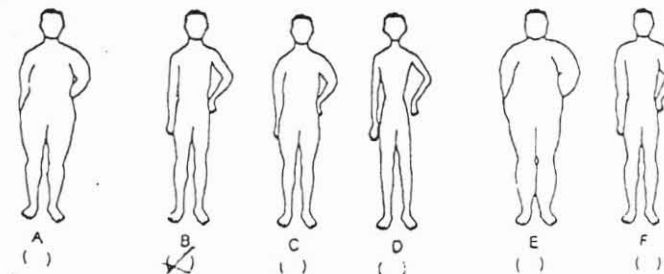
41. Un niño gordo es _____

42. ¿Traes lunch a la escuela?
 NO ()
 SI () ¿qué traes de lunch? _____

43. ¿Has tenido miedo de comer porque piensas que puedes ponerte gordo?
 Nunca () A veces () Siempre ()

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

Mi cuerpo se parece más a:



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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:

