



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO
FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES.**

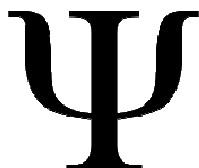
T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :**

JOSE LUIS GARCIA HERNANDEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

REVISOR DE TESIS: MTRO. JORGE PEREZ ESPINOZA



MEXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A la máxima casa de estudios Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por el espacio para cumplir esta meta.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré y Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, mis asesores de tesis, por compartir su conocimiento conmigo y por el interés prestado en este trabajo.

A mis profesores y personal de la facultad por la amabilidad en su trato.

A cada uno de mis sinodales por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo:

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

Mtro. Jorge Pérez Espinosa

Mtra. Olga Bustos Romero

Dra. Corina Cuevas Renaud

Mtro. Sotero Moreno Camacho

A Silvia Platas, Rodrigo León y Rosalía Rodríguez por su apoyo, asesoría, interés, y paciencia en el proceso de elaboración del presente.

A mis padres: Socorro y Constancio(+), hermanos: Martha, Víctor, Francisco, Manuel, Ernesto, Juanita por la compañía, afecto y amor recibido.

A mis amigos y compañeros de escuela: Emelia, Alma, Yolanda y Enrique, por todos los tiempos que compartimos juntos y que me ayudaron a lograr este objetivo.

A mis compañeros y amigos: Juan Carlos, Nico, Daniel, Enrique, Sabino, Gloria, Tony, Armando, Noe, Francisco, Rosy, Gaby, Richard, en general a "fortaleza y libertad" por su apoyo en todo.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. ADOLESCENCIA	7
1.1.1. Definiciones.....	8
1.1.2. Teorías de la adolescencia.....	10
1.2.3. Desarrollo físico de la adolescencia.....	20
1.2.3. Desarrollo intelectual de la adolescencia.....	25
1.2.4. Desarrollo psicosocial de la adolescencia.....	28
2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	35
2.1.1. Evolución histórica de los trastornos de la conducta alimentaria.....	36
2.1.2. Definiciones.....	39
2.1.3 Criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria.....	44
2.1.4. Datos epidemiológicos.....	49
2.1.5. Consecuencias.....	52
2.1.6. Tratamientos.....	55
2.1.7. Factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.....	57
3.1. MALTRATO INFANTIL.....	69
3.1.1. Antecedentes Históricos.....	70
3.1.2. Definiciones de maltrato.....	74
3.1.3. Tipos de maltrato.....	77
3.1.4. Explicaciones del fenómeno del maltrato infantil.....	81
3.1.4. Consecuencias.....	90
3.1.5. Relación entre Maltrato Infantil y Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	98
3.1.6. Madres Maltratadoras.....	100
3.1.7 Estudios de M.I y T.C.A.....	101

4. PLAN DE INVESTIGACION Y MÉTODO.....	109
4.1 Propósito del estudio.....	110
4.2 Planteamiento del problema.....	110
4.3 Hipótesis.....	110
4.4 Definición de variables.....	110
4.5 Diseño de investigación.....	113
4.6 Muestra.....	113
4.7 Instrumentos.....	113
4.8 Procedimiento.....	114
5. RESULTADOS.....	115
5.1 Descripción de la muestra de madres.....	117
5.2 Descripción de las muestras de los hijos.....	121
5.3 Descripción de las variables de estudio.....	124
5.4 Descripción de las pruebas de hipótesis.....	128
6. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	131
7. REFERENCIAS.....	136
8. ANEXOS. ESTUDIOS SOBRE ALIMENTACION Y SALUD, (MASCULINO Y FEMENINO), CUESIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y ESCALA DE DETECCION DE MADRES MALTRATADORAS	159

RESÚMEN

El presente estudio formó parte de una investigación mayor* y tuvo como objetivo determinar si existe relación entre las variables: satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes hombres y mujeres de segundo y tercer grado de secundarias públicas que recibieron maltrato alto en comparación de los que recibieron maltrato bajo por parte de sus madres.

Se trabajó con cuatro muestras no probabilísticas compuestas por 35 adolescentes con maltrato bajo y 32 adolescentes con maltrato alto y sus respectivas madres. La investigación fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. Se aplicó una Escala para la Detección de Madres Maltratadoras que discrimina madres maltratadoras de no maltratadoras y evalúa niveles de maltrato (alto, medio y bajo) y el Cuestionario de Alimentación y Salud que mide las siguientes áreas: sociodemográfica, físico-biológica, imagen corporal, conducta alimentaria y autoatribución. Entre los principales resultados se encontró que existe una relación entre el maltrato infantil y la conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida), y una tendencia entre el maltrato infantil y la conducta alimentaria de riesgo (conducta alimentaria compulsiva).

Es importante señalar que las mujeres de ambas muestras manifestaron encontrarse con mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal, que los hombres, así mismo distorsión de la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo que los varones.

* "Maltrato infantil como factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria" financiado por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).

INTRODUCCIÓN

Según Toro (1996), todo ser vivo, para mantenerse como tal necesita alimentarse y el hombre, no es una excepción. La imprescindible nutrición exige la ingesta de alimentos, el acto de comer. Sin comer en cantidad suficiente, sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible vivir o por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud.

Comer no es solo alimentarse sino que es un acto que todo ser humano se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida, por tanto, la comida, los alimentos y el acto de comer pueden y deben asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión.

Si el comer tiene múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria también llamados TCA, son auténticas enfermedades que esconden múltiples miedos, motivaciones absurdas y pensamientos aberrantes con comportamientos solo entendidos por quienes los practican (Toro, 1996).

Hace 30 años los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) eran casi desconocidos para la gran mayoría de médicos, psiquiatras y psicólogos. Sin embargo, en los últimos 25 años la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se han constituido como enfermedades importantes en las que intervienen múltiples factores como trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones en el entorno familiar, sensibilidad genética o biológica y el ambiente sociocultural en el que encontramos sobreabundancia de comida y la obsesión y presión social por obtener la delgadez. (García-Camba, 2002).

Por otro lado, nadie conoce la verdadera prevalencia de los malos tratos a los niños, porque normalmente suceden a puerta cerrada, sin que el cuidador quiera ni el niño pueda reconocerlos, sin embargo, si se sabe que es un fenómeno bastante común al interior de las familias. Sus causas son múltiples y abarcan problemas referidos a la sociedad, a la familia, a los padres y al niño (Berger y Thompson, 1997). Las consecuencias, lamentablemente pueden tener un alcance muy amplio, alterando el aprendizaje, la autoestima, las relaciones sociales y en población adulta y adolescente, disfunciones sexuales, adicciones tempranas, trastornos de la alimentación, depresión, ansiedad y baja autoestima (Sanz y Molina, 1999; citados en Berger y Thompson, 1997).

Se han realizado diversas investigaciones pero la mayoría aborda el abuso sexual como factor de riesgo para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria, otros más abordan el maltrato físico encontrando correlación con los TCA, sin embargo, pocas investigaciones se han centrado en evaluar otros tipos de maltrato infantil y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

El siguiente estudio tuvo como objetivo general investigar la relación que existe o no entre el maltrato que reciben los adolescentes y los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria de ambos sexos. Esto, con la finalidad de aplicar programas de prevención de los TCA trabajando desde el interior de la familia.

El marco teórico está compuesto por cuatro capítulos que describen teóricamente el tema de la adolescencia; los cambios que se generan en esta etapa de los seres humanos como es su desarrollo físico, emocional, cognoscitivo y social. Se presenta una descripción de los trastornos alimentarios mencionando algunos antecedentes históricos, factores de riesgo y características. También se aborda el maltrato infantil, mencionando los antecedentes históricos del mismo, los diferentes tipos de maltrato, algunos de sus indicadores y consecuencias del maltrato. Y el último capítulo del marco teórico menciona la relación que existe entre madre e hijo, así como investigaciones anteriores que han estudiado la relación que existe entre maltrato infantil y los trastornos de la conducta alimentaria. En los capítulos siguientes se describe el plan de investigación y método, los resultados obtenidos, y por último la discusión y conclusiones de la presente investigación.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

CAPITULO UNO: ADOLESCENCIA

1.1. ADOLESCENCIA

- 1.1.1. Definiciones
- 1.1.2. Teorías del desarrollo de la adolescencia
- 1.2.3. Desarrollo físico de la adolescencia
- 1.2.3. Desarrollo intelectual de la adolescencia
- 1.2.4. Desarrollo psicosocial de la adolescencia

ADOLESCENCIA

Tradicionalmente la adolescencia ha sido considerada como un periodo crítico de desarrollo, es una etapa relevante en la vida del hombre, en la que el joven, después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como individuo único, va definiendo su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, así como también el plan de vida para definir que orientación va a tener, de esta forma, cuando haya logrado estas metas construirse en adulto.

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de la ligadura con los padres, y de sueños acerca de los planes del futuro (Papalia, Wendkos y Feldmans 2005).

1.1.1. DEFINICIONES

La adolescencia como sujeto de estudio ha sido abordada por muchos y muy diversos autores e investigadores, y desde diferentes perspectivas. De entrada, se reconoce que el término adolescente tiene una larga historia que se remonta al latín *adolescere*, que significa "crecer hacia" o simplemente "crecer" o llegar a la madurez (*ad-* hacia, *olescere*- crecer o ser alimentado) (Muuss, 1997).

Aberastury (1978) refiere que la modificación corporal, el desarrollo de los órganos sexuales y la capacidad de reproducción es vivida por los adolescentes como irrupción de un nuevo rol que modifica su posición frente al mundo y que además les compromete también en todos los planos de la convivencia. Ante la inminencia de los primeros cambios corporales y la ansiedad que éstos les provocan, los adolescentes hacen una huida progresiva del mundo exterior y buscan un refugio temporal en su mundo interno. Las características de este mundo interno habrán de determinar en su mayor parte la calidad de sus crisis. El mundo exterior aceptando o rechazando su riqueza creciente, les permitirá o impedirá desarrollarse.

Para Muuss (1997) la independencia económica, el trabajo exitoso y el casamiento; no indican necesariamente independencia y madurez psicológica, además, la significación psicológica e incluso sociológica de estos hechos difieren según el ambiente socio-cultural.

Cóleman (1985) expone que la adolescencia es un estadio del desarrollo complejo y contradictorio, como aquel estadio del ciclo vital que comienza en la pubertad y concluye cuando el individuo alcanza la madurez, y abarca desde los 12 a los 18 años.

Horrocks (2001) menciona que la adolescencia comienza por consenso social, aunque se dispone de un criterio biológico más preciso sobre todo los que se refieren a los cambios físicos. La adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. Se considera que esta etapa inicia alrededor de los 12 años y termina a los 20, cuando el individuo alcanza su madurez individual y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requerida para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga y la cultura en la que se viva.

Desde el punto de vista fisiológico la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los dos primeros años de vida, debido a la gran rapidez del cambio biológico, pero a diferencia de los lactantes, los adolescentes sienten el dolor y el placer de observar el proceso entero; se ven a sí mismos con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendidos, avergonzados e inseguros, constantemente se comparan con otros y revisan su autoimagen. Ambos sexos observan con ansiedad su desarrollo o la falta de éste, con un buen conocimiento y con ideas falsas, con orgullo y terror, con esperanza y ansiedad (Craig, 2000).

En la actualidad se puede considerar que la adolescencia tiene un periodo temprano, un periodo intermedio y un periodo tardío. El periodo de la adolescencia temprana corresponde a la época de la secundaria o preparatoria. Es el tiempo en que los niños experimentan los cambios corporales de la pubertad y algunos de los cambios mentales propios de la madurez cognoscitiva. Los años intermedios de la adolescencia son un periodo inicial de búsqueda de nuevas identidades. En el periodo de la adolescencia tardía o juventud, se toman decisiones respecto a la carrera, elección de estilos de vida y profesión en la edad adulta (Craig, 2000).

Para Grinder (1992) la adolescencia es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí. Todo adolescente ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad. Ha de descubrir los compromisos que tiene con la sociedad y aprender a cumplirlos de manera satisfactoria, y ha de adoptar los comportamientos propios de los roles a efectuar.

Keniston (1995; citado en Craig, 2000) considera que los problemas de la mayor parte de los adolescentes provenían de la tensión entre el yo y la sociedad, de un desajuste entre lo que creían que eran y lo que creían que la sociedad quería de

ellos. Los adolescentes tienen sentimientos ambiguos no sólo hacia la sociedad, sino también hacia ellos mismos. Tal vez piensan que la sociedad es demasiado rígida y restrictiva y tratan de escabullirse asumiendo papeles e identidades temporales.

Papalia, Wendkos y Feldmans (2005) refieren que la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual, cuando una persona puede engendrar. Aunque los cambios físicos de este periodo de la vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que la pubertad forma parte de un largo y completo proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que señalan el final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo y alcance de la madurez sexual. Sin embargo la adolescencia también es un proceso social y emocional.

1.1.2 TEORIAS DEL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

Una teoría organiza los datos, ideas e hipótesis y los plantea en proposiciones, principios o leyes coherentes interrelacionados y generales. Esos principios o leyes sirven para explicar y predecir los fenómenos, ahora y en el futuro. Las teorías son particularmente útiles para trascender los datos detallados y permitir una visión amplia de las cosas. Una teoría del desarrollo del adolescente puede concentrarse en un único aspecto, como el desarrollo cognitivo, o puede destacar el desarrollo del yo en su totalidad. Una teoría puede concentrarse en un único periodo de tiempo, por ejemplo, la adolescencia, o puede cubrir el total del ciclo vital (Rice, 1997).

El desarrollo humano podría describirse como un proceso o evolución en los cambios físicos y psicológicos tanto cualitativos como cuantitativos, que tienen que ver con la maduración, crecimiento y comportamiento que se dan a través del tiempo desde la concepción hasta la muerte. Mussen dice "El termino desarrollo designa las alteraciones de la conducta o de rasgos que parecen surgir de manera ordenada, al menos durante un razonable espacio de tiempo. Por lo común, estos cambios dan lugar a maneras nuevas y mejoradas de reaccionar, es decir a una conducta que es más adaptativa, más sana, más compleja, que está más altamente organizada o que es más estable, competente o eficiente. Formulamos un juicio de valor cuando calificamos de desarrollo a un determinado cambio" (Mussen, 1982).

Teoría biogenética de la adolescencia de G. Stanley Hall. La teoría de Stanley Hall (1916) tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica y lo elaboro como una teoría psicológica de la recapitulación. Según esta teoría la

historia de la experiencia del género humano se ha incorporado a la estructura genética de cada individuo, en el transcurso de su desarrollo, atraviesa etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Equipara a que el individuo vuelve a vivir el desarrollo de la raza humana desde un primitivismo animaloide, a través de un período de salvajismo, hasta los modos de vivir civilizados más recientes que caracterizan la madurez. Hall suponía que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos, suponía además que tales factores fisiológicos están determinados genéticamente y que fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta. La adolescencia es el periodo que se extiende desde la pubertad (alrededor de los doce o trece años) hasta alcanzar el estatus de adulto. Según Hall, finaliza relativamente tarde, entre los veintidós y los veinticinco años. Este autor describió la adolescencia como un periodo característico de "tormenta e ímpetu", en términos de esta teoría, la adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición. Hall describió la adolescencia como un segundo nacimiento, pues, es entonces cuando aparecen los rasgos más evolucionados y más esencialmente humanos.

Las observaciones de Hall describen la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. Energía, exaltación y actividades sobrehumanas alternan con la indiferencia, el letargo y el desgano. El adolescente desea la soledad y el aislamiento, al mismo tiempo, se encuentra integrado a grandes grupos y amistades, sus compañeros ejercen grandes influencias sobre él, en momentos exhibe sensibilidad y ternura exquisitas y en otros dureza y crueldad. Su anhelo por encontrar ídolos y autoridad no excluye un radicalismo revolucionario y dirigido contra toda clase de autoridad. En la última fase de la adolescencia, el individuo recapitula la etapa inicial de la civilización moderna. Esta etapa corresponde al final del proceso evolutivo: el individuo llega a la madurez (Muuss, 1997).

Teoría del proceso del desarrollo según Gessell. Horrock (2001) menciona que la teoría biológica de Gesell creía que las habilidades aparecían cuando los niños alcanzaban el estado de madurez apropiado. No importa cuantas oportunidades le den al niño para aprender una habilidad; hasta que los músculos, nervios, cerebro y huesos no estén preparados, todo intento de enseñarle será inútil, ya que, cada destreza aparece solo cuando el niño esta preparado para adquirirla. Pensaba que el desarrollo pasaba por una serie de etapas con periodos lineales y de comportamiento coordinado, encajados entre periodos de transición de comportamiento inestable, cada vez que el niño empieza a adquirir nuevas formas de hacer las cosas y consolidarlas. Este proceso era común a todos los aspectos del desarrollo coordinación física, temperamento, personalidad y habilidades intelectuales.

Teoría psicoanalítica de Freud. Esta teoría destaca la notable influencia en la conducta de las experiencias vividas en la niñez temprana y de las motivaciones inconscientes. Al inicio de la vida se reprimen muchas pulsiones instintivas y recuerdos de experiencias traumáticas, se los expulsa de la conciencia hacia la parte inconsciente de la mente, donde continúan causando ansiedad y conflicto e influyendo en la conducta (Rice, 1997).

De acuerdo con la Teoría psicosexual de Freud, todas las personas progresan a través de varias fases a lo largo de su niñez –oral, anal, fálica, de latencia y genital- cada una caracterizada por un conflicto entre la gratificación de los instintos y las limitaciones del mundo exterior (Hothersall, 1997).

Menciona Rice (1997) que Freud no solo desarrolló una teoría de la estructura de la personalidad, sino que también bosquejó una teoría psicosexual del desarrollo. De acuerdo con Freud, a medida que los niños van madurando, el centro de la sensibilidad sensual, las zonas erógenas, cambian de una región del cuerpo a otra. Según su teoría, las etapas del desarrollo psicosexual son las siguientes: Etapa oral: El primer año de vida, durante el cual la principal fuente de gratificación sensual se centra alrededor de la boca, y se expresa en actividades como chupar, masticar y morder. Dicha actividad aumenta la seguridad y mitiga la tensión; Etapa anal: Edades de 2 y 3 años, durante los cuales la principal fuente de placer se encuentra en la actividad anal. Esta es la edad en que el niño se interesa en las funciones de eliminación, las actividades y el entrenamiento del control de esfínteres; Etapa fálica: Edades de 4 y 5 años. A medida que el niño explora su cuerpo por automanipulación, el centro del placer cambia a los genitales; Etapa de latencia: De los 6 años a la pubertad. Es un periodo en que el niño reprime los impulsos sexuales y dedica su tiempo y energía al aprendizaje y a las actividades físicas y sociales. La fuente del placer cambia a otras personas en la medida en que el niño se interesa en cultivar la amistad de otros; Etapa genital: empieza con la maduración sexual, después de la cual la persona joven busca estimulación y satisfacción sexual con un miembro del sexo opuesto. Esta etapa continúa durante toda la vida adulta.

Estos impulsos son una expresión del libido, que es una “fuerza vital” o “energía psíquica” que motiva la conducta humana. Los instintos de los niños inevitablemente entran en conflicto con las demandas sociales, forzando al pequeño a alterar su comportamiento para ser aceptado socialmente (Hoffman, Scott y Hall, 1995).

Si el niño recibe muy poca o demasiada satisfacción en cualquier fase, tal vez no sería capaz de moverse con facilidad a la siguiente fase de su desarrollo, la sobregratificación puede también resultar en fijación o en un investimento de una proporción de energía libidinal en la fase, conduciendo más tarde a conductas que son características del conflicto durante la fase particular (Hothersall, 1997).

Horrocks (2001), menciona que Freud explica que la etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia. La sexualidad reprimida durante la latencia aparece de nuevo y ocasiona una multitud de problemas que se habían eliminado en la latencia, desde el punto de vista freudiano, la adolescencia es una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y estabilizado durante el periodo de latencia, el ser humano necesita redefinir y reagrupar las defensas y formas de adaptación. Según la interpretación freudiana, una característica de la adolescencia es el resurgimiento de los esfuerzos edipicos y preedipicos que producen el deseo de mantener los lazos familiares en una época en que las tareas del desarrollo insisten en abandonarlos (p. 38).

Teoría psicosocial de Erikson en esta teoría la personalidad se desarrollará a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades y las demandas sociales. Señala que en la vida de las personas hay fases estables —con una duración de 5 a 7 años— durante las cuales la energía se consume con el trabajo, la familia y las relaciones sociales, enmarcadas por fases de transición —de 3 a 5 años— en las que se valoran las principales áreas vitales. Dichas fases pueden ser tranquilas o críticas. Los conflictos han de resolverse al menos parcialmente en cada una de las ocho etapas para poder progresar hacia el siguiente grupo de problemas. La meta no es eliminar de la personalidad la cualidad superada sino decantar el peso de la balanza para que la cualidad más beneficiosa sea la que prevalezca. Un fracaso en resolver los conflictos en alguna de las etapas puede conducir a desórdenes psicológicos que afectarán durante el resto de la vida (Hoffman y cols, 1995).

Rice, (1997) menciona que Erikson, a diferencia de Freud, concluyó en su teoría psicosocial que hay otras motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana. Aceptaba el acento puesto en las experiencias tempranas pero criticaba el descuido de los años adultos. Erikson dividió el desarrollo humano en ocho etapas y afirmó que en cada una el individuo tiene una tarea psicosocial que resolver. La confrontación con cada tarea produce conflictos, los cuales tienen dos posibles resultados. Si en cada etapa se domina la tarea correspondiente, la personalidad adquiere una cualidad positiva y tiene lugar un mayor desarrollo. Si la tarea no es dominada y el conflicto se resuelve de manera insatisfactoria, el yo resulta dañado porque se le incorpora una cualidad negativa. La tarea global del individuo consiste en adquirir una identidad positiva a medida que va pasando de una etapa a la siguiente.

- **Confianza contra desconfianza** (0 a 1 año). Los niños aprenden que pueden confiar en que las personas que los cuidan les proporcionarán sustento, protección, bienestar y afecto; o, si sus necesidades no son satisfechas, desarrollaran desconfianza.

- **Autonomía contra vergüenza y duda** (1 a 2 años). Los niños adquieren control sobre sus funciones de eliminación, aprenden a comer solos, se les permite jugar solos y explorar el mundo (dentro de los límites seguros) y desarrollan cierto grado de independencia; pero si las personas que los cuidan los restringen demasiado, desarrollan un sentido de vergüenza y duda sobre sus propias capacidades.
- **Iniciativa contra culpa** (3 a 5 años). Las capacidades motoras e intelectuales de los niños siguen creciendo. Los niños siguen explorando el ambiente y experimentando muchas cosas nuevas, asumiendo mayor responsabilidad para iniciar y realizar planes. Los cuidadores que no puede aceptar la iniciativa del niño lo llevan a sentir culpa por su mal comportamiento.
- **Industria contra inferioridad** (6 a 11 años). Los niños aprenden a cumplir las demandas del hogar y la escuela, y desarrollan un sentimiento de valía tras la obtención de estos logros y la interacción con los demás, o puede llegar a sentirse inferiores a los otros.
- **Identidad contra confusión de roles** (12 a 19 años). Los adolescentes desarrollan un fuerte sentido de ellos mismos, o quedan confundidos acerca de su identidad y de su papel en la vida.
- **Intimidad contra aislamiento** que implica tener relaciones con otras personas en las que se sienten lo bastante fuertes como para hacer sacrificios por el bien del otro, sin perderse en la identidad de este.
- **Creatividad contra estancamiento** la etapa de la edad adulta se centra en el deseo por generar, que hace referencia a la preocupación del adulto por establecer y guiar a la próxima generación, ve en la educación de los niños una contribución para la humanidad y la sociedad. Los peligros de este periodo son absorberse en si mismo y el estancamiento, el sentimiento de que no se esta haciendo nada importante.
- **Integridad del ego contra desesperanza** que permite a las personas ver el significado de su existencia y creer que lo hicieron lo mejor que supieron en las circunstancias que les fueron impuestas. La persona íntegra acepta la muerte como el final de una existencia significativa, pero el problema potencial en este periodo es la lamentación y la desesperación por las oportunidades perdidas y las malas elecciones, entonces se teme a la muerte y se desea ansiosamente otra oportunidad (p. 33).

Por lo que respecta a la adolescencia, la misión implica el establecimiento de una identidad coherente y la superación de un sentimiento de difusión de la identidad. Erikson opina que la búsqueda de identidad resulta especialmente urgente en este estadio, a resultas de numerosos factores, como son las circunstancias sociales y culturales. Así, Erikson concede importancia al fenómeno del rápido cambio biológico y social durante la adolescencia y señala en especial la importancia que para el individuo tiene la necesidad de adoptar decisiones, en dicha época, en casi

todas las facetas de la vida. La difusión de la identidad, según Erikson, tiene cuatro componentes principales: En primer lugar; el problema de la intimidad. Aquí, el individuo puede temer al compromiso o la implicación en estrechas relaciones interpersonales, debido a la pérdida de su propia identidad. Este miedo puede llevar a relaciones estereotipadas, formalizadas, al aislamiento, etc., en segundo lugar; existe la posibilidad de una difusión de la identidad temporal. En ésta, le resulta imposible al adolescente planificar para el futuro o mantener cualquier tipo de relación, a continuación existe una difusión de la laboriosidad; en la que el joven tiene dificultades para aplicar sus recursos, de un modo realista al trabajo o al estudio. Por último; analiza la elección de una identidad negativa. Significa con esto la selección, por parte del joven o de la joven, de una identidad que es exactamente la opuesta a la preferida por los padres o por otros adultos que revisten importancia para el joven. Estos cuatro elementos constituyen los rasgos principales de la difusión de la identidad, si bien, evidentemente, no todos estarán presentes en los individuos que experimenten una crisis de identidad. Además de conceptos como los señalados, hemos de mencionar otra noción con rasgo integrante de la teoría de Erikson: la moratoria pcosocial. Con este último término se designa un periodo durante el cual se dejan decisiones en suspenso. Se afirma que la sociedad permite e incluso estimula un periodo de la vida en que el joven puede demorar importantes elecciones sobre su identidad, experimentando papeles para descubrir que clase de persona desea ser; aunque dicho estadio puede conducir a una desorientación o a alteraciones (Horrocks, 2001).

Teoría relacional de Miller. La personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia. Los inicios del concepto del yo no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, sino los de una persona que interactúa con otros. Los infantes se identifican con quién les brinda los primeros cuidados, no por lo que esa persona es, sino por lo que hace, la persona responde a las emociones de otros, se siente cómodo cuando ellos también lo están y actúa para mejorar las relaciones y estrechar los vínculos.

- **Infancia.** El bebé se identifica con actividades de vigilancia, responde a las emociones de los que le brindan cariño; desarrolla el sentido de la comodidad cuando otra persona también esta cómoda; actúa para que la relación progrese hacia un mayor bienestar mutuo.
- **Etapas de los primeros pasos.** El niño desarrolla otras habilidades otros recursos físicos y mentales, nueva comprensión de las relaciones, un sentido más complejo del Yo y relaciones más complejas. El principal aspecto es mantener relaciones con las personas importantes en la vida del niño.
- **Primera infancia.** Deja de existir el complejo de Edipo y el de Elektra. Continúan las relaciones con las personas más cercanas. Si se resalta que el

del padre es más valioso y más importante que el de la madre, el niño lo asimilará como verdadero.

- **Edad Escolar.** Las niñas se muestran muy interesadas en las amistades, la familia y el aspecto emocional. A causa de la socialización, los niños no muestran este interés, pero desarrollan juegos y destrezas competitivas.
- **Adolescencia.** Las niñas se "retraen" como respuesta a las directrices de la sociedad según las cuales deben servir a los niños y a los hombres y prepararse para servir a los hijos. Ellas sienten que los cambios físicos y sexuales son malos e indebidos, y reciben el mensaje social de que deben ser menos activas, tanto en sus relaciones como en lo referente a ellas mismas. Los niños continúan deteniendo las respuestas emotivas y colocando la autonomía por encima de los vínculos emocionales.
- **Edad adulta temprana.** Las mujeres jóvenes continúan en búsqueda de relaciones mutuas en su vida personal y laboral. También escogen entre seguir una carrera o trabajar. Los hombres jóvenes sienten que lo primordial es establecerse por si mismos en un trabajo o en una carrera, buscan relaciones íntimas, pero muchas veces no les dan importancia.
- **Edad adulta intermedia.** Las mujeres continúan buscando la reciprocidad en la ampliación de las relaciones. Muchos hombres logran establecer actividades productivas; otros continúan en la búsqueda del autodesarrollo.
- **Edad adulta tardía.** El restablecimiento de relaciones con la familia y la ampliación del mundo de los parientes es esencial para conservar la integridad en la vejez (Papalia y Wendkos, 2001b p. 10).

La Teoría Conductista centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta. Estudia como a partir de las conductas con que nace un sujeto, que serían reflejos incondicionados, se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento. En ello consiste el aprendizaje, que es el proceso por el cual se forman nuevas conductas (Delval, 2000).

Papalia y cols (2001) señalan que los teóricos del aprendizaje consideran que el desarrollo es cuantitativo (cambios en la cantidad, más que en la calidad) y continuo (más que por etapas). En consecuencia, pueden predecirse comportamientos posteriores a partir de comportamientos previos. El conductismo se centra en comportamientos que pueden ser observables, que determinan si una conducta específica continuará. Reconocen que la biología establece límites a lo que las personas pueden hacer pero también admiten que el ambiente influye mucho en el comportamiento. Creen que el aprendizaje cambia la conducta e impulsa el desarrollo. Sostienen que los seres humanos aprenden acerca del mundo reaccionando frente a determinados aspectos ambientales que encuentran placenteros, dolorosos o amenazantes.

La aproximación al desarrollo de la teoría conocida como el conductismo destaca el papel de las influencias ambientales en el moldeamiento de la conducta. Para el conductista, la conducta se convierte en la suma total de respuestas aprendidas o condicionadas a los estímulos. Esta postura es calificada como mecanicista o determinista. Los conductistas no están interesados en los motivos inconscientes de la conducta. Además, consideran que el aprendizaje progresa de manera continua más que en una secuencia de etapas.

De acuerdo con la teoría conductista se llama condicionamiento el proceso de aprendizaje. Existen dos tipos; condicionamiento clásico y condicionamiento operante. Condicionamiento clásico; es un forma de aprendizaje porque una conducta existente puede ser provocada por un nuevo estímulo, Condicionamiento operante; es el tipo de aprendizaje en que la probabilidad de ocurrencia de la conducta depende de sus consecuencias (Rice, 1997).

Teoría del aprendizaje social cognitivo, considera el enfoque conductista como radical e inflexible por lo que enfatiza: 1) las personas aprenden gran parte de su conocimiento observando a los demás, y 2) las expectativas, autopercepciones e intenciones de los individuos influyen mucho en su comportamiento.

Los teóricos del aprendizaje social aceptan la idea de que la conducta es aprendida y que el ambiente influye en el desarrollo, pero rechazan la postura mecanicista de que la conducta es modificada como respuesta a los estímulos en un proceso en que no participa la mente. La teoría del aprendizaje social hace hincapié en el papel que la cognición y las influencias ambientales juegan en el desarrollo. Considera que los seres humanos somos criaturas pensantes con cierta capacidad de autoderminación, y no sólo robots que muestran la respuesta B cuando se introduce el estímulo A. supone que podemos pensar en lo que está sucediendo, evaluarlo y modificar, en consecuencia, nuestras respuestas (Rice, 1997 p. 37).

Bandura afirma que los niños aprenden observando la conducta modelada por los demás e imitándola. El autor, establece que los adolescentes adquieren un sentido de utilidad encaminado a la consecución de unos fines. Las consecuencias del comportamiento se configuran como reguladoras del comportamiento futuro. El adolescente toma referencia de conducta de los modelos observados en su medio ambiente (Rice, 1997).

Este mismo autor asume que los pensamientos, expectativas, creencias, autopercepciones, metas e intenciones reúnen influencias ambientales en determinados comportamientos. Nuestro comportamiento modifica nuestras expectativas, creencias y competencias y aún más, modifica nuestro entorno. La gente no esta impulsada por fuerzas internas (como en las teorías psicodinámicas) ni moldeada automáticamente y controlada por el entorno (como en el

condicionamiento), una de las tres fuerzas puede predominar en ciertos momentos y contextos pero ninguna de ellas actúa en solitario. La continuidad nos habla del aprendizaje social, dice que el aprendizaje infantil prepara al individuo para afrontar la adolescencia. Si han aprendido en independencia, autonomía, iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades estará más preparado para afrontar los retos que la adolescencia les va a plantear. Por lo tanto su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado (Hoffman y cols, 1995).

Teorías humanistas Rechazan tanto el determinismo freudiano de los instintos como el determinismo ambiental de la teoría del aprendizaje. Los humanistas tienen una visión muy positiva y optimista de la naturaleza humana. La aproximación humanista afirma que los seres humanos son agentes libres con capacidades superiores para utilizar los símbolos y pensar en términos abstractos. De esa manera, considera que la gente es capaz de hacer elecciones inteligentes, de ser responsable de sus acciones y realzar su potencial como personas autorrealizadas. Los humanistas mantienen una visión holística del desarrollo humano, que considera a cada persona como un ser íntegro y único de valor independiente. Según esta postura, una persona es algo más que una conexión de pautas, instintos y experiencias aprendidas (Rice, 1997).

Buhler en su teoría de las fases del desarrollo rechazaba la afirmación de los psicoanalistas de que la meta de los seres humanos es restablecer la homeostasis (equilibrio) psicológica mediante la liberación de las tensiones, la verdadera meta de los seres humanos es la autorrealización que pueden alcanzar o cumplir consigo mismos y con el mundo. Fases del desarrollo vital: Fase uno: 0 a 15 años. Crecimiento biológico progresivo; el niño permanece en casa; la vida se centra alrededor de intereses estrechos, la escuela y la familia; Fase dos. 16 a 27 años; crecimiento biológico continuado, madurez sexual, la expansión de actividades, autodeterminación; abandona a la familia e ingresa en actividades dependientes y relaciones personales (Rice, 1997 p. 40).

Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget. Según Piaget (1981) el desarrollo psíquico que se inicia al nacer y concluye en la edad adulta, es comparable al crecimiento orgánico: consiste esencialmente en una marcha hacia el equilibrio.

El desarrollo cognoscitivo ocurre en una serie de etapas. En cada una de ellas surge una nueva manera de pensar el mundo y de responder frente a su evolución. En consecuencia, cada etapa es una transición de un tipo de pensamiento o comportamiento a otro. Una etapa se cimienta en la anterior y sienta las bases para la que viene. Cada una de éstas presenta numerosas facetas.

Las personas atraviesan las mismas etapas en el mismo orden, aunque el ciclo real varía de una persona a otra, lo cual hace que las fronteras de edad no sean precisas (Papalia y cols, 2001).

Esta teoría se concentra en el pensamiento, el razonamiento y la solución de problemas, dando especial importancia a como se desarrollan estos procesos desde la infancia. Según Gardner (1973b; citado por Craig, 2000) Piaget pensaba que la mente no se limita a responder a los estímulos sino crece, cambia y se adapta al mundo. La persona asimila la información o experiencia si corresponde a su estructura mental, en el caso contrario simplemente la rechaza o la acomoda. Así, la asimilación consiste en interpretar las nuevas experiencias a partir de las estructuras actuales de la mente, llamadas esquemas, sin modificarlas. Por el contrario, la acomodación consiste en modificar los esquemas para integrar las nuevas experiencias.

Piaget (1981) propone una teoría de etapas del desarrollo en la que el individuo constituye activamente su conocimiento del mundo. Distingue una serie de periodos de desarrollo que marcan la aparición de estructuras de pensamiento sucesivamente construidas. Cada uno de dichos estadios se caracteriza por la aparición de estructuras originales, cuya construcción le distingue de los estadios anteriores. En la etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años) el niño descubre el mundo observando, tomando las cosas con las manos, llevándoselas a la boca o por medio de otras acciones. La inteligencia se basa en los sentidos y en el movimiento corporal, comenzando con los reflejos simples que dan origen a conductas voluntarias más complejas. En la etapa preoperacional (de los 2 a los 7 años aproximadamente) el niño se forma conceptos y utiliza símbolos como el lenguaje para comunicarse mejor. Los conceptos se limitan a su experiencia personal inmediata. En esta etapa posee nociones muy estrechas, a veces "mágicas" de la causalidad y le es difícil clasificar los objetos o los hechos. No tiene teorías globales y generales, sino que se sirve de sus experiencias diarias para crear conocimientos específicos. No hace generalizaciones sobre las clases de objetos ni percibe las consecuencias de una cadena de eventos. La etapa de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 o 12 años) se caracteriza porque el niño comienza a pensar de manera lógica, a clasificar a partir de varias dimensiones y a entender los conceptos matemáticos, a condición de que se aplique esas operaciones a objetos o hechos concretos o por lo menos imaginables en forma concreta. Finalmente en la etapa de las operaciones formales (de los 11 o 12 años en adelante) el niño puede analizar las soluciones lógicas a los conceptos concretos y abstractos, pensar en forma sistemática en todas las posibilidades y encontrar soluciones lógicas, realizar proyecciones a futuro, recordar el pasado en la solución de problemas y razonar mediante la analogía y la metáfora. Este tipo de pensamiento no necesita ya estar ligado a objetos ni a hechos físicos, permite contestar y preguntar preguntas hipotéticas, permite "entrar en la cabeza" de los otros y asumir sus roles e ideales (Craig, 2000 p. 36).

1.1.3. DESARROLLO FÍSICO DE LA ADOLESCENCIA

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias. La pubertad comienza cuando, en un determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Los cambios físicos de la adolescencia se suceden en una secuencia que es mucho más consistente que su duración real, aunque este orden varía en cierto modo de una persona a otra realizándose en la secuencia; Niñas: crecimiento de los senos, crecimiento del vello púbico, crecimiento del cuerpo, menarquia, vello axilar, aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas; Niños: crecimiento de los testículos y el saco escrotal, crecimiento del vello púbico, crecimiento del cuerpo, crecimiento del pene, la próstata, las vesículas seminales, cambio de voz, primera eyaculación de semen, vello facial y axilar, aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (Papalia y cols 2001).

Los cambios en el adolescente son producidos por las hormonas, algunas de las cuales aparecen por primera vez mientras que otras simplemente se producen en cantidades mucho mayores que anteriormente. Cada hormona actúa sobre diversos receptores y, por ejemplo, la testosterona actúa sobre receptores en las células del pene, la piel de la cara, los cartílagos de las uniones del hombre y algunas partes del cerebro. Los cambios que producen estas hormonas afectan al aumento de la longitud del cuerpo, a su forma y a las relaciones entre las partes, al desarrollo de los órganos reproductivos y a los caracteres sexuales secundarios. Muchos aspectos del crecimiento son semejantes en varones y hembras, mientras que otros son muy específicos (Delval, 2000).

El momento preciso en que empieza esta actividad hormonal depende al parecer de que la persona alcance un nivel de peso crucial. Los estudios sobre ratones y seres humanos demuestran que la leptina, -hormona proteínica secretada por el tejido graso- es necesaria para que se desencadene el inicio de la pubertad. Papalia y Cols (2005) reportan investigaciones de (Chehab, Mounzih, Lu y Lim, 1997; Clement, 1998; O´Rahilly, 1998; Strobel, Camión, Ozeta y Stroberg, 1998) en donde se mencionan que una acumulación de leptina en el torrente sanguíneo puede estimular al hipotálamo para que envíe señales intermitentes a la glándula pituitaria próxima, que a su vez puede indicar a las glándulas sexuales que aumente su secreción de hormonas. Esto posiblemente explique porque las chicas que sufren sobrepeso suelen entrar a la pubertad antes que las delgadas (p. 411).

Con base a información histórica Papalia y cols (2005) mencionan que los ambientalistas han descubierto una tendencia secular en cuanto al inicio de la pubertad y del momento en que los jóvenes alcanzan la estatura adulta y la madurez sexual, esta tendencia se inicio hace cerca de 100 años y se ha dado en Estados Unidos, Europa Occidental y Japón. La explicación parece relacionarse con el hecho de que estos países gozan ahora de un nivel de vida superior.

Los cambios biológicos en la adolescencia son una notable aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias, como el vello corporal, el incremento de grasa en el cuerpo y la masa muscular, así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales. Estos cambios ocurren en niños y niñas (mayor estatura, fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo, siendo las hormonas las que desencadenan dichos cambios. Por lo general, los niños suelen perder casi toda la grasa adicional que acumularon al principio. Por su parte, las niñas tienden a conservarla y a distribuirla en diferentes partes del cuerpo (Craig, 2000).

Craig (2000) refiere que durante el comienzo de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo crecen a diversos ritmos. La cabeza ha dejado casi de crecer, puesto que la mayor parte de su desarrollo se completa a los 10 años de vida. Las manos y pies alcanzan la talla adulta, luego hay un aumento en el tamaño de brazos y piernas. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, que culmina con el desarrollo completo de los hombros. Grinder (1992) menciona que el corazón aumenta de tamaño rápidamente, para llegar al máximo de su peso relativo aproximadamente a los 16 años, como consecuencia de este crecimiento disminuye el número de latidos, pero los cuales son cada vez más fuertes.

Papalia y cols (2005) presentan una secuencia del desarrollo del adolescente señalando el promedio del desarrollo de las características sexuales secundarias. Las edades son promedio, ya que en realidad los cambios pueden presentarse varios años antes o después.

- Hombres 11.5-13 años. Empieza el crecimiento de los testículos, escroto, vello púbico. Cierta pigmentación, se forman nódulos en los pechos (que luego desaparecen). Empieza el incremento de la estatura. Empieza el crecimiento del pene.
- Hombres 13.-16 años. Desarrollo del vello púbico liso y pigmentado. Primeros cambios de voz. Rápido crecimiento del pene, testículos, escroto, próstata, vesículas seminales. Primera eyaculación de semen. Vello púbico ensortijado. Edad máxima de crecimiento. Empieza el crecimiento del vello axilar.

- Hombres 16-18 años. Rápido crecimiento del vello axilar. Marcado cambio en la voz. Crecimiento en la barba. Hendidura de la línea frontal del cabello.
- Mujeres 10-11 años. Empieza el incremento de estatura. Ligero crecimiento del vello púbico. Se elevan los pezones de los senos para formar la "etapa de botón".
- Mujeres 11-14 años. Vello púbico liso y pigmentado, la voz se hace algo más profunda. Rápido crecimiento de la vagina, ovarios, labios y útero. Vello púbico ensortijado. Edad de máximo crecimiento, mayor crecimiento, pigmentación, elevación de los pezones y aureola para formar los senos primarios. Menaquía.
- Mujeres 14-16 años. Crecimiento del vello axilar. Llenado de los pechos para adquirir forma adulta, etapa secundaria de los senos (p. 434).

Otro cambio es el aumento de tamaño y actividad de las glándulas sebáceas, productoras de grasa en la piel, lo que puede ocasionar que la cara de los adolescentes se llene de acné. También se desarrolla en la piel una nueva clase de glándulas sudoríparas, que incrementan el olor corporal (Craig, 2000).

Tanner (1978) menciona que los cambios físicos están controlados por hormonas que son sustancias bioquímicas secretadas en dosis muy pequeñas por las glándulas endocrinas. Las hormonas que intervienen en el crecimiento de los adolescentes están presentes en cantidades observables desde la etapa fetal, pero su producción se incrementa considerablemente durante la pubertad. Las hormonas masculinas y femeninas están presentes en individuos de ambos sexos. Los hombres tienen más de las hormonas llamadas andrógenos de las cuales la más importante es la testosterona, y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona.

Cada hormona influye en ciertos grupos de blancos o receptores. Por ejemplo, la secreción de testosterona hace que el pene crezca, se ensanchen los hombros y crezca vello en el área genital y la cara. De la misma manera, los estrógenos provocan el crecimiento del útero, el pecho y el ensanchamiento de las caderas. La secreción de las glándulas endocrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo, cuya conservación es indispensable para el crecimiento y funcionamiento normal, la hipófisis, a veces llamada glándula maestra esta situada por debajo del cerebro, produce varias hormonas, entre las más importantes se encuentran la hormona del crecimiento, somatotropina, y algunas hormonas secundarias que estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas como los testículos y los ovarios, que son glándulas sexuales, estas últimas cumplen dos funciones; producir gametos: espermatozoides u óvulos, y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos reproductores. La secreción de las glándulas sexuales y de la hipófisis tienen una repercusión emocional y fisiológica en los adolescentes (Craig, 2000).

El primer signo de la pubertad en el chico es usualmente una aceleración del crecimiento de los testículos y el escroto, con enrojecimiento y arrugamiento de la piel. Hacia la misma época puede empezar un débil crecimiento del vello púbico, aunque usualmente tiene lugar un poquito más tarde. El estirón en la estatura y el crecimiento del pene comienza por término medio aproximadamente un año después de la primera aceleración testicular. Concomitantemente con el crecimiento del pene, y bajo los mismos estímulos, las vesículas seminales y la próstata y las glándulas bulbouretrales se ensanchan y desarrollan. El momento de la primera eyaculación de líquido seminal está, en alguna medida, determinado tanto cultural como biológicamente, pero generalmente tiene lugar durante la adolescencia y alrededor de un año después del comienzo del crecimiento acelerado del pene. En las chicas, los primeros signos de la pubertad son el crecimiento de los pechos y la aparición del vello púbico, al mismo tiempo que se desarrolla el útero y la vagina. La menarquía, el primer periodo menstrual aparece más tarde y tiene lugar, casi siempre, con posterioridad al vértice del estirón. Aunque supone el comienzo de la madurez uterina, todavía no se alcanza una función reproductiva completa, sino que hay un periodo de esterilidad que dura entre un año y año y medio después de la menarquía (Tanner, 1970).

Craig (2000) Existen muchos factores que determinan el momento de la maduración sexual y el desarrollo. La herencia y los factores étnicos ciertamente ejercen influencia, así como la nutrición y el cuidado médico adecuado tienen mas probabilidades de madurar temprano que aquellos cuya nutrición y cuidado médico son inadecuados. La posición socioeconómica también parece influir, pero dicho factor es mediado por la deficiente nutrición y el pobre cuidado médico recibidos por los niños de clase baja. La dieta y el ejercicio también influyen en el inicio de la pubertad debido a su efecto sobre el peso y el porcentaje de grasa corporal. En general, los chicos con mayor peso y exceso de grasa corporal suelen madurar antes. La investigación más reciente indica que los niveles de estrés enfrentados por los adolescentes también influyen en el tiempo del desarrollo. Ello obedece a que el estrés suele incrementar el consumo alimentario, lo que al aumentar el peso corporal a su vez influye en el inicio de la pubertad. Por ende, quienes están bajo más estrés tienden a madurar antes (Beisky, Steinberg y Draper, 1991).

Papalia y cols (2005) mencionan la importancia de los cambios físicos y sus vinculaciones psicológicas, gran parte de los adolescentes varones les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su persona, a muchos no les gusta lo que ven en el espejo. Los adolescentes suelen sentirse menos fatales con su apariencia que las chicas lo cual refleja mayor énfasis cultural que se hace en los atributos físicos femeninos. Estos autores señalan que las chicas que están avanzadas en el desarrollo de la pubertad suelen pensar que están demasiado obesas y esta imagen negativa puede generar problemas alimentarios. La preocupación por la imagen corporal posiblemente se relacione con el despertar de

la atracción sexual. Un punto importante dentro del proceso de desarrollo físico y biológico de la madurez sexual en adolescentes varones es la producción de esperma, dando como resultado una emisión nocturna; eyaculación involuntaria de semen. La mayoría de los adolescentes tienen estas emisiones a veces relacionadas con un sueño erótico (espermarquía). El principal indicio de la madurez sexual en las chicas es la menstruación, la primera menstruación llamada menarquía e indica que esta ocurriendo la ovulación. El desarrollo de la atracción sexual mencionan estos autores puede tener la posible explicación en su desarrollo a la aparición de la adrenarquía, -maduración de las glándulas suprarrenales- que ocurre varios años antes de la gonadarquía –maduración de los testículos y ovarios-. Entre los 6 y 11 años las glándulas suprarrenales secretan niveles gradualmente mayores de andrógenos. A los 10 años los niveles de andrógenos son 10 veces lo que fueron el primero y los cuatro años de edad. La maduración de los órganos sexuales activa un segundo aumento de la producción de andrógenos que luego se incrementaran a los niveles de la edad adulta. Los andrógenos son los responsables del brote inicial de vello púbico, del crecimiento más rápido, del aumento de la grasa en la piel y del desarrollo de olor corporal.

Los efectos psicológicos de la aparición temprana o tardía de la pubertad dependen de la interpretación que el adolescente y otras personas en su mundo den a los cambios que los acompañan. Los efectos en la maduración temprana o tardía tienen más probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes estas mucho mas o menos desarrollados que sus compañeros, cuando no perciben los cambios como ventajosos, y cuando aproximadamente ocurren diversos sucesos estresantes (Papalia y cols, 2005).

Mencionan Papalia y cols, (2005) que el estado de los adolescentes es en general saludable como lo reconocen ellos mismos según una encuesta escolar aplicada a mas de 120,000 chicos entre 11 y 15 años de edad en Estados Unidos y otros países industrializados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pese a su buena salud los adolescentes reportaron sobre todo las chicas problemas de salud frecuentes y síntomas como dolor de cabeza, de estomago, de espalda, nerviosismo, cansancio, soledad o debilidad siendo en su mayoría residentes de culturas aceleradas y estresantes.

Muchos problemas de salud pueden prevenirse, ya que son producto del estilo de vida o de la situación económica baja o pobreza. En las naciones industrializadas, según la OMS, los adolescentes de familias pobres suelen mostrar una salud mas deficiente y síntomas mas frecuentes de enfermedad, en tanto que los adolescentes de familias prosperas quienes tienen mayores probabilidades de recibir una educación adecuada tienen por lo general dietas mas saludables y mayores actividades físicas (Papalia y cols, 2005).

La obesidad es el trastorno alimentario más común en Estados Unidos. El porcentaje de jóvenes excedidos de peso casi se ha duplicado en las últimas dos décadas, especialmente en la población mexicano-estadounidense. Algunas de las causas de obesidad son muy poca actividad física y malos hábitos alimentarios, los adolescentes obesos suelen convertirse en adultos obesos y estar sujetos a riesgos físicos, sociales y psicológicos (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol y Dietz, 1993).

En ocasiones, la determinación de no engordar puede agravar más los problemas que la obesidad misma. La preocupación por la imagen corporal –percepción que la persona tiene de su propia apariencia- a menudo se intensifica en la adolescencia y pueden generar esfuerzos obsesivos por controlar el peso. La preocupación excesiva por el control de peso y la imagen corporal pueden ser señales de advertencia de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, trastornos que suponen patrones anormales de ingestión de alimentos. Estos trastornos crónicos afectan a cinco millones de adolescentes en su mayor parte chicas adolescentes y mujeres jóvenes. La anorexia y la bulimia suelen ocurrir en gran parte de familias completas lo que señala un posible fundamento genético, otras causas aparentes son neuroquímicas, del desarrollo y socioculturales (Papalia y cols, 2005).

1.1.4. DESARROLLO INTELECTUAL DEL ADOLESCENTE

De acuerdo con (Craig, 2000), la adolescencia es un periodo durante el cual la capacidad de adquirir y de utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, el nivel de funcionamiento intelectual alcanzado a finales de la adolescencia o a comienzos de la etapa adulta y el grado en que esta capacidad se ejercite durante un periodo determina en gran medida, el curso futuro del funcionamiento cognoscitivo del adulto. Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo, puede considerar no sólo una posible respuesta a un problema, situación o explicación, sino varias posibilidades a la vez, el adolescente pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto El desarrollo de los valores y de los principios morales, la preocupación por la introspección y la autocrítica, la conciencia de sí mismo, que se refleja en las relaciones con el yo y con los demás, y el desarrollo de las metas futuras y de los planes de vida que caracterizan a los adolescentes, todos, depende, en grado considerable, de la maduración.

De acuerdo con Caplan y Lebovici (1973) el pensamiento adolescente comienza a manifestarse alrededor de los 11 o 12 años, pero llega a su equilibrio a los 14 o 15 años, éste consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas.

En los adolescentes el vocabulario sigue creciendo conforme la materia de lectura se vuelve más compleja. Con la aparición del pensamiento formal, los adolescentes

definen y comentan abstracciones como el amor, la justicia y la libertad. Emplean con mayor frecuencia expresiones como sin embargo, por el contrario, de cualquier modo, por lo tanto, realmente y probablemente para expresar relaciones entre oraciones y enunciados. Cobran mayor conciencia de las palabras como símbolos que pueden tener diversos significados: disfrutan al emplear la ironía, los juegos de palabras y metáforas. Los adolescentes también adquieren mayor habilidad para adoptar un planteamiento social, capacidad para entender el punto de vistas y el nivel de conocimiento de otra persona, y para adecuar su propio lenguaje en consecuencia, conscientes de quienes lo oyen, los adolescentes hablan un lenguaje diferente con los pares que con los adultos (Owens, 2003).

Durante la adolescencia ocurre un aumento en la capacidad y el modo de pensar que ensancha la conciencia, la imaginación, el juicio y el discernimiento. Estas mayores habilidades también llevan a una rápida acumulación de conocimiento que abre un conglomerado de temas y problemas que complican – enriquecen- la vida de los adolescentes (Craig, 2000).

Según Piaget, los cambios internos y externos en la vida de los adolescentes se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. El cerebro ha madurado y el ambiente social se ha ampliado, ofreciendo más oportunidades para experimentar. La interacción entre las dos clases de cambio resulta esencial, pues aunque el desarrollo neurológico de la gente joven haya avanzado lo suficiente para llegar a la etapa de razonamiento formal, nunca podrán lograrlo si no están preparados a nivel cultural y de educación (Papalia y cols, 2001).

Los adolescentes no sólo tienen la capacidad de aceptar y comprender lo que está dado sino también de concebir lo que podría ocurrir. Como pueden construir ideas, tienen la habilidad para laborar y generar nuevos pensamiento. El pensamiento se vuelve inventivo, imaginativo (Rice, 1997).

Craig (2000) opina que esta forma de procedimiento intelectual es abstracta, especulativa y libre del medio inmediato y las circunstancias. Consiste en pensar acerca de las posibilidades así como en comparar la realidad con cosas que pueden o no ser.

Otra capacidad cognoscitiva adquirida en la adolescencia es la de reflexionar sobre el pensamiento. Los adolescentes aprenden a examinar y modificar intencionalmente su pensamiento, a veces repiten varios hechos hasta memorizarlos por completo, otras veces se abstienen de sacar conclusiones apresuradas si no tienen pruebas. También se vuelven extremadamente introspectivos y ensimismados. Por otra parte, empiezan a poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías, al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos (Craig, 2000).

Ginsburg y Opper (1979) citados en Papalia y cols (2001) mencionan que en la esfera intelectual, el adolescente tiene la tendencia a involucrarse en asuntos abstractos y teóricos, construyendo elaboradas teorías políticas o complejas doctrinas filosóficas. El adolescente puede desarrollar planes para la compleja reorganización de la sociedad o entregarse a especulaciones metafísicas. Después de descubrir las capacidades para el pensamiento abstracto, procede entonces a ejercitarlos sin restricción. En el proceso de exploración de estas nuevas capacidades, el adolescente pierde realmente, algunas veces, contacto con la realidad sintiendo que puede realizar todo con sólo pensarlo.

El pensamiento de las operaciones formales puede caracterizarse como un proceso de segundo orden, el cual consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre objetos y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad. Hay tres características del pensamiento adolescente:

1. La capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución a los problemas.
2. La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.
3. La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético – deductivo (Gallagher, 1973; citado en Craig, 2000 p. 366)

El pensamiento operacional formal también da por resultado una nueva forma de egocentrismo (Adams y Jones, 1982, citados en Rice, 1997). La capacidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos, hace que los adolescentes cobren una aguda conciencia de sí mismos, lo que los hace egocéntricos e introspectivos. Además de conocerse mejor a sí mismos, logran conocer también a los demás. Un tipo particular de egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta los propios pensamientos y los cambios que se están dando. Los adolescentes pueden suponer que otros se sienten tan fascinados por ellos y por su conducta como ellos mismos, pero muchas veces no aciertan a distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otros. De ahí que tiendan a anticipar las reacciones de quienes los rodean; suponen que los demás los aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican (Rice, 1997).

El egocentrismo de los adolescentes ha cambiado, antes cuyo interés no se extendía más allá de su entorno se han convertido, en la adolescencia, en personas que pueden resolver problemas complejos, analizar dilemas morales y crear la visión de sociedades ideales, aunque en cierta manera el pensamiento del adolescente sigue siendo inmaduro. Tienden a ser críticos en extremo, en especial frente a las figuras de autoridad, a contradecir, a ser tímidos, indecisos, y en

apariencia, hipócritas, características que reflejan algo de egocentrismo (Papalia y cols, 2001).

Las suposiciones referentes a las opiniones de la gente constituye la audiencia imaginaria del adolescente. Los adolescentes se sirven de esa audiencia como un campo de pruebas para ensayar mentalmente varias actitudes y conductas. La audiencia imaginaria es al mismo tiempo fuente de gran parte de la conciencia de sí mismo, de sentirse observado en forma constante y dolorosa. Puesto que los adolescentes no están seguros de su identidad interna, reaccionan de manera exagerada frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son. Al mismo tiempo que no logran diferenciar los sentimientos de la gente, están muy ensimismados en sus propios sentimientos, creen que sus emociones son exclusivas de ellos (Elkind, 1967; citado en Craig, 2000).

Para el final de la adolescencia la atención cambia del egocentrismo a un nuevo socio centrismo, es decir, los adolescentes empiezan a concentrar su atención en los demás, más que en el yo interno. Empiezan a enfatizar valores de naturaleza más noble y altruista (Rice, 1997).

1.1.5. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Lo más importante que le ocurre al adolescente, desde el punto de vista social, es la intensidad que adquiere la relación con su grupo de pares. Este grupo de pertenencia, que usa un lenguaje, vestimenta y adornos diferentes a los de los adultos y a los de los niños, es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir la seguridad y destreza social necesarias para el futuro. Hay también una revisión crítica a los valores éticos y religiosos aprendidos en la familia o en la escuela. Esta es una revisión necesaria, para poder incorporar esos valores como propios y no impuestos por otros. Tienen gran sentido de la justicia, la defienden tanto en lo individual como en los hechos que afectan a la humanidad. Aceptan un castigo si consideran que fue merecido; pero si creen que ha sido algo injusto, se les provoca una rebeldía capaz de no detenerse hasta que sea corregido el error anterior. En un caso así, la imagen del adulto que ejerce autoridad va perdiendo respeto y credibilidad.

Erikson dividió en ocho etapas el desarrollo humano, situando la adolescencia en la quinta etapa llamada identidad contra confusión de roles donde los adolescentes tratan de encontrar quienes son en realidad, exploran nuevos intereses, se autoevalúan en nuevas competencias y entran en contacto con los valores en los que creen (Erikson, 1986).

Erikson (1986) señala que la principal actividad durante la adolescencia es el logro de la identidad. Esta integración del ego, se desarrolla a partir de la experiencia social y de la aceptación de los papeles sociales. Hay una tendencia a sobre identificarse con los de su misma edad y con figuras ideales. El enamorarse se vuelve en un medio de proyectar la propia identidad difusa del ego sobre otra persona. Erikson se refiere a los jóvenes como "inquietud contemporánea". Menciona que la adolescencia siempre ha sido vista como una etapa intermedia entre un sentido alternativamente vigorizante y desconcertante de un pasado definido en extremo que debe ser abandonado y de un futuro aún por identificar, y con el cual identificarse. La adolescencia parece cumplir la función de confiar a la persona en crecimiento, los logros posibles y los ideales comprensibles de una civilización en existencia o en desarrollo.

En CONAPO (1986) se menciona que el adolescente es un ser humano completo con características propias. Al salir de la niñez y al enfrentarse de manera directa con la sociedad se encuentran muchas veces con que debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico: la sociedad le exige que sea responsable, productivo y que se prepare para la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece ningún estatus, ni un rol bien definido; por una parte se le sigue tratando como a niño y por otra se le demanda que se comporte como adulto, en ocasiones se le pide dependencia, mientras que en otras se le recrimina por falta de autonomía. Casi todas las actividades adultas le son vedadas, no obstante al mismo tiempo se espera de él la responsabilidad y el desempeño de una persona mayor.

En la búsqueda de su identidad e independencia, los adolescentes llegan a revelarse ante situaciones confusas, arbitrarias y que lo oprimen socialmente, pero se siente atrapado por el sistema social. Inventan por tanto sistemas y teorías que, desde su punto de vista, serán redentores del mundo. Esto da origen a una ideología propia de los adolescentes la cual condiciona su comportamiento y les da características distintas a las del resto de las personas; por ello es que, se habla de una subcultura de la adolescencia (Brukner, 1975; citado en CONAPO, 1986).

La principal tarea psicosocial de la adolescencia es el logro de la identidad. La identidad que tiene muchos componentes: características sexuales, morales, sociales, físicas, psicológicas, ideológicas y vocacionales que componen al Yo en su totalidad (Rice, 1997).

La búsqueda de la identidad, que se desarrolla durante toda la vida, comienza en la niñez y adquiere mayor preponderancia en la adolescencia. Como Erikson (1950) destaca, este esfuerzo por darle sentido al yo y al mundo no es "una especie de malestar de maduración"; es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo del adulto (Papalia y cols, 2001).

El desarrollo psicosocial comprende los cambios en la forma que los adolescentes se entienden a sí mismos, a otros y al mundo que les rodea. Así, los adolescentes buscan y quieren determinar lo que es único y especial respecto de sí mismos, intentan descubrir que tipo de papeles que podrían desarrollar mejor el resto de su vida (Erikson, 1986).

Los adolescentes se han de diferenciar de su cultura, la han de cuestionar lo mismo que a sí mismos, para aprender quienes son y que es lo que realmente sienten. De esta manera es como se vuelven capaces de establecer relaciones profundamente sentidas con otros (Grinder, 1992).

Para Erikson (1986), la crisis de identidad tiene un aspecto psicológico y social, y explica que el aspecto psicológico es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, es un sentido de continuidad e igualdad personal, pero es también una cualidad del vivir no-consciente-de-sí-mismo, como puede ser tan manifiesto en un adolescente que se ha encontrado a sí mismo a medida que ha encontrado su dimensión comunitaria. El adolescente está acosado por la dinámica del conflicto, y puede conducirse a estados mentales contradictorios. El aspecto social de la identidad, debe ser explicado dentro de esa dimensión comunitaria en la que un individuo debe encontrarse a sí mismo. A lo largo de la vida el establecimiento y mantenimiento de esa fuerza que puede reconciliar discontinuidades y ambigüedades depende del apoyo, primero, de modelos parentales y, después, de modelos comunitarios. La crisis de identidad en algunas ocasiones es escasamente perceptible, ya que se presenta sin ningún ruido, y en otras ocasiones estará claramente señalada como un periodo crítico, una especie de segundo nacimiento. Este mismo autor señala que la formación de la identidad, por normas, posee un aspecto negativo, que, a lo largo de la vida, puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad total. La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables, o mediante los cuales se hace sentir como diferente a individuos atípicos o aciertas minorías específicas.

Los adolescentes que pueden resolver con éxito su crisis de identidad se habrán definido a sí mismos y establecerán una jerarquía de expectativas en la que tendrán confianza. Por tanto, sus relaciones interpersonales serán armoniosas y recíprocas, tendrán seguridad en la percepción de sí mismos, y confianza en que las percepciones que de ellos tengan otras personas serán congruentes con la suya propia. Entonces, han desarrollado una identidad segura: se sienten aceptados (Erikson, 1968).

En la adolescencia, el desarrollo previo, la dirección presente y la perspectiva futura deben proporcionar en forma conjunta un detallado plano ideológico en beneficio del Yo adolescente, al igual que en el de la sociedad (Erikson, 1986).

Para Marcia (1980), la identidad es "una organización interna, dinámica y autoconstruida de impulsos, habilidades, creencias e historia individual", identificó cuatro estados de identidad determinados por la presencia o la ausencia de crisis y compromiso, dos elementos fundamentales para formar la identidad según Erikson; luego relacionó estos estados de identidad con varias características de la personalidad, incluidas la ansiedad, la autoestima, el razonamiento moral y los patrones de comportamiento. Las categorías no son permanentes, cambian a medida que las personas se desarrollan (Papalia y cols, 2001 pp. 444-451).

Según Erikson, cuando el niño entra a la adolescencia, su grupo social espera que éste reemplace sus actitudes y conductas infantiles por las más adecuadas a su nuevo status evolutivo; esto es lo que promueve la crisis en la adolescencia, que es denominada por este autor identidad vs. confusión de roles, en la cual el adolescente intenta encontrar un rol de acuerdo a sus cualidades, busca adversarios e ídolos como guardianes de una identidad final, inicia el enamoramiento, lo cual constituye un intento por llegar a la propia identidad (incluyendo la identidad sexual), los grupos de pares ayudan a desarrollar y poner a prueba el autoconcepto, pero también pueden ejercer una influencia antisocial; la resolución de este conflicto presupone el desarrollo de la virtud de fidelidad. La identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres aspectos importantes en su vida: la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por que vivir, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Erickson considera que hay dos aspectos cruciales en la formación de la identidad: la presencia o ausencia de crisis y compromisos. Por su parte, Marcia (1980) definió cuatro tipos de estado de identidad, siguiendo esta misma línea de pensamiento: Logro de identidad: caracterizado por el compromiso con elecciones hechas después de una crisis, un periodo dedicado a explorar alternativas; Aceptación sin raciocinio: la persona no dedica tiempo a considerar alternativas (es decir, no ha estado en crisis) se compromete con planes de otra persona para su vida; Moratoria: la persona normalmente considera alternativas (en crisis) y parece guiado por el compromiso; Difusión de identidad: caracterizado por la ausencia de compromiso y la falta de un serio examen de sus alternativas.

Según Erikson (1968) y Marcia (1980), estas crisis de identidad, a menudo causan en el adolescente ansiedad, ya que el adolescente se encuentra en el conflicto de integrar diversas identificaciones de su primera infancia, con nuevas identificaciones, que le permitan adaptarse al contexto social en el que se desenvuelve, esta ansiedad puede traer consigo periodos depresivos, sobre todo si hay factores precipitantes como la pérdida de un ser querido (lo cuál no implica forzosamente su muerte) o la desaprobación de personas significativas.

Marcia (1980), propone que la resolución de la identidad podía ser medida en función de la experimentación de un período de crisis y de la realización de compromisos en aspectos centrales de la vida tal como la opción vocacional y las

creencias ideológicas y religiosas entre otros. Se puso a prueba esta hipótesis a partir de cuestionarios que fueron distribuidos a grupos grandes de estudiantes, tanto escolares como universitarios en los Estados Unidos y sistematizaron esos datos sobre los estados de la identidad. Este autor basándose en las entrevistas realizadas a adolescentes ha definido las distintas formas o estatus de identidad que es posible encontrar en la adolescencia. Estos estatus de identidad se definen en función de dos criterios fundamentales: por una parte, si se ha llegado o no a esa identidad tras un periodo de búsqueda y crisis; por otra, el grado de compromiso con una ideología o proyecto de vida, el compromiso está presente tanto en aquellos sujetos que se hallan en un estatus de identidad lograda como entre quienes están en una situación de identidad hipotecada. La diferencia entre ambos está en que mientras que el compromiso adoptado por los primeros es fruto de la búsqueda personal, en los segundos el compromiso es el resultado de las presiones de la familia o del entorno social. Los dos estatus restantes se refieren a aquellos sujetos que aún no han asumido ningún tipo de compromiso, bien porque están todavía en una situación de búsqueda activa o moratoria sin haber tomado una decisión, o bien porque, incluso si en su momento lo buscaron, actualmente han renunciado a cualquier tipo de exploración, permaneciendo en un estado de identidad difusa o indefinida del cual el chico o chica no ve la necesidad de salir.

Menciona este autor que el estatus de identidad en el que se encuentre un adolescente va a influir sobre su comportamiento: los chicos y chicas en logro de identidad o en moratoria suelen mostrarse más maduros y autónomos, quienes presentan una identidad hipotecada tienden a ser más conformistas, rígidos y convencionales, mientras que la difusión de identidad suele estar relacionada con sujetos que se muestran apáticos y distantes, y que tienen bastantes probabilidades de padecer trastornos psicológicos. Aunque los compromisos adoptados van a depender en última instancia de la decisión personal del chico o la chica, esta decisión se verá condicionada por factores del entorno familiar y cultural. Así, los adolescentes en estado de moratoria o logro de identidad suelen tener en casa una base sólida de afecto combinada con cierta libertad, mientras que las identidades hipotecadas suelen ser frecuentes entre hijos de padres autoritarios. Los chicos y chicas pertenecientes a minorías étnicas van a tener también más dificultades para el logro de la identidad, ya que la presión de su grupo cultural por mantener sus valores propios puede llevarles a adoptar una identidad hipotecada, o bien sumergirles en una moratoria o crisis de difícil salida, al tener que optar por estos valores o los de la cultura mayoritaria.

Un aspecto importante en la búsqueda de la identidad es la necesidad de independizarse de los padres; en dicha búsqueda se presenta un camino que conduce al grupo de compañeros. La edad se convierte en un factor importante de unión en la adolescencia (mucho más que la raza, la religión, la comunidad o el sexo). Se divierten con sus amigos, con quienes se sienten libres, francos, parte

del grupo, emocionados y motivados. Los jóvenes desarrollan un "chovinismo generacional": tienden a creer que la mayoría de los otros adolescentes comparten sus valores y que las personas adultas no lo hacen. No obstante, los adolescentes sólo rechazan de manera parcial, transitoria o superficial los valores de los padres. Las investigaciones recientes señalan que la rebelión no es una característica necesariamente ligada a la adolescencia. Los jóvenes muy rebeldes quizá necesiten ayuda especial. A pesar de algunos conflictos, los adolescentes estadounidenses se sienten muy ligados a sus padres y piensan de manera positiva con respecto a ellos, adoptan valores semejantes en los asuntos importantes y aprueban los valores de ellos (Papalia y cols, 2001).

Como se puede observar, la mayoría de los autores antes mencionados hacen referencia al papel de género que deberán asumir los adolescentes dentro de la sociedad. Sin embargo, Horrocks (2001) habla de las "tareas evolutivas", es decir, las expectativas que tiene la sociedad acerca de las pautas de comportamiento de los adolescentes:

- a) Establecer relaciones nuevas y más duraderas con personas de ambos sexos.
- b) Cumplir un rol social masculino o femenino
- c) Aceptar la propia constitución física y emplear el cuerpo de manera adecuada.
- d) Alcanzar la independencia emocional respecto de los padres y otros adultos
- e) Convencerse del valor de la independencia económica
- f) Elegir una ocupación y prepararse para ella
- g) Prepararse para el matrimonio o la vida familiar en pareja
- h) Desarrollar actitudes y conceptos intelectuales necesarios para el ejercicio de los derechos cívicos
- i) Desear y lograr una conducta socialmente vista como responsable
- j) Procurarse un conjunto de valores y un sistema ético con guía para el comportamiento (p.43).

Durante el periodo de la adolescencia se desarrolla un código moral en base en algunos ideales. En la teoría de Kohlberg, (1968), el razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo y, por lo general, continúa en la adolescencia como la habilidad para pensar de manera abstracta, permitiendo a los jóvenes comprender principios morales universales. De hecho, el conocimiento avanzado no es una garantía de moralidad avanzada (inteligencia y maldad suelen estar demasiado unidas) pero, de acuerdo con Kohlberg, éste debe existir para que se presente el desarrollo moral.

Los adolescentes aplican el razonamiento moral a muchos tipos de problemas, tanto a los de índole social como a las decisiones de carácter personal. Al igual que no todos los jóvenes están en la etapa de las operaciones formales de Piaget, no todos están en el mismo nivel de la escala moral de Kohlberg. Según el punto de

vista de Kohlberg, es el razonamiento subyacente de una conclusión que alguien plantea ante un problema moral, y no a la conclusión misma, lo que indica en cuál etapa de desarrollo moral se encuentra la persona. Los adolescentes pueden encontrarse en alguno de los tres niveles de Kohlberg.

La mayoría de los adolescentes, como la mayoría de adultos, parecen estar en el nivel convencional de desarrollo moral de Kohlberg, nivel II. Han internalizado los estándares, apoyan el status quo y piensan en términos de hacer lo correcto para complacer a otras o para cumplir la ley. Solo un pequeño número de personas parece alcanzar el nivel de moralidad postconvencional. En este nivel, que puede alcanzarse en la adolescencia o en la edad adulta, las personas pueden apreciar dos estándares aceptados desde el punto de vista social y elegir el que personalmente les parezca correcto. No obstante, incluso quienes han logrado un alto nivel de desarrollo cognoscitivo no siempre llegan a un alto nivel de desarrollo moral comparable. Esto se debe a que otros factores que subyacen detrás del conocimiento afectan el razonamiento moral.

Influenciado por Piaget, Kohlberg creía que el desarrollo emocional es paralelo al desarrollo cognitivo y que atraviesa por una serie de etapas cualitativamente diferentes, en las que el niño reestructura el concepto del yo en su relación con los conceptos de los demás. Propuso su Teoría del desarrollo moral mencionando que el razonamiento moral atraviesa seis etapas. Cada etapa sucesiva se constituye sobre las bases de la anterior y reorganiza la comprensión anterior en una visión moral compleja y equilibrada. Los niños avanzan en progresión invariable porque es necesario que comprendan el razonamiento típico de una etapa antes de poder comprender las dificultades de la siguiente. La teoría de Kohlberg señala las premisas: a) se debe obtener cada nivel de desarrollo moral antes de que el individuo pueda desempeñarse en el siguiente nivel superior; b) el logro de un nivel superior de juicio moral parece implicar las reelaboraciones de las normas anteriores de pensamiento en vez de un proceso aditivo de desarrollo; y c) el desarrollo moral ocurre como una secuencia invariable, que permanece inalterable en cualquier grupo nacional o subcultural (Horrocks, 2001).

Craig (2000) señala que el perfeccionamiento de las habilidades cognoscitivas que se dan en la adolescencia ayuda a tomar decisiones de tipo vocacional. Los adolescentes pueden analizar opciones, tanto reales como hipotéticas, y también sus talentos y capacidades.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- 2.1.1. Evolución histórica de los trastornos de la conducta alimentaria.
- 2.1.2. Definiciones.
- 2.1.3. Criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria.
- 2.1.4. Datos epidemiológicos.
- 2.1.5. Consecuencias.
- 2.1.6. Tratamientos.
- 2.1.7. Factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

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

Las primeras informaciones sobre auto-emaciación son descritas entre los antiguos ascetas religiosos de la Edad Media, lo que sugiere la existencia de alguna variante de anorexia nervosa (AN) durante esta época, pero es a Richard Morton a quién se le atribuye la primera descripción médica de anorexia en 1689, ya que supo captar de forma clara la característica de suma delgadez de este trastorno. Posteriormente, Gull, en 1873 la describió como entidad clínica bien definida y acuñó el término de anorexia nervosa. Son de destacar, en este mismo año las descripciones rigurosas e incisivas realizadas por Laségue. Durante el siglo XX, la AN fue atribuida a causas psicológicas por autores como Charcot, Dubois, Fenwick o Janet y más tarde fue confundida con la insuficiencia hipofisiaria (Síndrome de Simmonds Sheehan) lo que indujo a controversia durante 30 años. Durante la década de los 30's se reafirma su origen psicógeno por autores como Ryle, Sheldo, Berkman, punto de vista que ha predominado hasta la actualidad (Garner, 1993). El síndrome bulímico es de aparición más reciente, y se consideró inicialmente como un síntoma secundario de la AN, hasta que en 1979 fue descrito por Rusell como entidad clínica propia (Fairburn 1993, citado en Gandarillas y Frebel 2000).

Al parecer fue Gull quién utilizó por primera vez la expresión anorexia nervosa en una conferencia-discurso pronunciado en Oxford en 1868. Considerándola como un

estado mental morbosos causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Los síntomas principales del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea, y el estreñimiento, habiendo reparado Gull también en el paradójico incremento de la actividad física, la hipotermia y la bradicardia. En la misma época, y del modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Lasségue en 1873, calificándola de inanición histérica y considerándola, como Gull, una enfermedad psicógena (Toro y Vilardell, 1987).

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

Pero en los albores del año 2000 las cosas son muy diferentes. Los ayunos y abstinencias practicadas en nombre de Dios están siendo relegadas al olvido con acelerada rapidez. Las costumbres van cambiando a gran velocidad debido a fenómenos de masas promovidos por potentísimos agentes económicos y políticos. Es precisamente en esta sociedad laica y carente generalmente de hambrunas donde aparece con un carácter epidémico jamás visto con anterioridad los ahora denominados "*Trastornos Alimentarios o de la Conducta Alimentaria*". Se trata de auténticas enfermedades, que justamente guardan estrecha relación con los ayunos y abstinencias que se venían practicando a lo largo de la historia (Toro, 1996).

Todo ser vivo, para mantenerse como tal necesita alimentarse. Sin comer en cantidad suficiente, sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible vivir o por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud. El comer tiene múltiples significados más allá de lo nutricional, la alimentación es un acto social desde el mismo nacimiento, o sea, aprendemos a comer en contacto con otras personas. Esta socialidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Por tanto, comer se asocia a vivencias que van más allá de lo estrictamente nutricional. Son muchas las situaciones alimentarias en que la ingestión del alimento conlleva un valor añadido determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come y también por las experiencias anteriores en situaciones semejantes, por tanto, lo mismo puede suceder con el no comer (Toro, 1996).

De acuerdo con este mismo autor, la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia la comida y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultaran significativas emocionalmente para el comedor en cuestión. Se trata de ocasiones comunes en que la comida deja de ser simplemente alimento para

desdoblarse en premios o castigos, en aprobación o desaprobación social, en algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

Son múltiples las situaciones alimentarias en que el alimento ingerido entraña un valor añadido que esta determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come y en consecuencia también por las experiencias anteriores en situaciones semejantes. Baas y cols (1979, citado en Toro, 1996), enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, además de los significados que se les puede atribuir:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimientos.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza (p. 3).

La conducta alimentaria como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo, empero la alimentación del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales, así como los aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desordenes del comer (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

Evidentemente, muchos de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez. Pero al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la

historia de la humanidad parecen mantener su vigencia. Si el comer puede y suele revestir forzosamente múltiples significados mas allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. La supresión o prohibición de un alimento, puede tratarse de tabúes alimentarios sólidamente establecidos. En su mayor parte son de carácter religioso, aunque se piense que su origen histórico pudiera basarse en justificaciones estrictamente alimentarias. Así se sabe que los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y leche cuajada; los judíos, carne de cerdo y mariscos; los budistas sólo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal. De la misma manera, distintas religiones obligan a ayunos totales o parciales (abstinencia) en determinadas épocas del calendario religioso que están relacionadas con celebraciones. En tales circunstancias, comer es pecar; la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber infringido una norma sagrada. Se trata de reglas suficientemente interiorizadas para que, aún sin observadores ni jueces externos, el infractor –el comedor de lo prohibido– reaccione así, angustiadamente, deseando no haberlo hecho, arrepintiéndose (Toro, 1996).

2.1.2. DEFINICIONES

DEFINICION DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden considerarse un síndrome en la vida de la persona, impidiendo que se integren de manera adecuada a sus actividades cotidianas. Las áreas que se ven afectadas comprenden las relaciones sociales, familiares, interpersonales, escolares y laborales pero sobre todo la relación del individuo consigo mismo (Villareal, 1999). Se considera a los trastornos del comer como enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez (García, 1996 citado en Cruz y Estada, 2001).

Los trastornos de la alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, y una característica esencial de estos trastornos es la alteración de la percepción de forma y el peso corporal. Dentro del campo de estudio de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastornos por atracones y trastornos de la alimentación no especificados. La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vomito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo. Los trastornos por atracones se caracterizan por la presencia de atracones sin ir acompañados de conductas compensatorias. Una característica esencial de estos trastornos es la

alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. La incidencia de los desórdenes en la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak, 1987). Para Raich (1994; citado en Álvarez, 2000) los trastornos alimentarios comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, que la base y fundamento de estos se halla en la alteración psicológica.

Existen una gran variedad de trastornos de la conducta alimentaria, algunos de ellos se inician con más frecuencia en la infancia o la niñez como: pica, rumiación o mericismo, y los que se dan en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud como: Anorexia y Bulimia Nervosas, Ingesta Compulsiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados. Algunas de estas desviaciones pueden conducir a incapacidades físicas, enfermedades graves e inclusive la muerte (APA, 2002).

Muchas personas que sufren de trastornos de la alimentación llevan una vida que está controlada por la comida y el subir o bajar de peso se convierte en el foco de su existencia. Frecuentemente se sienten culpables, aisladas, deprimidas y avergonzadas. Ya sea comiendo compulsivamente, "atascándose" de comida, purgándose o restringiéndose, todos ellos tienen algo en común: sufren de un trastorno de la conducta alimentaria que puede ser fatal si no se trata a tiempo.

ANOREXIA NERVOSA.

El término Anorexia proviene del latín "*an*", prefijo restrictivo y "*orexis*", apetito, es decir, "*sin apetito*". Mientras que el adjetivo "*nervosa*" expresa su origen "*psicológico*". Estas raíces afirman que la Anorexia es la falta de apetito; sin embargo es un término erróneo para referirse a este padecimiento (Palma, 1997). La Anorexia Nervosa es un Trastorno de la Conducta Alimentaria grave que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (García-Camba, 2001).

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etcétera (Toro, 1996).

La anorexia nervosa está determinada por una pérdida de peso relevante (malnutrición) decidida voluntariamente. El temor a engordar y las alteraciones de la imagen corporal son los fenómenos centrales. La mal nutrición afecta a todos los órganos y sistemas, siendo el eje neuro-hormonal-sexual el que suele dar las primeras señales de alarma siendo la amenorrea su síntoma principal (Farreras, 2000).

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

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

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque en ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencias alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales (OMS, 1992).

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las características esenciales de la anorexia nervosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma

o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren de amenorrea, mientras que las niñas prepuberales pueden retrasar la aparición de la menarquía (APA, 2002).

BULIMIA NERVOSA.

El término Bulimia significa "hambre de buey", se deriva del griego "bonus" buey y "limos" hambre. Mientras que el adjetivo "nervosa" expresa su origen "psicológico" (Palma, 1997). La Bulimia Nervosa consiste en un comportamiento obsesivo de voracidad compulsiva que empieza normalmente entre las edades de 15 y 24 años y va precedido de un periodo de preocupación progresiva por el peso corporal y la apariencia, durante el cual la persona decide seguir un régimen estricto entre los episodios de voracidad o, por lo menos "controlar su peso" a través de inducirse el vómito o la toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

La Bulimia Nervosa se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable de unos minutos a horas, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante el mismo una dificultad para parar de comer durante esos episodios de voracidad. La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-hinchazón-malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud, lo que junto a los frecuentísimos sentimientos de culpa y vergüenza generan depresión y autodesprecio, originando todo ello al final el vómito reflejo, o bien inducido para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido, cuando no se consigue el vómito usan los laxantes o diuréticos o el riguroso ayuno posterior para controlar el peso por miedo a engordar (Chinchilla, 1995).

La Bulimia Nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal y suelen ser vómitos autoinducidos, uso anómalo de laxantes, diuréticos, restricciones alimentarias, ayunos, etcétera (Toro, 1996).

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

La bulimia nervosa como tal, fue identificada como ya antes lo señalamos, como trastorno del comportamiento alimentario entre las décadas de los sesenta y setentas; con anterioridad el trastorno había sido considerado como una variedad de la anorexia nervosa. Sin embargo, el término bulimia y los criterios para su diagnóstico no fueron adaptados e introducidos en un sistema clasificatorio psiquiátrico hasta la elaboración del DSM-III en 1980 (Saldaña, 1994)

La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. Su curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. Por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nervosa son mujeres. Generalmente la bulimia se desarrolla en mujeres blancas y adolescentes o jóvenes adultas. La prevalencia del trastorno es de 1 a 3% del 7 al 15% de los casos son mortales; predomina en clase media o media-alta (DSM-IV 1995). Se consideran como indicios de un pronóstico negativo una larga duración del trastorno, edad de comienzo temprana, elevada frecuencia de atracones y vómitos añadido a una historia familiar de alcoholismo y depresión, el pronóstico resultaría más favorable si la detección se realiza en la etapa inicial de trastorno (Chinchilla, 1995 y Toro en 1996). En la mayoría de las familias con un miembro bulímico existe comunicación deficiente y destructiva; de tal manera que el paciente bulímico no puede expresar sus emociones directamente, lo que genera frustración que en este caso es afrontada por medio de la comida evitando así sentimientos displacenteros (Shernab y Thompson, 1999 citados en Martínez y Rodríguez, 2002).

La bulimia nervosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes con conductas compensatorias inapropiadas (vómitos, laxantes, enemas, diuréticos, ayunos y/o ejercicios excesivos). Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar al menos dos veces a la semana, durante un período de continuo de tres meses. Su autoestima está influenciada por el peso y la figura. La alteración de la imagen corporal no aparece exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nervosa (APA, 2002).

Diversos modelos explicativos han sido desarrollados para explicar la etiología, desarrollo y mantenimiento de la bulimia nervosa. Al igual que otros trastornos del comportamiento alimentario, la bulimia nervosa es un trastorno multidimensional, en el cual juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aún cuando el peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado. Entre los factores causales más importantes recogidos por la literatura sobre el tema están: la presión cultural sobre una mujer para adelgazar, el deseo para alcanzar la imagen idealizada del cuerpo perfecto para compensar la baja de estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; hábitos alimentarios y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal

y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen y Gross, 1988 citados en Martínez y Rodríguez, 2002).

TRASTORNOS POR ATRACONES.

El comedor compulsivo se caracteriza por su obsesión por la comida y por comenzar dietas que rompe con el tiempo; se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y se obsesiona por el peso, característica que no se presenta en otras formas de obesidad (Palma, 1997).

La ingesta compulsiva es un trastorno de la conducta alimentaria porque representa una relación anormal y contraproducente con la comida. Generalmente se sienten obligados a comer en respuesta a cualquier emoción fuerte, por lo que su ingesta escapa a su control o bien ejerce sobre ellos un control limitado. Cada vez que experimentan sentimientos fuertes, incluso positivos, comerán. Algunos terapeutas creen que la clave de la ingesta compulsiva es que ésta distrae la mente de los problemas reales. Una característica particular es que cuando terminan de realizar una ingesta compulsiva se odian por ello, esto, causa un ciclo viciado de más estrés, que conduce a más ingesta de comida que conduce a más estrés y así sucesivamente, de manera que el paciente centra su mente y energía en abstenerse de comer y no en los problemas que provocan su estrés (Tannenhaus, 1999).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Este tipo de trastorno se clasifica a partir del DSM-IV (1995) y se caracteriza por el exceso del comer sin purgación y otras conductas de anorexia y bulimia acompañadas de peso normal o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida.

2.1.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

ANOREXIA NERVOSA.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nervosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

Para la formulación de un diagnóstico de Anorexia nervosa el DSM-IV-TR sugiere que deben cubrirse 4 criterios:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar

a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

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

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

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

Además se debe especificar el subtipo:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- **Tipo compulsivo / purgativo:** durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (p. 659).

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

- A. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por debajo del esperado (perdido o nunca adquirido) o el índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida de peso es auto-inducida por medio de evitación de "comidas engordadoras" y uno o mas de los siguientes: vómito inducido, uso de métodos de purgas, exceso de ejercicio o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Existe distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de temor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el paciente se autoimpone el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Existe un desorden endocrino generalizado que involucra el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona y de

cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- E. Cuando el inicio es prepuberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se determina normalmente, pero la menarquía es tardía (p. 219).

BULIMIA NERVOSA

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nervosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (pp. 665-666).

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

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

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

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el paciente se fija de forma estricta un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea (pp. 221-223).

Especificar tipo:

- **Bulimia nervosa:** es un síndrome caracterizado por episodios de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control de peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.
- **Bulimia nervosa atípica:** este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las principales características de la bulimia nervosa, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas (pp. 221-223).

Criterios para el diagnóstico de Binge Eating o trastorno por "atacón" según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia nervosa o una Bulimia nervosa (pp. 666-667).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA (TANES).

Para el DSM-IV-TR (2002) esta categoría es para los desórdenes de la conducta alimentaria que no concuerdan con los criterios para ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria específicos, ya descritos, como la Anorexia y Bulimia Nervosas.

Ejemplo:

- 1) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5) Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- 6) Trastornos por atracones: se caracterizan por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (pp. 665-666).

2.1.4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nervosa (AN) y bulimia nervosa (BN), han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los llamados países desarrollados, principalmente entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Es muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales pues, en una gran mayoría de los casos, estos trastornos no son diagnosticados debido a que los pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de salud, y también es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar (Ressler, 1998 citado en Chinchilla, 2003).

Los reportes epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria indican que la prevalencia fluctúa entre el 0.5% y el 1% (Shvili, 2000). Existen hallazgos contradictorios en cuanto a cual de cada uno de los trastornos es el más prevalente. En ciertas investigaciones se ha encontrado que la frecuencia mayor es para la anorexia nervosa al ser comparada con la bulimia nervosa (Goldman, 1998); mientras que en otros estudios ha sido reportada una mayor prevalencia de bulimia nervosa (Quintero, 2003). En las últimas décadas se ha registrado un aumento en la frecuencia de anorexia y bulimia (TCA). De acuerdo al DSM-IV, la prevalencia en mujeres varía del 0.5 al 1% para los cuadros clínicos clásicos de anorexia (citados en López, 2005).

Tan sólo en EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos de la conducta alimentaria; de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la AN y BN afectan, aproximadamente, a 1.2 millones de mujeres en dicho país (Gambill, 1998 citado en Chinchilla, 2003).

Los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón. Se han señalado proporciones para el conjunto de todos los trastornos entre 6:1 y 10:1, en el caso de la anorexia el desequilibrio es aún mayor, siendo el porcentaje de mujeres alrededor del 95%. En cuanto a la bulimia nervosa, se piensa que en EE.UU. probablemente hay más varones bulímicos que mujeres anoréxicas (APA, 2000). En el caso de los trastornos por atracón las diferencias por sexo son también menos llamativas que en el caso de la anorexia y así se ha señalado que aproximadamente el 40% de los casos ocurren en varones (APA, 1994).

Por término medio, la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100,000 habitantes con una prevalencia del 0.05 al 1%. La incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables entre el 1 y 13% y entre el 1 y el 20% respectivamente (Chinchilla, 2003). Además de la AN y BN, los TANES tienen una prevalencia e incidencia elevadas entre la población adolescente, por ejemplo estudios de Kinzli, Traweger, Trefalt y Biebl (1998), reportaron que existe 3.2% para el trastorno por atracón, y de prevalencia a lo largo de la vida para los trastornos de la conducta alimentaria no especificada del 3.0%, datos reportados de una investigación realizada a 1000 mujeres de todos los grupos de edades, detectando en las adolescentes los mayores índices de trastornos de la conducta alimentaria. Gotestam y Agras (1995), mencionan que por lo general, se acepta que la AN se inicia en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años. Estos autores realizaron un estudio en población general con una muestra de 2500 mujeres noruegas, los resultados muestran que la prevalencia fue del 0.4% para la AN, del 1.6% para la BN y del 3% para los TANES. Garfinkel, Lin y Goering (1995), investigaron la prevalencia de BN en una muestra no clínica de 8,116 individuos, encontrando una prevalencia de 1.1% en mujeres y 0.1% para varones. La relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1, pues casi todos los estudios epidemiológicos muestran que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres, mientras que, los resultados estiman que únicamente del 3 al 10% son varones. Con relación a la BN, Chinchilla (2003), menciona que los datos apuntan que es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo la edad media de aparición los 20 años de edad, y la proporción mujeres/varones, al igual que en la AN, de 10:1.

Se estima que la incidencia de la anorexia nervosa ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. También se ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto. Un 85% de los pacientes desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad. La

epidemiología de la bulimia es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente, por lo que los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y también porque muchos casos pueden mantenerse ocultos, al no haber compromiso del peso corporal. Su edad de inicio es generalmente más tardía, siendo más frecuente en los últimos cursos del colegio y primeros de la universidad (18 años) (Kreipe y Birndorf, 2000).

La edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia (Beck, Casper y Anderson 1996). La anorexia nervosa aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 y después de los 25 años. La bulimia tiene un comienzo algo más tardío, alrededor de los 18 a 20 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia se dan en pacientes que han tenido anorexia previamente (García-Camba, 2002).

La Asociación Psiquiátrica Americana (1994) reporta que aproximadamente entre el 90% a 95% de quienes padecen anorexia son mujeres jóvenes. Entre el 0.5-1% de las mujeres americanas presentan anorexia. De acuerdo a su condición física el 5-20% de quienes la padecen tiene mayores probabilidades de morir. En relación a la bulimia del 1-2% de las adolescentes y mujeres jóvenes son afectadas por este trastorno y aproximadamente el 80% son mujeres (NEDA, 2002).

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México realizada en el 2003, no reportó casos de anorexia, pero en cuanto a bulimia hubo una prevalencia de 1.8% en mujeres de 18 a 29 años de edad, quienes al menos una vez en la vida han presentado el TCA (Medina-Mora, Borges, Lora, Banjet, Blanco, Flertz, y cols., 2003).

Con respecto al perfil de riesgo para los TCA los estudios señalan como riesgo lo siguiente: la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia y conductas anoréxicas. En todos ellos se ha registrado un aumento en las chicas. Sólo en el caso de riesgo para bulimia, se señala que existe el doble de riesgo para los chicos. Pero tanto, en la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal, las conductas anoréxicas y TCA, el riesgo es 10 veces superior en las chicas. Las personas con anorexia llegan a demacrarse hasta el punto de morir de hambre y a perder por lo menos desde 15% hasta incluso el 60% del peso normal del cuerpo. En general, las personas con bulimia tienen un peso del cuerpo entre normal y normal alto pero puede fluctuar en más de 5 kilos debido al ciclo de purga del atracón (Anaya, 2004).

En un estudio realizado por Quintero (2003), que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y las características clínicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria en sujetos masculinos y femeninos en etapa de adolescencia de la ciudad de Maracaibo Venezuela. Para esto, se consideró como base los criterios

diagnósticos descritos en el DSM-IV. Este estudio consideró a 1.363 adolescentes de una población conformada por 23.831 estudiantes, los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria y estratificada, de acuerdo a los tipos de institución (públicos o privados) y los grados correspondientes a la tercera etapa de educación básica y ciclo diversificado. Para recolectar los datos se aplicó la lista de chequeo A.B.A. desarrollada por los autores, la cual fue creada para identificar la presencia de los síntomas que caracterizan a cada uno de los trastornos incluidos en este estudio, según los criterios propuestos en el DSM-IV. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia del 0% en Anorexia nervosa, 1,58% en Bulimia nervosa y 0,66% correspondiente al Trastorno por Atracón.

2.1.5. CONSECUENCIAS.

CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Turon 2000 expone que las complicaciones medicas de la Anorexia Nervosa son muy numerosas y afectan prácticamente a todos los sistemas, aunque a menudo no son diagnosticadas. En gran medida son el resultado de la pérdida de peso y de la desnutrición, así como de las conductas purgativas. La anorexia nervosa desencadena con mayor frecuencia complicaciones médicas graves, responsables en muchos de los casos de la significativa mortalidad de esta enfermedad. Dentro de las alteraciones médicas que se presentan y que generalmente afectan a todo el organismo, las siguientes son más comunes:

Sistema cardio-circulatorio:

Colapso e hipotensión. Muchas anoréxicas se quejan de tener las extremidades frías y azuladas, ello es debido a la hipotensión, la disminución del volumen circulatorio y a la vasoconstricción. La vasoconstricción periférica tiene la función de mantener un volumen circulatorio útil en otras áreas del organismo, mantener la tensión dentro de límites normales y conservar el calor corporal, reduciendo gastos energéticos.

Fracaso cardíaco. La exploración radiológica pone de manifiesto una progresiva disminución de las medidas cardiacas, el corazón parece que se hace más pequeño, con paredes más delgadas y situado en una posición más vertical. Usualmente la exploración electrocardiográfica de las pacientes anoréxicas pone de manifiesto una bradicardia sinusal, atribuible a la emaciación. Las perdidas de potasio, secundarias al vómito o al abuso de laxantes y diuréticos, provocan importantes alteraciones del ritmo y de la contractilidad cardíaca, que se traducen en el trazado del EGG y que son las responsables de la muerte súbita de algunas de las enfermas.

Aparato respiratorio:

Infecciones. Hasta la era antibiótica las complicaciones más frecuentes de la A.N. eran las infecciones y especialmente las respiratorias. Las neumonías y la tuberculosis se cobraban un importante número de víctimas. Los antibióticos y los modernos hospitales han reducido estas complicaciones de forma muy notable, sin embargo, la pérdida de capacidad inmunitaria permite la aparición de infecciones oportunistas.

Pneumotorax. Los pesos bajos y la malnutrición condicionan la presentación de pneumotorax espontáneos, por la pérdida de elasticidad pleural, que en el caso de ser bilaterales ponen en grave riesgo la supervivencia.

Neumonías y enfisemas. Aquellas pacientes que se esfuerzan por vomitar aumentan la presión intratorácica y pueden presentar enfisema mediastínico. Vómitos mal controlados, incompletos o interceptados pueden provocar neumonías por aspiración con las complicaciones subsiguientes.

Sistema nervioso central:

A nivel periférico se ha observado que las deplaciones de potasio secundaria a conductas purgativas provoca la aparición de miopatías. Atrofia cerebral relacionada con alteraciones electrolíticas que pueden ser graves y crónicas, estas alteraciones desaparecen con la recuperación del peso.

Aparato digestivo.

Se puede presentar dilatación aguda con aperistaltismo esofágico y menor motilidad gástrica con lento vaciado, tanto del estómago como del deudeno. Hemorragias gastrointestinales por erosión esofagica.

Función renal y equilibrio electrolítico

Deshidratación. Las ligeras deshidrataciones son difíciles de detectar y obedecen a gran número de causas. La mayoría de anoréxicas no suelen restringir la ingesta de agua y generalmente la pérdida de líquidos puede obedecer a los vómitos, laxantes o diuréticos, provocando una disminución del filtrado glomerular. Los casos más severos de Anorexia llegan a restringir la cantidad de líquidos ingeridos agravando más su función renal.

Insuficiencia renal. Las alteraciones electrolíticas son raras en las anorexias nervosas restrictivas, pero mucho más frecuentes en aquellas que presentan vómitos o abusan de laxantes o diuréticos. Las pacientes pierden grandes cantidades de líquidos y electrolitos, especialmente potasio. La pérdida digestiva de potasio por los vómitos se puede agravar a causa de la aparición de un hiperldostenorismo secundario (mayor eliminación renal), así como de una alcalosis metabólica (mayor entrada de potasio al compartimiento intracelular).

Hematología.

Anemias. Es frecuente encontrar anemias severas y refractarias, también pueden encontrarse deficiencias de hierro y ácido fólico.

Por su parte, García-Camba 2000, presenta las complicaciones médicas de la anorexia nervosa:

Metabólicas:

- Hipotermia y deshidratación
- Alteraciones electrolíticas (hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, déficit de zinc).
- Hipercolesterolemia e hipercarotinemia
- Hipoglucemia
- Aumento de enzimas hepáticas
- Hiperuricemia

Cardiovasculares

- Hipotensión, bradicardia, prolongación del intervalo QT, Arritmia
- Disminución del tamaño cardíaco
- Atenuación de la respuesta al ejercicio
- Pérdida de grasa pericárdica
- Síndrome de la arteria mesentérica superior

Neurológicas

- Pseudoatrofia cerebral
- Anomalías EEG y crisis convulsivas
- Neuritis periférica
- Compresión nervosa
- Alteración de la actividad autonómica

Hematológicas e inmunológicas

- Anemia
- Leucopenia, trombocitopenia
- Hipocelularidad en médula ósea
- Hipoalbuminemia y otras proteínas bajas

Renales

- Azotemia prerrenal
- Diabetes insípida parcial
- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Cálculos renales

Endocrinas

- Bajas concentraciones de gonadotropinas, estrógenos y testosterona
- Síndrome de eutiroideo enfermo
- Elevación del cortisol
- Elevación de la hormona del crecimiento

Muscoloesqueléticas

- Calambres, tetania, debilidad muscular
- Osteopenia, fracturas por estrés

Digestivas

- Inflamación de las glándulas salivares, caries y erosión del esmalte dental
- Retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento y obstrucción intestinal
- Colon irritable, colon catártico
- Disminución de lipasa, lactasa (p.111).

Consecuencias de la bulimia nervosa

En el caso de la bulimia el diagnóstico diferencial puede ser más difícil, ya que los estigmas físicos en un principio son menores y el paciente puede ocultar datos sobre sus comportamientos (García-Camba, 2001). Este mismo autor expone algunas consecuencias comunes que se desarrollan en la bulimia nervosa:

- Desequilibrio químico y electrolítico causado por el uso de laxantes, diuréticos y el vómito, esto puede provocar deshidratación. A su vez la pérdida excesiva de potasio y sodio, puede provocar problemas cardíacos como insuficiencia cardíaca, frecuencia cardíaca irregular, lo que puede provocar la muerte.
- Se puede presentar inflamación y ruptura del esófago causado por el vómito.
- Se puede presentar ruptura gástrica durante los cuadros de atracones compulsivos.
- Se puede presentar cuadros de estreñimiento o defecación crónica debido al uso de laxantes.
- Debilidad severa.
- Manchas en los dientes provocadas por los ácidos estomacales liberados durante el vómito.
- Ulceras.
- Alteraciones digestivas: colon irritable, megacolon, reflujo gastrointestinal, hernia hiatal, perforación esofágica, dilatación y rotura gástrica, pancreatitis.
- Alteraciones metabólicas: descenso de glucosa, cloro, calcio y potasio en sangre. Deshidratación.
- Alteraciones cardíacas: prolapso de la válvula mitral y arritmia, con riesgo de muerte.
- Otras alteraciones genitales, óseas y renales (p.112).

2.1.6. TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

García-Camba, 2000 menciona que el tratamiento de los TCA debe ser siempre multidisciplinario y muy personalizado. Los objetivos generales del mismo son:

- Restablecimiento del estado nutricional particularmente en la Anorexia Nervosa.
- Restauración de conductas alimentarias saludables.
- Tratamiento de complicaciones físicas.
- Regulación del estado emocional y conductas anómalas.
- Obtención del apoyo familiar adecuado.
- Integración social y familiar.
- Prevención de las recaídas (p. 125).

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

Existen varias formas de terapias: individual, familiar y de grupo. Otros complementarios útiles para el tratamiento podrían incluir los grupos de apoyo, terapia nutricional y terapia con medicamentos.

Psicoterapia individual, el terapeuta trabaja únicamente con la paciente en un esfuerzo por determinar como se han desarrollado las dificultades en la forma de comer y cómo podrían modificarse eficazmente y empezar el proceso de cambio. Aún cuando muchas pacientes practican las mismas conductas, cada persona es única y requiere de una técnica de tratamiento diseñada especialmente para satisfacer sus necesidades (Sherman y Thompson, 1999).

Terapia psicoanalítica se basa en recurrir a las experiencias infantiles que explican la conducta y trabajarlas con el paciente. Así como lograr la capacidad de identificar y sentir las diversas emociones expresándolas verbalmente y con las conductas concomitantes; es decir, ayudar a la paciente a identificar los afectos: a través de las palabras, las acciones, el llanto, la expresión artística, etcétera (Feinholz, 1997).

Terapia familiar es fundamental realizar una evaluación del patrón de relaciones entre los diferentes miembros de la familia, de su actitud con respecto a la paciente y de los factores que pueden actuar como mantenedores de la patología o interferir negativamente en la evolución. El apoyo emocional a la familia, la educación médica sobre las causas y síntomas de la enfermedad, la aclaración de sus dudas, y el darles normas concretas de conducta disminuirá sensiblemente el estrés y los frecuentes sentimientos de culpa que pueden aquejar los familiares de

las pacientes. Grupos de apoyo. El tratamiento multidisciplinario de estos pacientes resultan útiles los tratamientos en grupo pero también los grupos de apoyo dependientes de asociaciones de familia de enfermos, expacientes etcétera (García-Gamba, 2000).

Terapia nutricional apoya en la planeación de las comidas con lo cual se proporciona a la paciente una estructura diseñada para enfrentar sus dificultades y objetivos particulares, la cual no sólo la ayuda a saber cuanto y que comer, sino que también a empezar a normalizar su alimentación (Sherman y Thompson, 1999).

Farmacoterapia la medicación puede ser provechosa si la paciente tiene un trastorno concurrente. Cuando la anorexia va acompañada de otros trastornos como la depresión, la medicación de antidepresivos puede suavizar ésta y hacer a la paciente más receptiva de la terapia para su trastorno de la ingesta. Sin embargo los medicamentos han tenido más éxitos en el tratamiento de la bulimia que en el de la anorexia, pero nunca deben usarse como sustituto de la psicoterapia (Tannenhaus, 1999).

2.1.7. FACTORES DE RIESGO.

CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO.

Kraemer, Kazdin y cols (1997; citados por Rojo, 2003) se puede decir que una variable es un factor de riesgo cuando cumple, por lo menos, los siguientes requisitos:

- 1) Precede al resultado que se está estudiando. Es necesario clarificar en qué momento aparece la anorexia o la bulimia nervosas para investigar que variables estaban presentes antes de la aparición del trastorno.
- 2) La mayoría de los factores investigados retrospectivamente son correlatos o, si han precedido a la aparición del resultado que se está estudiando, correlatos retrospectivos factores de riesgo variables)
- 3) La relación entre las variables y el resultado es cuantitativa. Tener un mayor número de factores de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir algún trastorno de la alimentación.
- 4) Los factores de riesgo putativos se dan en varios campos: extrínsecos (por ejemplo, los acontecimientos adversos) e intrínsecos (por ejemplo, la vulnerabilidad genética). Estos factores pueden actuar como factores de predisposición, desencadenantes o de mantenimiento.
- 5) Los factores de riesgo que tienen relevancia causal se pueden manipular, de modo que el resultado final quedaría modificado. Sin embargo, la mayoría

de los factores de riesgo no pueden alterarse (por ejemplo, la raza, el género, el año de nacimiento, el genotipo, etc.) y son, por lo tanto, definidos como marcadores fijos (p.187).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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

Antes que nada se debe tener en cuenta que en los trastornos de la conducta alimentaria algunos factores pueden ser de riesgo y de protección a la vez, dependiendo de los procesos de riesgo, de la edad en que el factor se manifiesta, etc. Así también, los factores de riesgo están regulados por mecanismos mediadores y moderadores, cuya interacción, hasta el momento no se ha comprendido plenamente (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer 2001; citados por Rojo, 2003).

Para Crispo (1998; citado por Mendoza, 2002) existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un "trastorno de la alimentación", pero ninguno de ellos es en sí mismo, suficiente ya que dichos trastornos son de índole BIO-PSICO-SOCIAL, y se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquieren características particulares en cada caso. Pero más que verlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es mejor verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Garner y Garfinkel (1980; citados por Crispo, 1998) proponen el siguiente modelo:

- 1.** Factores predisponentes: socioculturales, familiares e individuales.
- 2.** Factores precipitantes: estresores, actitudes anormales con el peso y figura, dietas extremas y pérdida de peso.
- 3.** Factores perpetuantes: atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

FACTORES PREDISPONENTES; una persona se vuelve mas vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales (Garner y Garfinkel, 1980). Garandilla y Frebel (2000) citan a diversos autores para describir los factores implicados en etiología de los TCA, según la teoría de un origen multifactorial aceptada en la actualidad.

Para la anorexia nervosa se clasifican los factores predisponentes:

FACTORES PREDISPONENTES:

1. Factores individuales (biológicos y psicológicos):
 - Mujer adolescente.
 - Pubertad.
 - Llegada a la menarquía con un índice de masa corporal (IMC) alto o bajo.
 - Hermano de enfermos (Factor genético).
 - Trauma Psicológico o físico.
 - Rasgos personales: Baja Autoestima, Perfeccionismo, Trastornos afectivos, Elevado rendimiento escolar.
2. Factores Familiares:
 - Historia de TCA en familiares de primer orden de sexo femenino.
 - Trastornos afectivos.
 - Abuso de alcohol y otras drogas.
3. Factores culturales:
 - Presión social primando modelos de delgadez (p. 10).

FACTORES PRECIPITANTES: Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, precipita el problema (Garner y Garfinkel, 1980). Se conocen con menor claridad, dada la incapacidad para poder llegar a ubicar de forma precisa en el tiempo episodios relevantes, lo que impide distinguir entre factores predisponentes y acontecimientos precipitantes. Una excepción es la restricción dietética que invariablemente se presenta como elemento precoz para contrarrestar la insatisfacción corporal (Garner, 1993).

Factores precipitantes:

1. situaciones de estrés:
 - Abandono del hogar.
 - Entrada a la universidad.
 - Embarazo.
2. Situaciones que pueden provocar restricción dietética:
 - Obesidad percibida.
 - Comentarios críticos sobre la estética corporal.

- Depresión (p.10).

FACTORES PERPETUANTES: Sin embargo, la perpetuación del trastorno – además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y mas allá de eso- esta estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo (Garner y Garfinkel, 1980). Figuran entre ellos no solo los efectos de la inanición, sino también factores psicológicos, interpersonales y culturales:

- Malnutrición.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Conflictos familiares.
- Retraimiento social (p.10).

En cuanto a la etiopatogenia de la BN según Cervera citado por Martínez (2000) se mencionan:

FACTORES PREDISPONENTES:

- Exceso de peso.
- Ayuno.
- Baja autoestima.
- Personalidad caótica.
- Predisposición biológica.
- Conflicto familiar (p.11)

FACTORES PRECIPITANTES:

- Situaciones estresantes.
- Trastornos emocionales.
- Restricciones alimentarias.
- Anorexia nervosa (p.11)

FACTORES PERPETUANTES:

- Dietas.
- Conductas Alimentarias anómalas.
- Otras Conductas anómalas.
- Imagen corporal negativa (p.11)

Lo que es muy cierto es que existen elementos comunes a todos los trastornos del comer como la obsesión por el peso y la figura corporal y las prácticas reiterativas para controlarlo. Ello se manifiesta en los ayunos extremos, las dietas restrictivas que terminan en atracones y diferentes formas de compensación de estos atracones como los vómitos, las purgas, el uso de laxantes y la realización de ejercicio excesivo. Dichas prácticas afectan directamente al organismo y lo

trastornan hasta el punto de que, el sistema de control mismo se vuelve perpetuador de la situación de enfermedad, una vez que esta se ha precipitado, por tanto se necesita de un factor predisponente, de una causa precipitante y el círculo vicioso que se establece (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; citados por Mendoza, 2002).

Para Toro (1996), el ayuno, la abstinencia, las dietas restrictivas, el vómito inducido y mas conductas que practican anoréxicos y bulímicos así como muchas personas candidatas a serlo, se practican en función de la belleza corporal, por la silueta. Dichas restricciones en el comer están asociadas a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Es una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Solo mediante un cuerpo delgado parece lograrse la aceptación social y la aceptación de uno mismo. Solo mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente.

De acuerdo a Gómez Pérez-Mitre (2001) los factores de riesgo para el desarrollo de TCA se pueden dividir en cuatro grupos principales 1) Factores de Riesgo asociados con imagen corporal satisfacción/insatisfacción; alteración sobrestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; y atractividad ligada a la delgadez, entre otras; 2) Factores de Riesgo asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico ("engordadores"); y consumo de productos "Light"; 3) Aquellos relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea y 4) Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 Hrs o más a la semana); y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores del hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra (pp. 21-22).

En una sociedad que valora la esbeltez y juzga a las personas por la apariencia física, el sobrepeso puede convertirse en un problema psicológico grave (Papalia, 1992). La presencia de algunos de los síntomas de estos trastornos se han vuelto más frecuentes que los cuadros clínicos completos, y mucho más comunes de lo que se esperaría encontrar en la población en general; y aunque, la presencia de estos síntomas en forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad Unikel y Gómez Pérez-Mitre (1995), de alguna manera señalan a los individuos con mayor riesgo de adquirirla, son personas que tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia o bulimia y obesidad.

Factores de riesgo relacionados con la imagen corporal

La imagen corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, esto quiere decir, que involucra aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción, insatisfacción) y conductuales (Badillo, 2004).

Gómez Pérez-Mitre (2001) la definen como una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y que a través de las diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez mas temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención, es casi siempre una representación evaluativa.

Es una categoría subjetiva que se refiere a una representación psicosocial, una especie de fotografía dinámica, en movimiento, producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Es una categoría psicosocial estructurada cosgnoscitivamente y afectiva o emocionalmente evaluada, si es que ha de aprehendérsele en relación con el concepto del self, del que forma parte integral y del que se separa solo para propósitos didácticos (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Gómez Pérez-Mitré (1993) menciona que la imagen corporal cuenta con dos componentes importantes, la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. El primero hace referencia a la sobreestimación o subestimación que se haga del tamaño corporal y el segundo se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo. La alteración de la imagen corporal juega un importante papel en la génesis de los TCA.

Bruch (1962; citado por Rojo, 2003) es la primera en sugerir la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia nervosa, así describió tres elementos básicos del trastorno: 1) el trastorno en la imagen corporal traducido en la negación de la desnutrición y la falta de preocupación por el deterioro físico; 2) el trastorno del reconocimiento de los estímulos procedentes del cuerpo, que lleva a la negación del hambre y a la hiperactividad, y 3) el fuerte sentimiento de ineficacia, que se suele ocultar tras el negativismo y la actitud de desafío.

Gómez Pérez-Mitré (1995) nos habla del mayor o menor alejamiento, específico, concreto, del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y el peso

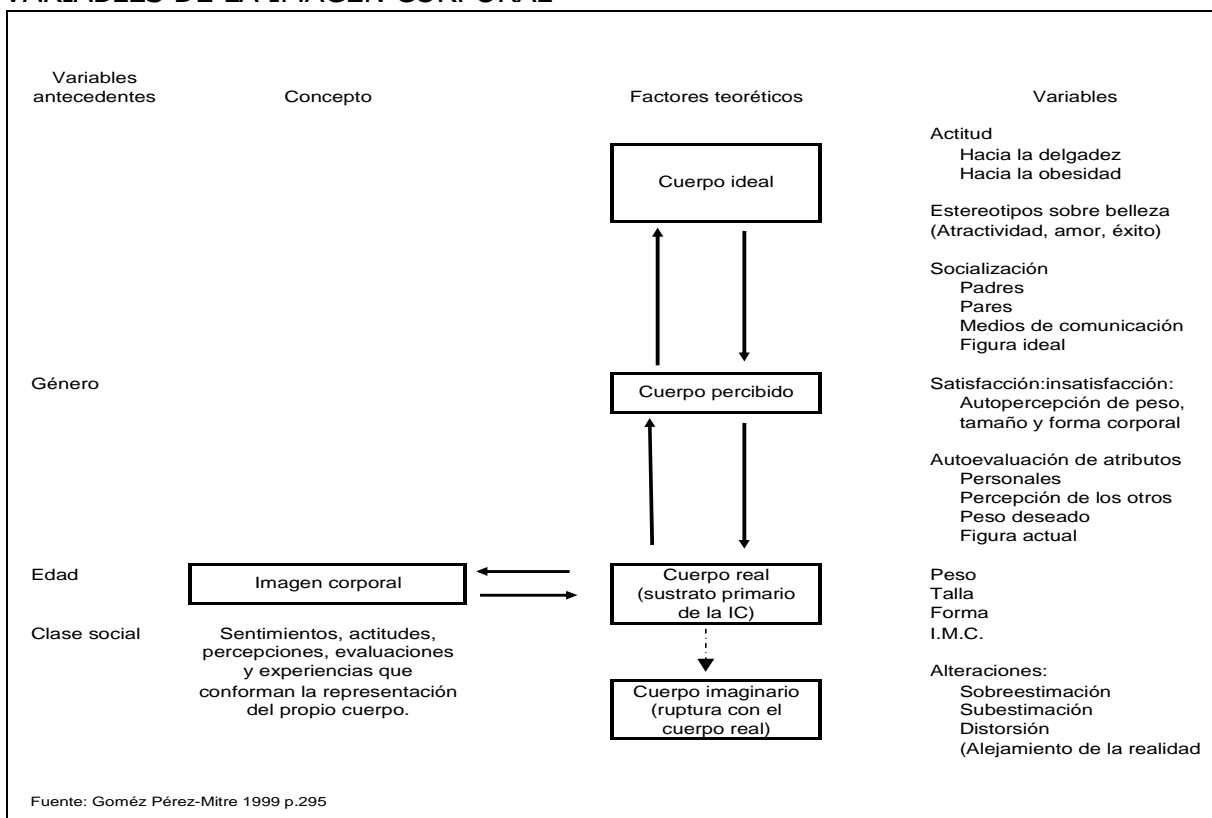
imaginario, se le conoce como distorsión de la imagen corporal. Entre los anoréxicos se han encontrado mayores efectos de distorsión.

La discrepancia entre peso ideal y peso real se conecta con la distorsión de la imagen corporal, que junto con la preferencia extrema por la delgadez, se consideran los determinantes de la variable insatisfacción con la figura o imagen corporal, que se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción con el propio cuerpo (Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt, 1993; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Al respecto Gómez Pérez-Mitre (1995) explica la diferencia entre peso real y peso imaginario. Por peso corporal real se entiende el resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal (peso/talla). En cambio el peso imaginario se define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de una sobreestimación del tamaño del cuerpo lo que conduce a una sobrestimación del peso corporal, acompañada de respuestas de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal, con un incremento en las respuestas de miedo o temor a subir de peso, de rechazo hacia la gordura y de preocupación por la comida, entre otras variables. La respuesta de sobreestimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La distorsión de la imagen corporal provoca que se desarrollen prácticas riesgosas que pueden conducir a los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré y Unikel, 1995), esto es, la sobreestimación o subestimación y la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal -nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal-. Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y auto-actitudinales. Son resultado de la interacción de: a) condiciones sociales externas como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; b) variables individuales mas o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-; c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y d) variables psicosociales subjetivas como: autopercepción y percepciones de los otros del peso o tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

VARIABLES DE LA IMAGEN CORPORAL



En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitre, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), se muestra la aparición temprana de diferentes factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios con una muestra de N=8673 escolares mexicanos (4525 mujeres y 4148 hombres), divididos en tres grupos: pre-puberes (6-9 años), puberes (10-12 años) y adolescentes (13-19 años). Encontrando que las mujeres comparten el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada, la cual, aumenta en la medida en que se incrementa la edad, de tal manera que el porcentaje más alto lo obtuvieron las adolescentes.

Para Gómez Pérez-Mitré (1997), los niños, al igual que las adolescentes se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno. Bownell y Napolitano (1995; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997), señalan lo poco que se conoce sobre la exposición de los niños a los ideales que promueven los medios de comunicación, la moda y demás. Hace notar que desde muy temprana edad los niños se exponen al modelo corporal que representa la *Barbie* o el *Ken*, que van conformando, a través del juego y, las figuras ideales, que en la preadolescencia o adolescencia, intentaran hacer valer.

Factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria.

Usualmente se inician por una pérdida de peso que en general produce gran admiración y constante aprobación social. Esto les brinda a las personas vulnerables una enorme gratificación y un deseo de continuar a dieta para seguir bajando de peso. La sensación de control que las dietas originan es un sentimiento gratificante. En la medida que se pierde más peso, la mente se focaliza más y más en la comida y el peso, lo que brinda una gran oportunidad de escapar de la problemática existencial (Farreras, 2000).

El constante bombardeo de la televisión, prensa y demás vehículos de información y propaganda parecen ser capaz de conseguir el lavado de cerebro que tan peligroso está resultando para la salud mental y somática de una parte muy importante de la población, (Toro 1996). Son numerosos los investigadores que han detectado la influencia de los medios de comunicación y de los agentes sociales en la difusión de un ideal estético delgado (Andersen y DiDomenico, 1992; Toro, Cervera y Pérez, 1989; Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens, 1992). Para lograr el ideal de delgadez que actualmente se difunde, se recurre frecuentemente entre otras acciones a la práctica generalizada de dietas restrictivas e hipocalóricas así como ayunos voluntarios, los cuales pueden desembocar, en no pocas ocasiones, en importantes perturbaciones como son, entre otros, graves trastornos psicológicos (anorexia nervosa y bulimia nervosa).

Otros investigadores como Davies y Furnham (1996) estudiaron chicas británicas de 12, 14, 16 y 18 años de edad, sus resultados concluyeron que más del 50% deseaban adelgazar, cerca del 60% consideraban que debían restringir su alimentación o modificar sus hábitos alimentarios, cerca del 20% se encontraban haciendo algún tipo de dieta restrictiva y casi el 40% practicaba algún tipo de actividad física.

Está claro que desde el punto de vista psico-médico-social existe una gran preocupación por abordar la problemática de los trastornos del comportamiento alimentario, pues se evidencia que los indicadores de riesgo se presentan cada vez con más frecuencia y en edades más tempranas, ejemplo de ello son los estudios de Maloney, Mcguire, Daniels y Specker (1989) quienes evidencian que niñas cuyas edades fluctúan entre los 7 y 12 años responden en un 55% de la muestra estudiada que desean estar más delgadas. En ese mismo estudio el porcentaje se incrementa en la adolescencia hasta en un 80%. Se ha observado también que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que se puede decir, que a edades tan cortas, ya han adquirido las normas culturales o el estereotipo de lo que es ser atractivo, al igual que los adultos (Feldman, Feldman y Goodman, 1988 -citados en Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). También se confirma

que la edad de los dietantes cada vez se reduce más, situándose entre los 11 y 12 años (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Hill, 1994; Moore, 1988).

Es notorio que actualmente existe una gran preocupación por la comida, las dietas, la imagen y la figura (Gila, Castro, Toro y Salamero, 2004), lo que nos indica que las preferencias sociales por la delgadez, junto con el estilo de vida, han afectado notoriamente la conducta alimentaria así como las actividades que gravitan alrededor de la comida. Los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde este punto de vista su estudio hay que enfocarlo desde una perspectiva multifactorial y siempre considerando al individuo como una unidad funcional, es decir, desde una óptica biopsicosocial (Gómez Pérez-Mitré, 1993). También se considera que la alimentación está ligada históricamente al prestigio social y al estatus, igualmente los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmación frente a los demás y de adquirir prestigio. El deseo de una promoción social, fundamentada en la imitación de modelos considerados "superiores" es lo que ha constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones en el campo de la alimentación (Contreras, citado en Toro, 1996).

Factores de riesgo relacionados con la edad.

Los TCA se dan con mayor frecuencia en la adolescencia que es una situación de cambio, crecimiento, maduración perturbada y perturbadora, a través de la que se conforma la identidad definitiva y adulta. En la adolescencia confluyen exacerbadas la corporalidad y la sexualidad, ya que el cuerpo biológico en esta etapa emerge sexuado y mortal. La anorexia en la adolescencia, se muestra como una crisis de identidad con sentimiento de pérdida de la pertenencia al mundo infantil, con temor y resistencia a la incorporación al mundo adulto responsable, con la intención de no ocupar un lugar en el mundo real y de convertir al cuerpo en una imagen que se logra a expensas de un intento de la fabricación de su propio cuerpo (Lazzari, 1997).

Se han hecho investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos lo cual se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con

su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia o bulimia (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

En general, todos los adolescentes se interesan intensamente por sus cuerpos; sin embargo son las muchachas quienes se preocupan mucha más por sus figuras, dado que, para ellas, sus cuerpos están más relacionados con los roles que deben desempeñar (aquellos que las sociedades y culturas les han hecho creer) tales como el noviazgo y matrimonio (Fisher, 1964; Kurtz y Wasler, 1966, citados por Hurlok, 1987).

En la etapa de la adolescencia se presenta en las chicas la menarca, cuando ésta aparece a la par se están efectuando cambios físicos muy importantes, tales como el desarrollo de los caracteres secundarios, algunas adolescentes vigilan y se angustian frecuentemente, al observar como varias partes de su cuerpo (como caderas y busto) crecen, se ensanchan y se redondean (Martínez-Fornés, 1994).

Tanto estudios nacionales (Gómez Pérez-Mitré, 1998), como internacionales (Wood, Becker y Thompson, 1996), han encontrado que los adolescentes, manifiestan mayor insatisfacción con la imagen corporal, lo que implica que la insatisfacción con el cuerpo se incrementa con la edad. Gómez Pérez-Mitré (1998) expresa que una imagen corporal negativa, se relaciona con los trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, y el estar insatisfechos con la imagen corporal se atribuye a la adaptación personal y social, la autoestima y equilibrio emocional.

Se ha estudiado la influencia de los cambios puberales sobre la imagen corporal y en especial el impacto de la pubertad en relación al genero, al respecto Crockett y Petersen, (1987) y Rodríguez-Torné (1993), mencionan que los niños se sienten más satisfechos de su apariencia física a mayor desarrollo puberal o más temprano se produce éste. En cambio, entre las niñas, el desarrollo temprano se asocia con insatisfacción corporal. Duncan (1985) señala que la insatisfacción corporal femenina durante la adolescencia parece ser un efecto *per se* porque los cambios puberales incrementan el nivel de grasa en las chicas mientras que en los varones se desarrolla la musculatura. La insatisfacción corporal manifiesta en las chicas con menarca temprana y tardía también puede ser interpretada por la discrepancia existente entre sus propios cuerpos y la figura ideal femenina (citados por Pineda, 2001).

En una investigación realizada por Pineda (2001) cuyo objetivo fue determinar si existía relación entre la imagen corporal (distorsión y satisfacción/insatisfacción) y la edad de la menarca, así como la relación de esta última variable con el seguimiento de dietas y autoatribución en una muestra de 280 estudiantes mujeres en México. Se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal se puede explicar a partir de la interacción de la edad de la primera menstruación con

el seguimiento de dietas para el control de peso. Además se encontró que las chicas con menarca temprana presentaron mayor grado de alteración con la imagen corporal, mientras que las tardías manifestaron mayor autoatribución positiva.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

CAPITULO TRES: MALTRATO INFANTIL

3.1. MALTRATO INFANTIL

- 3.1.1. Antecedentes Históricos.
- 3.1.2. Definiciones de maltrato.
- 3.1.3. Tipos de maltrato.
- 3.1.4. Causas.
- 3.1.4. Consecuencias.
- 3.1.5 Relación entre Maltrato Infantil y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 3.1.6. Madres Maltratadoras.
- 3.1.7 Estudios de M.I y T.C.A.

3. MALTRATO INFANTIL

3.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MALTRATO INFANTIL

El fenómeno del maltrato infantil ocurre desde los inicios de la humanidad; "la historia de maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra. Por lo tanto, debe entenderse y aceptarse que éste es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no una característica peculiar de la sociedad moderna". Diversas culturas a lo largo de la historia de todo el mundo lo han utilizado como una forma de educación y crianza para los hijos. El maltrato infantil aparece como una forma de interacción humana muy difundida. Hoy en día la violencia hacia los niños reviste formas más sutiles, se ejerce de manera silenciosa en el hogar, la calle o la escuela, y se ha convertido en una práctica común y socialmente aceptada (Loredo, 1994 p. 1).

Distintas leyendas y mitos, dan cuenta de una humanidad que tuvo en el sacrificio propiciatorio del ser humano la intencionalidad de mejorar el bienestar de la prole o del gesto egoísta de algún tirano. "Los altares de Saturno, dios de la cosecha, manchados con la sangre de su propia prole". El rey Aun, de la antigua Suecia, sacrificó a nueve de sus hijos al dios Odin, en Upsala, a fin de prolongar su propia vida nueve años cada vez. En la antigua Grecia había casas reales de gran antigüedad en las que era la costumbre sacrificar al primogénito cuando la vida del monarca estaba amenazada o cuando se suponía que el propio rey tenía que ser la víctima propiciatoria y éste se las arreglaba para delegar en su hijo la terrible responsabilidad" (Fontana 1984).

Menciona Sajon (1991 citado en Loredo 1994) que en la antigua Roma, el *Pater Familiae* nos presenta una institución ostentada por el hombre padre de familia donde éste es "símbolo de extrema autoridad respecto de los miembros de una familia y sobre todo del hijo, el padre ejercía su potestad sobre aquel a modo de un derecho de propiedad. Si bien respondía por las faltas cometidas por el hijo,

estaba facultado para entregarlo al perjudicado, si éste no quería otro tipo de indemnización”.

Grecia y Roma percibían al infanticidio como medio para eliminar a todos los recién nacidos con defectos físicos. Platón, por ejemplo, era partidario de abandonar a los minusválidos y a los deficientes al estilo espartano (después de un juicio, al ser considerado inútil, era enviado al monte Taigeto para servir como alimentos a las bestias). Aristóteles apoyaba el aborto como una necesidad para regular la población (Loredo, 1994). En India, los pequeños nacidos con ciertos defectos físicos eran considerados como instrumentos del diablo y eran destrozados (Marcovich, 1981).

Fontana (1984) relata cómo los mexicanos de los viejos tiempos consideraban su cosecha de maíz de una forma simbólica, cruzándola con la existencia del hombre. Valorado el maíz como un ser viviente, cuyo desarrollo pleno dependía del sacrificio y la ofrenda del hombre, al ser sembrado acompañaba la acción con el sacrificio de recién nacidos; a los niños un poco mayores se los sacrificaba cuando germinaba; a los otros aun mayores, cuando la planta crecía. Hombres viejos eran sacrificados cuando llegaba la cosecha.

Durante largos periodos de la historia fueron practica habitual, justificada y aceptada por las distintas sociedades: el infanticidio, el abandono, el abandono institucionalizado, la esclavitud y la explotación laboral, la mutilación del niño para que diera lastima y compasión en la mendicidad, su venta. También lo fue el castigo físico mediante los azotes, la manipulación y tortura de su cuerpo y de su mente, llegándose a utilizar instrumentos mecánicos supuestamente correctivos con los que se buscaba el sometimiento de su voluntad. Adquiere una dimensión especial de horror la crueldad del adulto dirigida hacia el niño en el trato negligente respecto de los cuidados y la nutrición, el abuso y la violación sexual a los que fue sometido en el pasado (Fernández 2002).

DeMause (1994) señala aspectos interesantes en relación al tipo de vinculo que ha caracterizado la relación del adulto con el niño y, en particular, las relaciones paternofiliales desde la antigüedad hasta mediados del siglo XX. Esta relación, va a estar dada por el modo de acercamiento entre el adulto y el niño, en cuanto es condicionada por la posibilidad del adulto de manejar la ansiedad que le genera tal acercamiento y promovida por hallarse ante un niño que necesita algo que atienda a su circunstancia de desvalimiento. Este autor señala seis tipos de relaciones paternofiliales a lo largo de la historia de la infancia, en tanto secuencia continua de aproximación entre padres e hijos a medida que, generaciones tras generaciones, los padres superaban sus ansiedades y comenzaban a desarrollar la capacidad de conocer y satisfacer las necesidades de sus hijos; el infanticidio (Antigüedad hasta el siglo IV), el abandono (siglo IV hasta el siglo XIII); la ambivalencia (siglo XIV hasta siglo XVII), la instrucción (siglo XVIII), la

socialización (siglo XIX hasta mediados del siglo XX) y la ayuda (mediados del siglo XX).

Fernández (2002) cita a diversos autores que señalan el recorrido histórico que ha tenido el reconocimiento de los derechos del niño: Grossman-Masterman (1992) menciona que para 1868, un relevamiento realizado por el Dr. Arbrois Tardeu, de la cátedra de Medicina Legal de la Universidad de París, describe por primera vez el "síndrome del niño golpeado", basado en autopsias de niños quemados y golpeados. Adquieren relevancia los estudios y los abordajes realizados desde la medicina, para desarrollar relaciones entre el tipo de lesiones y los malos tratos en los niños, sobre las evidencias y controversias de padecer procesos de victimización por ser víctimas de abuso y violación sexual. En 1869 en EE.UU., luego de la guerra civil, la ciudad de Nueva York presencia una realidad que algunos identificaban como epidemia: los niños eran encontrados en gran número abandonados en la calle, envueltos ante las puertas de las casas, tirados en zanjas, basurales. Si bien algunos no estaban muertos, la intención era evidente. Fontana (1984) describe que para 1869 las hermanas de la caridad de Nueva York encararon la tarea de procurar dar una respuesta comunitaria de ayuda a los infantes; la hermana Mary Irene Fitzgibbon y dos compañeras como ayudantes crean la Fundación del Fundling Hospital (Hospital de expósitos de Nueva York). En los primeros noventa años albergó a 107,286 niños, dándoles asistencia médica y un hogar temporal hasta que pudieran ser ubicados en un hogar adoptivo.

Fontana (1984) menciona que para 1871. En Estados Unidos se da el trágico y cruel caso Mary Ellen. Lo detecta una enfermera de nombre Etta Wheeler; Mary Ellen tenía 9 años y se considera que ha sido terriblemente maltratada por sus padres: encadenada a su cama, golpeada frecuentemente con alevosía, subnutrida, con magulladuras profundas y de larga data en distintas etapas de desarrollo. Etta Wheeler y trabajadoras sociales de la iglesia hicieron gestiones ante autoridades policíacas, e incluso presentaron el caso ante el fiscal de distrito, descubriendo para su sorpresa que dichas autoridades no podían hacer nada legalmente para sacar a la niña de tan peligroso ambiente. No existía ley alguna que previera semejante situación, en tanto los padres ejercían su absoluto derecho para educar a su hija de la manera que quisieran. Literalmente, tenían el dominio completo de la situación. Recurren así a la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Animales, basándose en que la niña formaba parte del reino animal y, por consiguiente, calificaba para la protección de la Sociedad. Accionaron judicialmente y lograron que la niña fuese separada de su hogar sobre tales bases. Fue una sorpresa para los ciudadanos comprobar que una ley que prevenía respecto de la crueldad del hombre con los animales, había sido considerada más importante que la crueldad con los niños. Un año después, en 1875, se organiza en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños.

Despert (1965) describe que para 1921, estudios médicos realizados acerca de las perturbaciones emocionales de los niños remiten a caracterizaciones como la de "niño inadaptado". Se pone así el acento en la "responsabilidad" del niño por presentar una patología que encubre, en su designación el origen.

En 1925 surge el concepto perturbación afectiva, que Sullivan aplica específicamente a los niños. Este término no viene a designar una enfermedad nueva, dentro de las formas de enfermedades mentales, ni nuevos síntomas. Viene a plantear una evolución, un cambio en las actitudes hacia los enfermos mentales. A los niños que padecen lo que hoy denominamos trastornos neurológicos y psicóticos, se los tildó en distintas épocas de "poseídos", "perversos", "culpables", "insubordinados", "incorregibles", "inestables", "inadaptados" y "niños difíciles", aproximadamente en esta sucesión. Los tres últimos adjetivos no revelan ninguna simpatía hacia el niño. Por el contrario, lo consideran culpable y lo acusan de haber traicionado a la sociedad (citado en Fernández 2002).

Señala Fontana (1984) que para 1924, Las Naciones Unidas emitieron la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño: "El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento" (p. 37).

Sin embargo, hasta hace muy poco se le ha puesto el interés debido al problema, se le ha clasificado y considerado como tal y ha incrementado la atención en éste, como lo menciona "El fenómeno de la violencia y el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica de la vida familiar tolerada, aceptada desde tiempos remotos. Sin embargo, algunas décadas atrás, expresiones tales como niños maltratados, mujeres golpeadas o abuso sexual tal vez habían sido comprendidos pero no considerados como sinónimo de graves problemas sociales" Corsi (1994 p. 15). Según este mismo autor, la violencia familiar comenzó a abordarse como problema social grave a comienzos de los 60s, cuando algunos autores describieron el "síndrome del niño golpeado", redefiniendo los malos tratos hacia los niños; también el abordaje periodístico de estos casos, contribuyó a generar un incremento de la conciencia pública sobre el problema.

También Cantón y Cortés (1997) mencionan que el abuso infantil ha existido siempre aunque ha sido durante los últimos 150 años cuando ha ido emergiendo como un problema social y una considerable cantidad de instituciones sociales y legales se han ocupado de él y que en un principio, este fenómeno no recibió atención como tal, sino que dentro del esfuerzo por acabar con el problema de los niños vagabundos e indigentes se encontraron diversos casos de maltrato infantil.

Berk (1999) señala un aspecto muy importante y decisivo en la aceptación del problema del maltrato infantil como tal y señala que este problema es tan viejo como la historia humana, pero solo recientemente ha habido aceptación amplia de

que el problema existe, investigación centrada en entenderlo, y programas dirigidos a ayudar al niño maltratado y a las familias y quizá este aumento de interés público y profesional es debido al hecho de que el maltrato infantil es muy común en grandes naciones industrializadas o desarrolladas como las no desarrolladas y en vías de desarrollo, es decir que la incidencia de este problema se ha incrementado tanto mundialmente que se ha salido del control social. Esto resaltó claramente cuando Marcovich (1981) señaló que cada minuto un niño sufría maltrato físico o verbal por parte de alguno de sus padres.

Por otro lado, tanto el maltrato infantil como la violencia intrafamiliar son fenómenos sociales que han gozado de aceptación en nuestra cultura, a pesar de que en los últimos tiempos estas conductas han sido condenadas por constituir algunas de las formas de violencia más comunes penetrantes en nuestra sociedad todavía miles de niños y mujeres sufren de manera permanente actos de maltrato físico, psicológico y sexual en su propio hogar. Hasta ahora ha habido una separación histórica entre la violencia doméstica y el maltrato infantil, la primera salió a la luz pública debido al trabajo de las organizaciones de protección a las mujeres.

Levav, Guerrero, Phebo, y Coe (1996) señalan que los años sesenta marcan un hito en la historia referente a la violencia contra los niños, ya que durante este periodo se describió el síndrome del niño maltratado y se le acuñó este nombre y desde entonces se han multiplicado los trabajos sobre el tema pero a pesar de las investigaciones realizadas, aún queda mucho por aclarar sobre la epidemiología de la violencia contra los niños, sus causas y sus mecanismos y las medidas más eficaces para prevenirla. Sin embargo, los conocimientos acumulados hasta ahora constituyen suficientes bases para la acción y justifican la formulación de programas de intervención sobre las bases científicas.

Por tanto, cabe aclarar que este tema en la actualidad ha cobrado interés pero no el necesario para actuar de manera participativa, es decir, para implementar nuevos programas de prevención y ayuda psicológica para padres así como poner en marcha los ya existentes.

3.1.2 DEFINICIONES DE MALTRATO.

Desde hace varios años, diversos autores han tratado de definir desde diferentes puntos de vista y diferentes perspectivas al maltrato infantil con el fin de buscar una solución al problema y una de las definiciones más aceptadas es la de (Gracia y Musitu, 1993) en donde se menciona que el maltrato es cualquier daño físico o psicológico no accidental a un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales o de negligencia, omisión o comisión, que amenazan al desarrollo tanto físico como psicológico del niño.

La naturaleza del maltrato es aterradora sin importar si se manifiesta en formas tan terribles como el castigo violento y el abuso sexual o en formas psicológicas más sutiles como el ridículo o los ataques directos contra el autoconcepto y la autoestima (Craig, 2000).

El maltrato físico corresponde al concepto de niño golpeado desarrollado por Kempe (1962) que lo designó como el conjunto de lesiones sufridas por un niño a consecuencia del uso de la fuerza física empleada de forma intencional, no accidental, con el objeto de lesionar o destruir al niño ejercida por los padres u otras personas responsables de su cuidado, dichas lesiones pueden tener diferentes localizaciones y formas eje. quemaduras de cigarrillos, agresiones con agua. El maltrato psicológico es toda acción que se ejerza contra el normal desarrollo de la personalidad de un niño, siendo estas acciones de índole objetiva o subjetiva, Las acciones de índole objetiva van a constituir toda una gama de factores, dentro de los cuales se destacan los genéticos, tóxicos, infecciosos, traumáticos, neurológicos, hemorrágicos, nutricionales, etc., que ejercen su influencia negativa desde la concepción, la gestación, el parto y la etapa neonatal. Los que pueden ser causa de retraso mental, parálisis cerebral, trastornos del habla y del lenguaje, etc., todos los cuales afectan el normal desarrollo del psiquismo de estos niños (Calvo y Calvo, 1986).

Por su parte las acciones de índole subjetiva están relacionadas con la forma de "educar" a los hijos, especialmente las que se refieren a la forma de mantener la disciplina, la manera de sancionar las faltas, el modo de expresar el afecto, hasta donde se permite la independencia y la aceptación de la individualidad, pues la cultura va a influir en los niños a través de la familia, la cual puede contribuir de manera importante al bienestar, la felicidad y la salud de ellos (Martínez, 1999).

De esta forma ocurre que el niño, todos los días, en esos primeros momentos de su vida, en el que todavía no puede tener una visión crítica sobre lo que aprende, va viendo como algo "normal" estos abusos. Los aprende y por supuesto, al crecer dentro de esta situación es muy normal que los transmita o los reproduzca posteriormente en sus relaciones de pareja, con sus amigos, con sus compañeros, y luego con sus propios hijos. Se dice que un porcentaje muy alto de padres maltratadores fueron a su vez niños maltratados pero cuando se profundizan en estos adultos en su niñez el maltrato no les gustó y quedan huellas y daños en muchos casos profundos y dolorosos difíciles de sanar, aunque también puede ocurrir que la consideren una forma lastimosa de corregir y no necesariamente maltraten (Leon, 1989).

El maltrato infantil es, por desgracia, un problema generalizado en el mundo actual. Se entiende por maltrato infantil el daño físico o psicológico que le inflige intencionalmente un adulto, Burguees (1981) lo conceptualiza como cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad

en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo, Centro Internacional de la Infancia de París (citado en Díaz, 1997).

El síndrome de maltrato infantil es definido por Loredó (1994) como una manera extraña y extrema de lesiones no accidentales, privación emocional del menor o de cualquier modo de agresión sexual, ya sea de forma aislada o en diversas combinaciones ocasionadas por los padres, parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia principalmente.

El concepto presentado por Primero (1992) señala que el maltrato infantil es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producidas por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempo, que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.

La Convención de los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de la ONU, (1989) refiere al maltrato como toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera de las personas que tenga a su cargo (Díaz, 1997).

Gil (1970) definió el maltrato infantil como cualquier acto, efectuado o no, realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, así como todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia o que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo.

El maltrato infantil es la denominación que reciben las agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad. Generalmente son los familiares cercanos quienes de manera intencional los lesionan, con el pretexto de corregir su conducta por desobediencia o no cumplimiento de las tareas encomendadas (Gamboa, 1992).

Para León (1989) el maltrato es cualquier forma hostil, rechazante o destructiva que perjudica el bienestar físico, mental, emocional o sexual de un menor. Por su parte Marcovich (1978) lo considera como un conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental de un mayor de edad en uso de su condición de superioridad física, psíquica y social.

Kieran (1995) hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (por Ejemplo miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social. El maltrato psicológico en cambio es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social (Santana, Sánchez y Herrera, 1998).

Se considera que el maltrato emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, padres, educadores o tutores, etc., son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo, que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico (Escudero, 1997).

En el desarrollo del maltrato al menor, hay tres elementos que son fundamentales para su presentación: un niño agredido que a veces es "especial", un adulto agresor y un factor "detonante" del problema (Loredo, 1994).

3.1.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Para Corsi (1994) El maltrato infantil se subdivide en dos grupos:

1) Pasivo: Comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.

2) Activo: Comprende el abuso físico que consiste en cualquier acción no accidental por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor. La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. También comprende el abuso sexual, que consiste en cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar, tutor o cualquier otro adulto. La intensidad del abuso puede ir desde el exhibicionismo hasta la violación. El abuso emocional también entra en esta categoría de abuso activo y se presenta

bajo la forma de hostilidad verbal, crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas de abandono, etc.) y el bloqueo constante de las iniciativas infantiles (puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de algún miembro adulto del grupo familiar.

Otra forma de maltrato infantil es el caso de los niños testigos de violencia, "cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios comparativos muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas del abuso. Respecto a lo que se refiere a las agresiones psíquicas o psicológicas, que están dirigidas a dañar la integridad emocional del niño comprenden todo tipo de manifestaciones verbales y gestuales, así como actitudes que los humillan y degradan pero esto no es lo más grave, pues las heridas del cuerpo duelen pero tienden a cicatrizar pero las heridas del alma –que no dejan evidencia física- tardan mucho más en sanar si es que sanan antes de que se le acumule otra herida más, estas generan sentimientos de desvalorización, baja estima e inseguridad personal, los cuales más tarde pueden manifestarse en violencia social (pp. 33 y 34).

TIPOLOGIAS ADAPTADAS A NIVEL INTERNACIONAL

Uno de los más importantes antecedentes es la definición planteada por el National Center of Child Abuse and Neglected (NCCAN, 1988) como primer intento de sistematización del maltrato infantil.

El maltrato infantil incluiría; **Abuso físico:** con instrumentos (cuchillos, correas, cigarros, etc.), sin instrumentos (palizas, bofetadas, etc.); **Abuso sexual:** violación oral, anal o vaginal, vejación, otras formas; **Abuso emocional:** ataque verbal emocional, confinamiento o encierro; **Negligencia física:** abandono, rechazo de la custodia del hijo, no proveer los cuidados necesarios que requieren las enfermedades diagnosticadas, falta de búsqueda de elementos necesarios para el mantenimiento de la salud, supervisión física inadecuada, permitir la presencia de riesgos o peligros en el hogar, inadecuada nutrición, vestido e higiene; **Negligencia educativa:** permiso tácito para delinquir, evitar o no preocuparse de que el niño asista a la escuela; **Negligencia afectiva:** afecto inadecuado o escaso, permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, consumo de drogas, alcohol), rehusar los cuidados o los tratamientos de problemas emocionales diagnosticados (citado por Gracia y Musitu, 1993 p.34).

Por otra parte (Espinosa, 1999) señala que los tipos de maltrato son variados, desde el simple castigo verbal aparentemente inofensivo, hasta los actos brutales o la muerte. Dicho autor señala que los tipos de maltrato se han clasificado de la siguiente forma de acuerdo a los siguientes autores: (Burguess, 1978; Fontana, 1984; Marcovich, 1981; López, 1968).

- **Maltrato emocional.** Éste se refiere a un trato que denigre la dignidad del niño, por medio de actitudes como la burla, el ridículo, el rechazo verbal,

regaños, amenazas, etc. Este es un tipo de maltrato infantil más frecuente, ya que es el que no deja huellas físicas y se justifica por ser inofensivo, sin embargo es obvio que el auto concepto del niño se verá deteriorado, al encontrarse con el hecho de que provienen de las personas más cercanas y/o significativas para él, demostrándole el poco valor que él representa para éstas.

- **Descuido o negligencia:** Es el daño que se le ocasiona a un niño, ya sea por la falta de cuidado o por falta de supervisión. El descuido infantil es el reflejo de la incapacidad de los padres para cubrir las necesidades básicas del niño como son: vestido, alimento, atención médica y salubridad, pero sin que se incluya el abuso físico.
- **Explotación:** Es el hecho de obligar a los niños a trabajar o pedir caridad y así obtener dinero para sus padres. A todos estos niños se les priva de la oportunidad de jugar, estudiar y desarrollarse de una manera más justa.
- **Maltrato físico:** Es el tipo que se observa en la mayoría de los casos y se entiende como el uso o abuso de la fuerza física, en forma intencional, no accidental dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño. Los niños maltratados físicamente que llegan a un hospital, se les detectan fracturas, lesiones internas, cicatrices y otras; mientras que el agresor padres o tutores, ofrecen historias poco creíbles u ocultan información.
- **Abuso sexual.** Es el involucramiento de niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante las cuales no están capacitados para dar o no su consentimiento; o el involucramiento de esos niños y adolescentes en actividades sexuales que violen las normas sociales con respecto a los roles de la familia (Espinosa, 1999). Por abuso sexual, se entiende el sostenimiento de una actividad sexual con un menor de edad que puede implicar no solo el jugueteo o tocamiento de los genitales, sino también una relación sexual con el pequeño la cual se vuelve repetitiva (Primero, 1992).
- **Paidofilia:** Es la preferencia del adulto por las relaciones sexuales con los niños, casi siempre a consecuencia de tener dificultad para establecer relaciones heterosexuales con adultos. Se observo que la actividad del paidofílico no incluye violencia, por lo tanto se limita en la mayoría de los casos a la exhibición genital, caricias y contacto genito-oral.
- **Violación:** Cualquier conducta sexual que implique la penetración oral, vaginal o anal, llevada a través de la violencia física o moral sobre un menor. Esto trae como consecuencias los terrores nocturnos, temores y conductas regresivas, además de ansiedad, depresión, insomnio y fracaso escolar en el menor.
- **Incesto:** Se definen como las relaciones habidas entre personas de la misma familia dentro de la línea del primer grado de consanguinidad o afinidad: el incesto más frecuente es el de padre-hija, el padre incestuoso se caracteriza por ser introvertido y aislado socialmente. La mayoría de los casos se localizan en el estrato socioeconómico bajo, donde el núcleo

familiar tiene que convivir en condiciones de miseria, ignorancia y hacinamiento y promiscuidad (pp. 38-43).

CATEGORIAS ACTUALIZADAS

Los malos tratos prenatales: incluyen circunstancias de la vida de las madres, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativamente o patológicamente en el embarazo, teniendo repercusiones en el feto. Se trata de gestaciones rechazadas, sin seguimiento médico, con alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal, hijos de padres toxicómanos, madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadores y con enfermedades de transmisión: SIDA, Hepatitis B. Los malos tratos postnatales: son aquellas circunstancias durante la vida del niño que constituyen riesgo o perjuicio para el pequeño según la definición de maltrato infantil y los diferentes tipos registrados: físico, emocional, sexual, corrupción, etc. Los malos tratos institucionales: ocurren cuando las instituciones o la propia sociedad, a través de las legislaciones, los programas de intervención o la actuación de los profesionales, perjudican al niño en sus aspectos físicos, psíquicos o sociales o lo colocan en riesgo de sufrir consecuencias que lo afectan en su normal desenvolvimiento. Allí se involucran los servicios sociales, sanitarios, escolares, policiales, judiciales y medios de comunicación social (Díaz, 1997 p. 11).

SINDROME DE MUNCHAUSEN

Asher en 1951 (en Gallardo, 1988) acuña la expresión Síndrome de Munchausen, esta expresión sirve para describir un cuadro de enfermedades provocadas a sí mismo por adultos que deseaban someterse con gusto a procedimientos terapéuticos. Es así que los padres, madres y/o cuidadores someten al niño a exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto. Algunos autores lo denominan intoxicaciones no accidentales.

Jones, Buttler, y Hamilton (1987) sugieren nueve criterios para sospechar de este diagnóstico (citados en Loredó, 1994 p. 74)

1. Recurrencia de una enfermedad cuya causa no puede ser encontrada.
2. Discrepancia entre el interrogatorio manifestado por los padres y los hallazgos de la exploración física encontrados por el personal médico.
3. Desaparición de los signos y síntomas cuando el niño se encuentra alejado de la persona encargada.
4. Presentación de signos y síntomas poco usuales que no corresponden a una enfermedad definida.
5. Nula o poca respuesta ante los medicamentos, sin explicación coherente.
6. Los padres se muestran conformes ante la supuesta enfermedad del niño y los procedimientos empleados, sean dolorosos, repetitivos e intensos.
7. Frecuentemente al niño se le hospitaliza y administra medicamentos.

8. Los padres se muestran excesivamente participativos con el personal médico.
9. Antecedentes de investigaciones exhaustivas de enfermedades poco comunes (p. 74)

3.1.4. EXPLICACIONES DEL FENÓMENO DEL MALTRATO INFANTIL.

DINAMICA DEL FENOMENO DEL MALTRATO

CARACTERÍSTICAS DEL MENOR MALTRATADO.

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

1. Características de los niños maltratados como lo son: ser hijos no deseados o del sexo opuesto al esperado, haber sido concebidos fuera del matrimonio, ser uno de los hijos menores de una familia numerosa, representar anomalías congénitas, llorar con frecuencia, ser irritables e hiperactivos.
2. Características de los padres o cuidadores que maltratan entre ellas: haber sido maltratados por sus progenitores, desempleo, desavenencia conyugal, falta de autodominio.
3. Factores medioambientales: concepto del castigo físico, actitud social negativa hacia los niños, estatus socioeconómico (Cruz, 2000 p. 16).

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

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la

adulthood. Algunos preadolescentes sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal y así aprenden a repetir este "modelo" inconsciente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para establecer relaciones "sanas" al llegar al adulto. Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos. Para muchos preadolescentes que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transformarán en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones (Loredo, 1994).

Maher (1990) menciona que existen relaciones situacionales que pueden producir estrés y maltrato en las relaciones familiares, las cuales pueden derivar de los siguientes componentes:

- Relación entre padres: segundas nupcias, disputas maritales, padrastros cohabitantes, o padres separados solteros.
- Relación con el niño: espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.
- Estrés estructural: malas condiciones de vivienda, desempleo, aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.
- Estrés producido por el niño: niño no deseado, niño problema, un niño que no controla su orina o su defecación, difícil de disciplinar, a menudo enfermo físicamente deforme o retrasado (p.115).

Las causas que pueden propiciar el maltrato, son diversas, al niño se le puede maltratar por: pedir alimentos, no obedecer, obedecer mal, protestar, moverse, preguntar, caerse, no ser buen estudiante, ser inquieto, pedir cualquier cosa. Sin embargo hay factores de gran importancia como; características físicas, biológicas y psicológicas que hacen que el niño sea diferente o desagradable para los padres; Situaciones de conflicto entre la pareja y/o una dinámica familiar donde predomine la incomunicación, el rechazo y la agresión (Rodríguez, 1989).

CARACTERISTICAS DEL PREADOLESCENTE MALTRATADO.

Maher (1990) menciona que el preadolescente no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los preadolescentes que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocionales, conductuales y socio-cognoscitivo que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su sano desarrollo. Este

autor reporta que son mas los niños que las niñas de los cuales se ha registrado maltrato físico y emocional, deficiencias en el crecimiento y negligencias, así mismo menciona que los niños entre cinco y nueve años de edad y las niñas de catorce años o más, resulta ser los más vulnerables, manifiesta que aquellos de los cuales se abuso físicamente y que tenia entre cinco y nueve años de edad, 61 % eran varones y que el 67 % de quienes tenían catorce años o mas eran niñas.

Por otro lado, Rosselot (1981) menciona algunas de las características que pueden facilitar la agresión como; ser hijos no deseados; ser del sexo opuesto al deseado; ser concebidos fuera del matrimonio; ser uno de los hijos menores en una familia numerosa; presentar anomalías congénitas, llorar frecuentemente, ser irritables e hiperactivos.

Fontana (1984) menciona otros aspectos que pueden llegar a originar un episodio de maltrato, los cuales son; que el niño sea serio; muy perezoso; el hijo de más edad puede estar en mayor riesgo de ser maltratado porque los padres consideran que su conducta debe servir de modelo para los hermanos menores.

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

Silver (1969) al igual que otros autores consideran que algunos niños realizan acciones o verbalizaciones que inducen el maltrato, ya que de esta manera sus padres les prestan atención. Así mismo, la privación de afecto y el abandono por parte de los padres pueden provocar en el preadolescente comportamientos hostiles, y cuando éstos le requieren demostrar cariño, el pequeño no responde de manera adecuada.

CARACTERISTICAS DE LOS AGRESORES.

Fontana (1984) refiere que aquellos que pueden agredir a sus hijos son inmaduros, neuróticos, psicóticos, mentalmente deficientes o ignorantes, disciplinarios, criminales-sádicos. Este autor menciona que Los padres abusivos tienen un apego intenso, muy ambivalente y hostilmente dependiente con sus hijos. Se espera que el niño satisfaga las necesidades emocionales no satisfechas de los padres, quienes al ser incapaces de contener su ambivalencia, agraden al niño ante la más ligera decepción.

Para Barudy (1998) se trata de individuos que crecieron en un medio familiar y social pobre en recursos maternos.

Kempe (1979) considera a los adictos al alcohol o a las drogas, madres demasiado jóvenes, sociopatas, como agresores ya que éstos no pueden ajustarse a un patrón único, el cual permita un diagnóstico certero.

Marcovich (1978) distingue en éste tipo de padres una edad menor a treinta años, se encuentran desempleados y habitan en condiciones de hacinamiento.

Cantón y Cortés (1997). Consideran que los cuidadores abusivos se caracterizan por una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, escasas habilidades de crianza, soledad y expectativas irrealistas.

FACTORES MEDIO AMBIENTALES.

Rodríguez 1989 (citado por Roque, Carrillo y Castillo, 1997) menciona que el desempleo, el hacinamiento, la sobrepoblación y la marginación son factores sociales responsables del maltrato infantil. Asimismo, la salud física y emocional de los padres pueden provocar situaciones de abuso, al igual que la falta de recursos económicos.

Los padres que abusan de sus hijos con frecuencia carecen de recursos sociales y financieros. A pesar de que el abuso infantil no es exclusivo de las familias de clase baja, el estatus socioeconómico bajo provoca estrés que se asocia a una alta probabilidad de abuso infantil (Garbardino, 1997).

Las familias con un solo padre tienden a propiciar abuso infantil (Friedman, 1976; Gil, 1971). La paternidad sin pareja es una experiencia estresante y la situación se agrava cuando los recursos económicos son bajos. Burguess (1981) plantea que lo mismo sucede cuando ambos padres están físicamente presentes pero uno de ellos esta emocionalmente ausente. Cuando un solo padre se ocupa de los hijos, particularmente en familias de nivel socioeconómico bajo, la interacción padre-hijo puede ser negativa, lo que propicia el abuso infantil físico y emocional o la negligencia en el cuidado de los hijos.

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

Roscoe, Callahan y Peterson (1985) mencionan la clasificación de los factores que contribuyen al maltrato del niño por parte de los padres en cuatro grupos. El primero comprende las características psicológicas específicas del padre como:

historia de abuso en la infancia, baja autoestima, intolerancia a la frustración y crítica, enfermedad mental, impulsividad y dependencia emocional. El segundo tipo incluye factores que operan en la sociedad la cual determina que un padre abuse o no de su hijo ya que la sociedad ve al niño como propiedad y tolera mucho el uso de la fuerza para lograr un fin. El tercer tipo se refiere a la interacción padre-hijo el cual se enfoca en las relaciones dentro del sistema familiar. El cuarto tipo incorpora los modelos sociológico y psicopatológico. De acuerdo a este modelo los factores asociados con el abuso del niño incluyen la apariencia física del niño abusado, características de personalidad, nivel de actividad, conflicto paterno, carencia del conocimientos sobre el desarrollo normal del niño y demandas paternas irrealistas del padre al hijo (citado en Santamaría, 1993 p. 8).

MODELOS DEL MALTRATO INFANTIL

La producción del maltrato infantil se ha considerado desde distintos modelos teóricos que sucesivamente se han ido desplazando y complementando:

(Canton y Cortés, 1997) mencionan diferentes teorías que explican el fenómeno del maltrato y que entre las causas principales que generan el maltrato a menores, se pueden mencionar las siguientes:

- a. Personalidad o modelo psiquiátrico/psicológico. Se postula una relación entre el abuso/abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o trastorno psicológico específico, en la actualidad varios autores admiten que solo entre un 10 y un 15% de los de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico específico. Estudios que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía, así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres, entre otras características y rasgos de personalidad como el alcoholismo y la drogadicción.
- b. Económicas. Esto es a partir de la crisis que prevalece en nuestra entidad y el desempleo que trae consigo que los padres que se encuentran en esta situación desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos, estas características se encuentran dentro del modelo sociológico mencionado por Cantón y Cortés (1997).
- c. Culturales. En este rubro se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia o tutela de los menores no cuenta con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad. A estos tutores les

falta criterio para educar a sus hijos. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar al resto de los miembros, en esta concepción, el castigo se impone como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, además no se prevén otros medios de disciplina y educación de los hijos, además de que la información existente acerca de este problema social no se hace llegar a los padres de familia ni se promueven los programas de ayuda para éstos y así, estos a su vez son ignorantes pues carecen de información, orientación y educación al respecto (modelo sociológico).

- d. Sociales. Cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación entre ellos y sus hijos, se da pie a la desintegración familiar (modelo psiquiátrico/psicológico). En la mayoría de los casos, esta causa va paralela al nivel socioeconómico de los padres y el ambiente que rodea a la familia. Así mismo, es inducida por la frustración o la desesperación ante el desempleo, los bajos ingresos familiares y la responsabilidad de la crianza de los hijos. El estrés producido por estas situaciones adversas provoca otras crisis de igual o mayor magnitud (modelo sociológico). Por otro lado, los conflictos que son ocasionados por el nacimiento de los hijos no deseados o cuando la madre se dedica a la prostitución y deja en la orfandad a sus hijos. En consecuencia el maltrato que se genera en estos casos provoca un daño irreversible por la carencia de afecto durante esta etapa de la vida del individuo (modelo psiquiátrico/psicológico).
- e. Emocionales. La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema motivan que desquiten su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo. Los estilos negativos de interacción que generan la violencia doméstica; se ha comprobado que en los lugares donde existe agresión y violencia entre el padre y la madre suele haber también maltrato infantil y esto produce a su vez incapacidad de socialización en los padres con el medio en que se desenvuelven. No hay que olvidar que a través de la familia se transmiten las reglas y costumbres establecidas por la sociedad (modelo psiquiátrico/psicológico).
- f. La historia del maltrato de los padres. De acuerdo con múltiples estudios, es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia. Además, en la mayoría de estos casos, los progenitores no reciben instrucción alguna acerca de la forma de tratar a sus hijos y aunque la recibieran, sin una intervención psicológica adecuada caerían de nuevo en la misma forma de tratar a sus hijos; a esto se le llama transmisión intergeneracional, malas experiencias en la niñez, etc. (modelo psiquiátrico/psicológico).
- g. Biológicas. Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas

limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los relegan o aceptan con lástima. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues arremete a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna, modelo centrado en el niño (Cantón y Cortés, 1997 pp. 18-62).

Aracena, Castillo, Haz, Cumsille, Muñoz, Bustos y cols (2000), revisaron diversos autores (Bowlby, 1998; Morales y costa, 1997; Kempe, 1961; Kaufman y Zigler, 1987; Egeland, Jacobitz, y Sroufe, 1988; Knustson 1995; Banyard, 1999; Larrain, 1994; Bolger y cols 1998; Cohen, Spirito, Sterling, Donaldson, Seifer, Plummer, Avila, y Ferrer, 1996; Brofenbrenner, 1979) Belsky, 1980; Cicchetti y Rizley, 1981) respecto a los modelos de maltrato infantil, exponiendo los modelos que pretenden explicar el dicho fenómeno: (a) teoría del apego, (b) modelo psicológico-psiquiátrico, (c) modelo psicosocial, (d) modelo sociocultural, (e) modelo de la vulnerabilidad del niño, (f) modelo ecológico, y (g) modelo transaccional.

- a. Modelo del apego. La teoría del apego de Bowlby es un modelo que integra la etología, la teoría de las relaciones objetales, así como conceptos de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva y el procesamiento de la información. De esta forma se plantea que en los humanos, cuando los padres están próximos, son sensibles y responsivos a las conductas de apego innatas de sus hijos, los modelos internos de trabajo pueden reflejar seguridad y confianza en los otros, así como en los sentimientos que se tienen hacia uno mismo. Con Resiliencia al maltrato físico infantil estos fundamentos de "base segura" el niño explora el entorno, las nuevas experiencias y relaciones. Esta interacción permite que la persona sea competente en la entrega de cuidado y apoyo (Bowlby, 1988). Varios autores mencionan como fenómeno explicativo de maltrato, las alteraciones en el proceso de apego, lo cual daría cuenta de las interacciones disfuncionales del individuo con los padres o cuidadores que lo vulneraron en su capacidad para interactuar con sus propios hijos. Lo anterior les imposibilitaría regular las oscilaciones extremas entre la cercanía y la evitación e integrar las emociones y cogniciones experimentadas (Bowlby, 1984 citado en Knutson, 1995).
- b. Modelo psicológico-psiquiátrico. En este modelo se sostiene que los padres o cuidadores maltratan a sus hijos porque padecen de alteraciones psiquiátricas, ya sea esquizofrenia o psicosis maníaco depresiva. En las investigaciones realizadas se señala que entre un 10% y 15% de los casos de maltrato los padres tienen algún tipo de trastorno mental. En otros estudios se ha logrado establecer que los padres agresores de sus hijos tienen más síntomas depresivos y baja autoestima así como escasas estrategias de afrontamiento de problemas (Morales y Costa, 1997).
- c. Modelo psicosocial. Este modelo incluye las teorías que se centran en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. En este modelo se plantea que hay suficiente apoyo empírico como para

establecer una relación entre maltrato o falta de afecto en la niñez y el posterior maltrato de los propios hijos. Kempe, (1961 citado en Morales y Costa, 1997), establece que en este contexto se produce la repetición de una generación a otra de estos hechos violentos; los malos tratos suelen ocurrir en períodos de crisis y en general se trata de familias con escaso soporte social. De este modo la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño, se constituye en un factor predisponente para convertirse en adulto maltratador (Kaufman y Zigler 1987; Egeland y cols, 1988). En el contexto de la transmisión intergeneracional del abuso se plantea que las personas maltratadas en la infancia tienden a generar el mismo tipo de maltrato con sus hijos (Crittenden, 1992; Herrenkohl y cols, 1983, citados en Knutson 1995), estiman una prevalencia de historias de abuso entre padres abusivos de un 56% y entre un 38% de los no abusivos. Estos investigadores concluyen que el riesgo parental de usar una disciplina severamente castigadora se incrementa cuando se tuvo padres abusivos. Sin embargo, existe un 53% de personas que siendo maltratadas cuando niños, no maltratan a sus hijos en la actualidad.

- d. Modelo sociocultural. En este modelo se enfatizan factores sociales, económicos y culturales que establecen las condiciones para que el maltrato se genere. En este sentido, el pertenecer a una clase social genera tipos de estrés, -económico por ejemplo- que conlleva un alto riesgo de maltrato. Además la cesantía, la inestabilidad y la insatisfacción laboral que son causa de estrés, pueden desencadenar maltrato hacia los hijos. Los factores sociales más resiliencia al maltrato físico infantil mencionados por la literatura y que aparecen asociados al maltrato infantil, lo constituyen el desempleo, la pobreza, los problemas de hacinamiento, el bajo nivel sociocultural, eventos vitales estresantes y escasas redes de apoyo (Banyard, 1999). En términos culturales, existen aspectos arraigados en las creencias, avalado por los sistemas o modelos educativos e incluso en algunas teorías psicológicas en las cuales se plantea que el castigo se constituye en un medio de aprendizaje (Larraín y cols, 1994).
- e. Modelo de la vulnerabilidad del niño. En este modelo se expone que ciertas características de los niños los hacen más vulnerable al castigo por parte de sus padres. En una revisión bibliográfica sobre el maltrato infantil se establece que posibles fuentes de maltrato lo constituyen las enfermedades y las deficiencias de los niños. Los análisis sugieren que los déficits juegan un rol importante en el 47% de los casos de maltrato. Consistente con esto, al mejorar los sistemas de registro de los déficit se encuentra que el 45% de las familias con problemas de maltrato tenían hijos con déficit de aprendizaje, déficit emocionales, retardo mental o handicaps físicos (Knutson, 1995). Cuando se analiza al niño maltratado se observa en ellos mayores niveles de agresividad, menor responsividad o tendencia al rechazo con los contactos afectivos y una mayor prevalencia de déficit atencional con hiperactividad (Herrenkohl y cols, 1994 citado en Knutson, 1995). En los adolescentes

maltratados es común encontrar distimias y desórdenes de personalidad limítrofe o escasas estrategias de afrontamiento (Bolger, y cols, 1998). Sin embargo, la información es poco confiable ya que proviene del mismo perpetrador del maltrato (Knutson, 1995); o bien es difícil diferenciar la característica como algo estable en el sujeto o como producto del maltrato (Cohen, y cols., 1996).

- f. Modelo ecológico. En este modelo el maltrato infantil es analizado en niveles que van desde lo individual, a lo sociocultural, pasando por la familia y las redes sociales cercanas. Sin dejar de lado las distintas interacciones que se producen entre éstos. Brofenbrenner (1979 citado en Morales y Costa, 1997) desarrolla este modelo que permite ordenar las distintas explicaciones en un sistema donde se integran los factores de los cuidadores, las características del niño, la interacción social y familiar y el medioambiente cultural (Larraín y cols, 1994). Este modelo posteriormente desarrollado por Belsky (1980), establece que el primer nivel es el ontosistema; el cual agrupa los aspectos propios del individuo, tales como la personalidad, el estado de ánimo y las prácticas de crianza, el conocimiento con respecto a las características evolutivas del niño y sus necesidades; los cuales a su vez están siendo afectados por la historia de malos tratos; desatención severa; rechazo emocional a la que fue sometido durante su infancia y la historia de desarmonía o ruptura familiar. El segundo elemento lo constituye el microsistema, que es el contexto familiar inmediato en el cual se producen las interacciones madre-padre-hijo. En este sentido, ciertas prácticas como el autoritarismo o el ciclo ascendente de conflicto y agresión entre los integrantes, vienen a constituirse en los elementos de este sistema. El exosistema lo viene a constituir la vecindad o el barrio en el cual está inserto el grupo familiar. En este nivel el desempleo, las malas condiciones del lugar y/o del trabajo, Resiliencia al maltrato físico infantil el aislamiento, la falta de redes social formales e informales y el acceso a salud y educación de calidad deficiente generan condiciones propicias para que el maltrato se perpetúe. Finalmente esta el macrosistema, en el cual se anidan los demás sistemas. Este incluye a la cultura, las actitudes y creencias en torno a la violencia, el castigo como modo de educación de los niños, la infancia, el papel de los padres y la familia (Belsky, 1980).
- g. Modelo Transaccional. El modelo transaccional del maltrato de Cicchetti y Rizley plantea la existencia de una dimensión temporal y una dimensión de riesgo. En la primera existirían factores permanentes y transitorios y en la segunda dimensión, factores potenciadores y compensatorio. En este modelo, las variables que apuntan a la noción de vulnerabilidad, tales como las anomalías físicas y psíquicas, la historia de violencia, la psicopatología de padres e hijos, la carencia de apoyo social, entre otros, son considerados factores permanentes y potenciadores. La relación familiar que se constituye en elemento protector, es un factor compensatorio permanente. Existirían de la misma forma, elementos provocadores, tales como la presencia de

enfermedad, problemas familiares, conflictos de disciplina con los hijos; los cuales son considerados como factores potenciadores transitorios y finalmente habría una suerte de variables que actuarían como contenedores, tales como la condición financiera, la armonía marital y las redes de apoyo social, las cuales se constituyen en factores compensatorios transitorios (Cicchetti y Rizley, 1981) (citados en Aracena y cols, 2000 pp. 5-10).

Milner (1990) opina que entre los modelos explicativos de maltrato no se consideran los factores neuropsicológicos que frecuentemente aparecen en los modelos sobre agresión y supone que se podrían relacionar ciertos déficit neuropsicológicos con problemas en el procesamiento cognitivo para determinar si se produce la agresión, cuando se produce y hacia quién. Viendo el maltrato desde este modelo, se conjetura que los padres evalúan continuamente la conducta de los hijos; las llevan a cabo tomando en cuenta el desarrollo del niño, la función e intención situacional de la conducta, para llevar a cabo el análisis conductual se requiere del uso de ciertas capacidades cognitivas de manera ágil dentro de un contexto estresante que las limita o interfiere. Si las estrategias son inadecuadas; los padres tienen sentimientos de ineficacia que generan un estado de frustración y cólera asociado a una hiperreactividad fisiológica y distorsiones cognitivas sobre el comportamiento del niño, desencadenando la conducta agresiva hacia éste. La carencia de técnicas que permiten el control de impulsos sería el último eslabón que justifica en este modelo la aparición del maltrato físico (Arruabarrena y de Paul, 1994).

3.1.5 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL.

El maltrato infantil trae serias consecuencias tanto en el individuo como en la sociedad en general, pero desgraciadamente existen muy pocas investigaciones acerca de este tema y no obstante, poco o nada se hace en términos de promoción de la salud mental y de la detección y la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos emocionales. Únicamente se atienden las necesidades físicas de los menores, así mismo, al agresor tampoco se les da un tratamiento y en este caso sería indispensable llevarlo a cabo a manera de prevención y de tratamiento más sin embargo las autoridades de salud públicas pasan de largo sin reconocerlos como individuos bio-psico-sociales. Por tanto, la reintegración y adaptación de estas personas nuevamente a la sociedad la llevan a cabo solos y, la forma en la que lo hacen no siempre es la más adecuada.

Agregado a los daños o traumas físicos, los malos tratos a la infancia provocan efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño, que se manifiestan según el niño interiorice o exteriorice sus respuestas. En el primer

caso, el comportamiento puede caracterizarse por pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas, hábitos nerviosos o problemas somáticos. En el segundo caso, agresividad, impulsividad, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva, falta de autocontrol y comportamiento violento hacia otras personas o su entorno. En cualquier caso tienden a sentirse rechazados, no queridos con sentimientos de autoestima y aceptación negativos; perciben el mundo como un lugar inseguro, amenazador, hostil, y muestran una escasa confianza en otras personas como puente de apoyo, confianza y seguridad (Gracia y Musitu, 1993).

Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico (Martínez y De Paúl, 1993; Querol, 1991). Por consecuencias entendemos toda serie de alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de las víctimas de maltrato, siendo los aspectos más conocidos la reproducción del mismo y las alteraciones en el rendimiento académico, en el ajuste psíquico individual y en el tipo de relaciones en las que el sujeto participa Friederich y Wheeler, (1982); Lamphear, (1986).

Abandono físico: retraso pondoestatural, cronificación de problemas por falta de tratamiento físico, vitaminopatías, eritemas de pañal, aplanamiento del occipucio, aparición de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y producción de quemaduras y otras lesiones por accidentes familiares debidas a una falta de supervisión.

Maltrato físico: lesiones cutáneas, quemaduras, lesiones bucales (que pueden afectar a la posición de los dientes), lesiones óseas (que pueden afectar el crecimiento y la movilidad articular), lesiones internas (traumatismos craneales y oculares) entre las que destacan aquellas que producen edemas cerebrales puesto que pueden tener secuelas neurológicas (en Pino y Herruzo, 2000 pp. 256-257).

Las consecuencias del maltrato afectan notablemente las estructuras de desarrollo del niño; la heterogeneidad de las consecuencias se debe a que los niños tienen diferentes edades, pertenecen a diferentes fases evolutivas y sufren de diferentes tipos de maltrato los cuales son provocados por diferentes causas. No existe un patrón único y específico que puede ser descrito como el perfil del niño maltratado (Santamaría, 1993).

El maltrato puede generar lesiones físicas y/o mentales, éstos pueden ser reversibles o no. Entre los daños físicos podemos encontrar daños en el Sistema Nervioso Central que son producidos por los golpes; el hematoma subdural es la lesión más común en el niño golpeado, pero la menos atendida y la menos detectada. Los niños que sufren de hemorragia subungueal no presentan huellas de violencia, debido a que no sufrieron golpes directos. Las consecuencias que el maltrato origina en el desarrollo cognoscitivo y emocional también son graves. Por

ejemplo, las disfunciones en la percepción y conceptualización no solo se manifiestan en problemas de aprendizaje escolar, sino que también interfieren en las representaciones mentales, que el niño va construyendo de si mismo a través de los primeros tres años de vida. Estas representaciones que el niño va construyendo son responsables del sentido de realidad, del sentido de causalidad, de su concepción sobre el presente, el pasado y el espacio, funciones que son importantes para el desarrollo del aprendizaje. En el niño golpeado se manifiestan dificultades para diferenciar los fenómenos que ocurren en su exterior, de los originados en su interior, debido a que esta funciones depende del S.N.C., por esta razón el niño desarrolla conceptualizaciones defectuosas de la realidad distorsiona la relación con los demás y no logra adaptarse funcionalmente al ambiente (Cruz, 2000).

El crecimiento se verá siempre afectado, dependiendo su mayor o menor intensidad en relación al maltrato, el peso sufre un retraso significativo, la carencia afectiva prolongada y continua retrasa progresivamente el desarrollo intelectual, afectando más seriamente al lenguaje, las relaciones sociales y la función de abstracción. La carencia afectiva puede suponer un trauma intenso capaz de detener su capacidad de adaptación, la carencia afectiva hace que se rechace todo lo que suponga expresividad de lo afectivo, y que se refugie en la soledad, por lo que refuerza el primitivo estado o sentimiento de abandono, las reacciones simples más precoces son de apatía, apartamiento, tristeza, se hace lloroso y muestra oposición activa, si se mantiene la situación, los niños activos se hacen obstinados, se escapan y caen finalmente en el abandono; los niños pasivos se tornan más deprimidos cohibidos y retraídos en si mismos. En el manual de diagnostico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana se refleja como la carencia de afecto es capaz de conducir, sin que medie causa orgánica, a retraso mental o autismo; llanto débil, sueño excesivo, falta de interés por el ambiente, mediano tono muscular, respuestas de aislamiento, débil coordinación, pérdida de peso, pérdida de talla, escasa participación en los juegos y poca capacidad para la respuesta social. A menudo forman parte del cuadro clínico las conductas anormales en la alimentación como rumiación, polidipsia, bulimia, ingestión de alimentos y bebidas extrañas (Molina, 1997).

Según Pino y Herruzo (2000), al hablar de consecuencias psicológicas se refieren a la variedad de comportamientos que pueden aparecer, sean alterados o como ellos los llaman "excesos conductuales" y también los retrasos o "déficit" en ciertos repertorios que se esperarían en los niños en función de sus edades respectivas. Estas consecuencias pueden manifestarse a corto, a mediano y largo plazo, es decir, en la infancia, adolescencia y edad adulta. Las consecuencias que se revisan principalmente son las que se generan en la infancia y adolescencia; se incluye los efectos que estos pueden tener sobre el desarrollo físico del niño en el periodo comprendido entre los cero y los ocho años de edad, esto debido a que, según los

autores este es el periodo en donde los cambios más rápidos y drásticos se producen en el periodo de cero a ocho años.

La principal secuela que los malos tratos producen en el desarrollo de los niños es precisamente su retraso que se nota alrededor de la edad de un año, y ya es muy claro a los veinticuatro meses. Así mismo Pino y Herruzo (2000) realizan una revisión de diferentes estudios para describir las áreas que se encuentran más afectadas en este periodo como a continuación se muestran:

- a. Área cognitiva: presentan un menor desarrollo cognitivo, se muestran más impulsivos, menos creativos, más distraibles y su persistencia en las tareas de enseñanza aprendizaje es menor. Son menos habilidosos resolviendo problemas y cuando llegan a la edad escolar muestran peores resultados en las pruebas de CI y tienen malas ejecuciones académicas. Los niños maltratados funcionan cognitivamente por debajo del nivel esperado para su edad, ya que sus puntuaciones en escalas de desarrollo y tests de inteligencia son menores que en los niños no maltratados, sus habilidades de resolución de problemas son menores y hay déficit de atención que comprometen el rendimiento en las tareas académicas. Egeland, Sroufe y Erickson (1983) en un trabajo longitudinal determinaron la caída en el funcionamiento cognitivo de estos niños mediante la Escala de Desarrollo de Bayley (BSID). Aunque en todos los sujetos estudiados hubo una caída observable, la más significativa fue la que mostraron los que padecían abandono psicológico o emocional.
- b. Área social: mencionan que estos niños, a los 18 y 24 meses sufren un apego ansioso y presentan más rabia, frustración y conductas agresivas ante las dificultades que los niños no maltratados. Entre los 3 y 6 años tienen mayores problemas expresando y reconociendo afectos que los controles. También expresan más emociones negativas y no saben animarse unos a otros a vencer las dificultades que se presentan en una tarea. Por último, presentan patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus compañeros. Según Gaensbauer y Sands (1979) identificaron seis patrones distorsionados de comunicación afectiva entre los niños maltratados y sus cuidadores: eran retraídos o distantes afectivamente, mostraban falta de placer o bienestar, eran inconsistentes en la interacción, presentaban ambigüedad, frivolidad y una comunicación afectiva negativa. Estos niños se acercan menos a los cuidadores, evitan más a los adultos y a los compañeros y son más agresivos con los adultos. También, otros autores como Hoffman-Plotkin y Twentyman (1984) descubrieron que los niños maltratados físicamente eran más agresivos que los controles y que los que padecían abandono interaccionaban menos de lo normal. Estos mismos autores, pero en el año de 1988 indican que los niños maltratados han mostrado falta de empatía. Son niños que entre 1-3 años de edad no mostraban interés por escapar a las situaciones molestas de la

guardería y cuando lo hacían eran violentos, reaccionaban con ataques físicos, cólera o miedo (Main y Georges, 1985) también se ha visto que los niños maltratados son menos recíprocos en las interacciones con sus iguales. Elmer y Martin (1987) mencionan que estas dificultades en habilidades de empatía perduran hasta la edad adulta.

- c. Área del lenguaje: han revisado varios estudios al respecto y han encontrado lo siguiente. Beeghly, Carlon y Cicchetti (1986) descubrieron que los niños que padecen de maltrato físico, a los 30 meses, no se diferencian de los niños control en cuanto a lenguaje comprensivo pero si en el productivo, en lo que se refiere a sensaciones, sentimientos y necesidades, los niños que padecen abandono y maltrato físico presentan un déficit en la expresión de este tipo de verbalizaciones referentes a estados internos. Coster, Gersten, Beeghl y Cicchetti (1989) estudiaron la interacción verbal madre e hijo en niños de 31 meses. Observaron que los niños maltratados físicamente utilizan un lenguaje menos complejo sintácticamente, tienen menos vocabulario expresivo y conocen menos palabras que los normales. Burguess y Conger (1978), observaron que las madres de los niños que padecen abandono y maltrato físico hablan menos con sus hijos que las controles, en los casos de abandono físico las madres dan menos recompensas verbales y aprobación a sus hijos, y se muestran más propensas a criticarlos. En los casos de maltrato físico se ha visto que utilizan menos instrucciones verbales para ayudar a sus hijos a superar las dificultades normales de su ambiente. Inician menos interacciones de juego e ignoran más a sus hijos. Estas dificultades de lenguaje no desaparecen a lo largo del tiempo, sino que perduran hasta la edad escolar. Los niños maltratados, tal como lo señala Blager y Martín (1976), presentan dificultades de comunicación y de habilidades de expresión.
- d. Área de autonomía funcional. señalan que por un lado, puede haber conductas de cuidado personal (aseo, vestido, nutrición, etc.) que en condiciones normales deben ser aprendidas en el seno familiar y, por otro lado, están las habilidades de la vida en comunidad, es decir, la capacidad que el sujeto tiene de funcionar de forma independiente a sus progenitores o cuidadores y señalan los resultados de Egeland, Sroufe y Erickson (1983) estos autores muestran que los niños que padecían diferentes formas de maltrato presentaban un apego ansioso, en especial los que sufrían abandono emocional. Estos niños tendían a ser menos obedientes a sus padres y educadores que los controles y presentaban menor repertorio de autocontrol. El grupo de abandono físico resultó especialmente dependiente del educador para aquellas tareas propias de la nutrición que se llevan a cabo en el colegio. Sin embargo en cuanto a los comportamientos de funcionamiento independiente con respecto a los padres en su medio, estos niños llegan a estar al nivel o por encima de los controles (Pino, 1995). Esto podría ser consecuencia directa del número de horas que estos pasan solos, muchas veces en la calle, desde edades muy tempranas. En el estudio de

Egeland y cols. (1981, 1983) los niños maltratados se mostraron menos hábiles que los controles, en el uso de herramientas a los 24 meses de edad. En Pino y Herruzo (1993) los niños que padecían abandono físico se mostraban más tardíos en adquirir la locomoción y se apreciaban también déficits en motricidad fina.

- e. Problemas de Conducta. Se refiere a los problemas de comportamiento en general (conductas agresivas, hiperactivas y disruptivas). Como ya se ha mencionado, los problemas de conducta agresiva se presentan principalmente en los niños maltratados físicamente. Kazdin, Moser, Colbus y Bell, (1985) y Allen y Tarnowski, (1989) hallaron en estos niños más síntomas depresivos (mayor externalidad en la atribución de control, más baja autoestima y desesperanza en cuanto al futuro). Pino y Herruzo (1993) observaron una inusual aparición de comportamientos sexuales precoces (frotis, masturbaciones con una alta frecuencia, en presencia de otros niños) en niños que padecían abandono (citados en Pino y Herruzo, 2000 pp 917-922).

Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe y Lefebvre (1998) realizaron una investigación con dos grupos buscando diferencias entre niños maltratados y no maltratados antes de los 12 años de edad, y encontraron diferencias significativamente relevantes, ya que los muchachos maltratados presentaron problemas de adaptación, con los compañeros y pares. En los muchachos maltratados se encontró que el maltrato era verbal y físico hacia sus compañeros y maestros, además de comprometer actos de agresión hacia otros. Los resultados mostraron que en los niños maltratados existió una trayectoria de problemas en el establecimiento de relaciones interpersonales, así como el uso de la violencia hacia los demás.

También Canton y Cortes (1997) realizan una recopilación de diversas investigaciones resumiendo las consecuencias del maltrato al menor, los hallazgos se muestran a continuación:

- Trastornos en el desarrollo de las relaciones de apego y afecto; los tipos de apego desarrollados por los niños maltratados han confirmado, la relación existente entre la insensibilidad de los cuidadores y el desarrollo de apegos inseguros. Así frente al porcentaje del 30% de apegos inseguros presentes en poblaciones normales, los estudios realizados con niños maltratados sitúan las tasas de apegos inseguros entre el 70 y el 100%. Crittende y Ainsworth (1989) y Spieker y Booth (1988); Reid, Kavanagh y Baldwin (1987); Hoffman-Plotkin y Twentyman (1984); Rummell y Hansen (1993).
- Trastornos afectivos en los niños; las descripciones clínicas de los niños víctimas de maltrato y de los adultos que sufrieron abuso infantil han sugerido que la depresión puede ser una consecuencia de la experiencia abusiva. Kazdin, Moser, Colbus y Bell (1985), encontraron que los niños

maltratados en etapa de latencia presentaban unos niveles significativamente superiores de depresión y una menor autoestima que los controles. Además, los niños que continuaban siendo maltratados eran los que se sentían más deprimidos, lo que sugiere que la historia de abusos mantiene sus efectos en el niño sumándose a los efectos de los abusos del momento.

- Trastornos de conducta; los estudios realizados sobre la conducta social de los niños maltratados indican que muchos de ellos adoptan unos patrones de conducta similares a los de sus padres y a los de los niños rechazados por sus iguales, caracterizándose por la agresión, los déficits en habilidades sociales, el aislamiento social y una reacción inadecuada ante situaciones de estrés experimentadas por sus iguales. Reid, Kavanagh y Baldwin (1987) compararon niños maltratados físicamente y no maltratados de siete años de edad media y encontraron que, los niños maltratados eran más agresivos y presentaban más problemas de conducta que los del grupo control.
- Trastornos del desarrollo cognitivo; los niños maltratados presentan un retraso en su desarrollo cognitivo y rendimiento académico; Hoffman y cols (1984), encontraron una diferencia promedio de unos 20 puntos en CI entre preescolares maltratados y no maltratados. Salzinger (1984) comparó las puntuaciones obtenidas en pruebas de logro y rendimiento escolar por niño maltratados, abandonados y un grupo control. Tanto los niños maltratados como los abandonados estaban dos años por debajo de la media en capacidades verbales (27% víctimas contra 9% de los controles) y en matemáticas (33% contra 3% de los controles). Alrededor de un tercio de los niños maltratados a abandonados suspendió en una o más asignaturas y/o estuvo en clases especiales.
- Trastornos del desarrollo de la personalidad; los estudios empíricos realizados sobre el abuso infantil sugieren que las experiencias negativas asociadas al maltrato y al ambiente de los hogares abusivos socavan los procesos del sistema del Yo (Vondra, Barnett y Cicchetti, 1989), en un estudio sobre la autopercepción de las víctimas de maltrato infantil, encontraron que los niños maltratados de tercero a sexto curso tenían una percepción bastante negativa sobre su competencia en una serie de áreas; además, esta autopercepción se relacionaba con su motivación en el laboratorio y el en trabajo académico en el aula. Por el contrario, los niños maltratados más pequeños (primero y segundo curso) tendían a sobreestimar su competencia, viéndose a sí mismos como más competentes de lo que realmente eran.
- Trastornos de la conducta antisocial; una de las secuelas a largo plazo del maltrato infantil que ha sido más estudiada es la conducta criminal violenta. Aunque existe un consenso general de que una experiencia de violencia durante la infancia puede estar asociada con violencia adulta posterior. Malinosky-Rummell y Hansen (1993) señalan que los resultados de los estudios retrospectivos y prospectivos apoyan la existencia de un fuerte

vínculo entre el maltrato físico durante la infancia y el comportamiento agresivo adolescente. Asimismo, las investigaciones que han comparado los malos tratos físicos sufridos por adultos violentos y no violentos, apoyan la existencia de una relación entre los malos tratos físicos y la violencia hacia personas que no son de la familia.

- El maltrato infantil también se ha relaciona con las conductas autolesivas y suicidas durante la adolescencia. En general, los estudios han llegado a la conclusión de que los adolescentes objeto de abuso físico o sexuales tienen más ideas y realizan más intentos de suicidio que los normales. Además, las víctimas de ambos tipos de abuso (maltrato físico y abuso sexual) es más probable que presenten un comportamiento suicida que aquellos que solo han sido víctimas de uno de estos tipos de maltrato Rummell y Hansen (1993).
- Los adolescentes que fueron víctimas de abusos durante la infancia presentan una menor capacidad intelectual y un rendimiento académico más bajo que los no maltratados. Hansen, Conaway y Christopher (1990) demostraron que los adolescentes abandonados presentaban un CI significativamente más bajo que los maltratados físicamente y que los no abusados, mientras que las adolescentes maltratadas y las abandonadas tenían un CI más bajo que las no maltratadas (pp. 383-404).

Las consecuencias durante periodos posteriores a la primera infancia se pueden mostrar según las recopilaciones realizadas por Pino y Herruzo (2000) quienes han revisado varias investigaciones y deducen lo siguiente de cada uno de los autores que a continuación se mencionan: Cichetti y Olsten (1990) afirman que el maltrato infantil tiene una serie de efectos en todas las áreas del desarrollo del niño, lo que le coloca en una situación de alto riesgo para desarrollar problemas de conducta y posteriores psicopatologías. Son diversas las alteraciones conductuales que se engloban bajo la etiqueta general de conducta antisocial las más relacionadas con el fenómeno de los malos tratos. Azar, Barnes y Twentiman (1982) han encontrado altos niveles de conducta violenta y delitos con uso de violencia entre delincuentes y jóvenes con alteraciones psiquiátricas que habían padecido malos tratos. Engler y Schnewind (1982) mencionan que el maltrato físico está relacionado con la aparición de ansiedad e indefensión y estas reacciones se deben principalmente a las situaciones de rechazo (maltrato emocional/abandono emocional), estos niños presentan un comportamiento agresivo tal vez debido al mismo maltrato, lo cual crea un círculo vicioso en la relación padres-hijo. Mc Cord (1983) en un estudio retrospectivo encontró que el 20% de los niños que habían padecido abandono o maltrato físico, cuando llegaron a adolescentes cometieron delitos graves y una vez que estos cometen delitos ésta conducta suele cronificarse hasta la edad adulta. También se ha estudiado el Coeficiente Intelectual y su relación con los malos tratos y los niños con abandono aparecen con un CI inferior al normal y las niñas tienen CI infranormal ya sea que sufran maltrato físico o abandono. Otra consecuencia de los malos tratos es que los niños acaban adoptando una visión

distorsionada de la realidad, los adolescentes maltratados tienen una idea distorsionada de la relación padre-hijo y ven a su padre como perfecto al lado del hijo despreciable, también suelen tener expectativas poco realistas sobre la conducta de otros niños y piensan que los niños deben saber hacer cosas que son poco adecuadas para la edad de estos (citados en Pino y Herruzo, 2000).

3.1.5 RELACION DEL MALTRATO INFANTIL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Tras diversos estudios es innegable el papel de la familia en la génesis de los trastornos de la alimentación. No obstante resulta difícil diferenciar cuales son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado (Rojo, 2003).

Por otro lado, también se habla de los problemas psicológicos secundarios del maltrato infantil que son muy variados y dependen del tipo de maltrato ante el que nos encontremos. Ansiedad, depresión, temores injustificados, falta de autoestima, anorexia, trastornos psicósomáticos (dolor abdominal, vómitos, dolor de cabeza, etc.), intento de suicidio, conductas agresivas y delincuencia, fracaso escolar, promiscuidad sexual, forman parte de una larga lista de problemas psicológicos ligados al maltrato infantil. Además, es relativamente frecuente que en el futuro, los niños maltratados sean a su vez maltratadores (Rojo, 2003).

Se ha dicho que las familias con poca comunicación entre sí, con una relación pobre, son "causantes" del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros (Crispo, 1998). Sin embargo, también sabemos que un trastorno de esta naturaleza termina generando una relación muy distorsionada dentro de la familia originando enojo, ansiedad, culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación. Por ello no es adecuado adjudicar todo el peso de la responsabilidad a los factores socioculturales, ni a los personales y tampoco a los familiares, parece más lógico pensar que de la combinación de todos ellos resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación (Lira, 2000; citado en Rojo, 2003).

Craig (2000) manifiesta que la estabilidad de las conductas sociales depende en gran parte de la manera en que los padres manejan el reforzamiento de las conductas infantiles. En el proceso de socialización los padres y la familia son sumamente significativos para el aprendizaje del niño, no solamente por que ellos manipulan la recompensa o el castigo en las diferentes acciones manifestadas por el pequeño ya que con frecuencia los padres emplean gestos simbólicos en la crianza de sus hijos como: enfado (real o fingido), amenaza, advertencia, castigo o

agrado. Los emblemas son probablemente los gestos con menores relevancia psicológica pero no por ello dejan de imprimir su huella en aquellos que lo reciben y mas aun si estos son reiterativos, la literatura afirma que los padres son los encargados de transmitir a sus hijos las normas sociales, las costumbres, creencias, valores, formas de vida, comunicación, hábitos, actitudes, estilos de solución de conflictos, forma de vestir, gustos y gracias por medio de los cuales los niños se van adaptando a la sociedad.

Las características familiares pueden PREDISPONER a alguien, o sea, volverlo más vulnerable a tener un trastorno del comer pero en combinación con los rasgos de personalidad del individuo y la incidencia de los factores socioculturales. En seguimiento durante un periodo de aproximadamente diez años a sus pacientes que padecían trastornos de la alimentación se han encontrado ciertas características familiares comunes:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa
- Ausencia de límites generacionales
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico (Crispo, 1998 p.88).

Selvini, Cirillo y Selvini (1999) tras un seguimiento de ocho años en pacientes con anorexia nervosa encontraron que los padres de quienes padecían el trastorno alimentario a veces eran violentos y que habrían tenido episodios de pérdida de control llegando al maltrato físico de su esposa o hijos. En cuanto a las madres de estas mismas pacientes se les denominó *encajadoras de humillaciones* para señalar que se encontró que las pacientes eran constantemente humilladas pero que dichas humillaciones suscitaron en ellas mas rabia que depresión, dicha rabia no pudo ser expresada a causa de la escasa consideración que se les tenía en sus respectivas familias y fue tragada, quedando "sin digerir" dentro de ellas.

Mardomingo (2002) menciona que las características de la interacción familiar son otro aspecto que ha despertado especial interés en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria. La relación anómala entre madres e hijas y el papel de chivo expiatorio de la paciente anoréxica, que contribuye con su enfermedad al equilibrio emocional de la familia, han sido dos aspectos ampliamente abordados por la teoría psicoanalítica. No parece que éste tema este cerrado, sobre todo si se tiene en cuenta la complejidad metodológica de estos trabajos, que explican los resultados discrepantes de los estudios por una parte, y la falta de significación de muchos otros, por otra. Algunos autores (Steiger, Leung y Houle, 1992;

Humphrey, 1989) sugieren que los estudios educativos de la familia pueden ser factores de riesgo en los TCA, así como el control y la organización excesiva formarían parte del medio familiar de muchos pacientes anoréxicas, mientras que el descontrol y el ambiente cargado de críticas serían característicos de la bulimia. Determinadas características de personalidad aparecen también como posibles factores de riesgo. La ansiedad, la inhibición y el autocontrol son propios de la anorexia nervosa, mientras que las dificultades de control y organización, la imposibilidad, la actividad y la habilidad afectiva acompañan la bulimia.

3.1.6. LA MADRE, EL MALTRATO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

También se considera que la figura materna es primordial para la satisfacción de las necesidades del niño. En los casos en que la madre falla al cumplir su función utilizando prácticas de crianza aberrantes como rechazo, golpes, abandono, etc., es considerada como maltratadora (Santamaría, 1993).

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

Estudios realizados en madres maltratadoras han revelado un consistente cuadro de agresividad, rechazo y abandono (Narvárez, 1985; Kempe y cols, 1962; citados por Santamaría, 1993). Muchos padres que maltratan informan que ellos fueron maltratados cuando niños.

Graham, Weiner, Cobb y Henderson (2001) encontraron que las madres maltratadoras reportan más altos niveles de estrés, angustia y perciben la conducta más negativamente de sus hijos infiriendo que estos son más responsables que las madres no maltratadoras.

Stanton (1999) habla de la transmisión generacional del maltrato infantil, sugiere que las mujeres que fueron abusadas sexualmente en su infancia tenderán a exponer a sus hijos a la misma situación cuando sean madres.

Bishop y Leadbeater (1999), en un estudio comparativo de los soportes sociales con que contaban madres maltratadoras y no maltratadoras encontraron que las primeras contaban con menos redes sociales de apoyo, menos contacto con

amistades así como bajos niveles en la calidad del apoyo que reciben de su amistades.

Otros estudios como los realizados por Steele y Pollock (1968; citados por Santamaría, 1993) han encontrado que las madres abusivas han sufrido de carencia materna y posteriormente deficiencias en su propia maternidad. Estas madres maltratadoras habían experimentado una intensa demanda de sus propios padres y en cambio ellas actuaban temiendo el desamor de su hijo, como si este fuera un adulto capaz de proveer confort y amor. Al respecto Green y cols (1974; citados por Santamaría, 1993), reportaron que las madres que han recibido críticas y castigos en su infancia perciben a sus hijos de la forma en que ellas fueron percibidas por sus padres.

Dichos hallazgos indican que es posible que las madres maltratadoras tengan expectativas de sus hijos como si poseyeran las habilidades de un adulto, y por tanto, ellas interpretan ciertos comportamientos normales del desarrollo como si fueran deliberados o como una desobediencia intencional, reflejando a sí creencias distorsionadas de lo que pueden esperar de sus hijos y generalizándolos con otras personas de su entorno (Santamaría, 1993).

3.1.7. ESTUDIOS DE M.I. Y T.C.A.

En la revisión de los estudios internacionales con respecto al Maltrato Infantil y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se encontró que una gran parte de ellos relacionan el abuso sexual infantil como un factor de riesgo para desarrollar un TCA y pocos han puesto atención en otros tipos de maltrato (físico, emocional, psicológico, etc.). Los estudios se presentan en dos apartados, el primero compuesto por artículos que relacionan el abuso sexual, y el segundo aquellos estudios que relacionan además del abuso sexual otro tipo de maltrato infantil, ambos con TCA.

EL ABUSO SEXUAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Oppenheimer, Howells, Palmer y Charlones (1985), iniciaron algunos de los primeros estudios retrospectivos para determinar el papel del abuso sexual en el origen y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estos autores publicaron un primer estudio a partir de una muestra de 78 mujeres que sufrían un trastorno de la alimentación y que recibían tratamiento ambulatorio. En un 70% de los casos detectaron Abusos Sexuales en la Infancia (ASI). Sin embargo, este estudio no pudo dar razón de la existencia de una relación entre el hecho de haber sufrido abusos sexuales y el tipo de trastorno de la alimentación diagnosticado.

Finn, Hartman, León y Lawson (1986), por su parte, estudiaron la relación que existe entre el abuso sexual y la prevalencia de un tipo determinado de trastorno de la alimentación ("bulimia nervosa") en una muestra de N=87 mujeres aquejadas de este tipo de trastorno. La prevalencia del abuso sexual, en este estudio, fue del 57% de las bulímicas.

Steiger y Zanko (1990), realizaron un estudio que fue diseñado para determinar el grado en el cual el abuso sexual, puede tener efectos sobre el desarrollo del estilo de defensa del individuo. Los autores compararon la prevalencia de abuso sexual entre un grupo de 73 individuos con trastornos de la alimentación con dos grupos control: el primero grupo control estaba formado por 21 pacientes psiquiátricos y el segundo grupo control por 24 mujeres normales. Alrededor del 30% de los individuos del grupo con trastornos de la alimentación reconocieron haber sufrido abusos sexuales a lo largo de su vida; esta estadística parecía similar con el porcentaje del grupo control con otro trastorno psiquiátrico (33%), en contraste con el grupo normal (9%). Dentro del grupo con trastornos de la alimentación, la bulimia nervosa corresponde a 44% de las pacientes que mostraron mayor abuso, en contraste a las pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo quienes tenían unos porcentajes significativamente menores de abuso (6%) que el resto de los subgrupos con otro tipo de trastorno de la alimentación. Los resultados obtenidos por dichos autores mencionan que las víctimas del Abuso Sexual en la Infancia (ASI) recurren a menudo a las defensas mal adaptativas como consecuencia del Yo no desarrollado adecuadamente. Los autores sugieren que el abuso sexual puede ser un factor de riesgo para la BN

En un estudio de Waller (1993), cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de abuso sexual en mujeres (N=10) con trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados mostraron que el 50% de las participantes había sufrido abusos sexuales y la prevalencia de este estudio parecía estar relacionada con las características del diagnóstico; las mujeres con trastornos de tipo bulímico tenían tasas significativas más altas de experiencias sexuales no deseadas que las anoréxicas de tipo restrictivo. En otro estudio realizado con N=100 mujeres anoréxicas, Waller (1993) declaró que aproximadamente un 37% de su muestra reveló tener experiencias sexuales no deseadas. De nuevo, los resultados mostraron una estrecha relación entre tener experiencias sexuales no deseadas y el comportamiento purgativo (vómito y abuso de laxantes) característico de la Bulimia.

Welch y Fairburn (1996) llevaron a cabo uno de los primeros estudios controlados con el objetivo de investigar la relación del abuso sexual en la infancia y los trastornos de la conducta alimentaria. Investigaron a cuatro grupos de sujetos: el primero estaba formado por N=50 casos de origen comunitario con bulimia nervosa, el segundo por N=50 individuos controles de procedencia comunitaria

que no tenían ningún trastorno de la alimentación, el tercero por N=50 individuos, también de origen comunitario, con otro tipo de trastornos psiquiátricos (sobre todo depresión) y el último grupo estaba formado por N=50 pacientes hospitalizadas con bulimia nervosa. Los resultados mostraron que un número significativamente más alto de individuos con bulimia nervosa habían sufrido abusos antes de la aparición del trastorno de la alimentación (26%), en comparación con los controles sin trastorno de la alimentación (10%). Sin embargo, no había diferencia entre las tasas de abusos sexuales en los casos de bulimia nervosa y en las de los individuos del grupo control con patología psiquiátrica (24%). Un resultado sorprendente de este estudio fue el reducido número de casos clínicos (sujetos hospitalizados) de bulimia nervosa que habían sufrido abusos sexuales (16%). Welch y Fairburn concluyeron que el abuso sexual infantil incrementa el riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos, entre los que se incluyen la bulimia nervosa, pero que este incremento del riesgo no es específico de los trastornos de la alimentación.

Chandy, Blum, y Resnick (1997), realizaron una investigación para explorar el rendimiento escolar, la participación suicida, los trastornos de la conducta alimentaria, el riesgo de embarazo y el empleo de sustancias en una muestra de 1,011 adolescentes mujeres con una historia de abuso sexual y un grupo de 1,011 adolescentes mujeres sin una historia de abuso. Los resultados muestran que los sujetos que sufrieron abuso sexual tenían rangos más altos de estos resultados adversos que los sujetos no abusados. Cabe destacar entre los sujetos abusados, los factores protectores incluyeron un grado más alto de religiosidad y búsqueda de salud a través de consultas de chequeo médico. Los factores de riesgo que aumentaron la probabilidad de resultado adverso, fueron el empleo de sustancias, bajo rendimiento escolar y el empleo de alcohol de las madres, acontecimientos familiares estresantes durante el año anterior al estudio, y la preocupación de la coacción sexual actual.

Wonderlich, Crosby, Mitchell, Roberts, Haseltine, DeMuth y Thompson (2000), realizaron una investigación para probar si el abuso sexual infantil aumentaría el riesgo de TCA en niños. Los datos obtenidos de 20 niños sexualmente abusados fueron comparados con datos obtenidos de 20 niños control no abusados. Todos los sujetos de las muestras eran femeninos entre los 10 y 15 años. Los sujetos completaron una batería de evaluación de pruebas relacionando los comportamientos de trastornos de la conducta alimentaria, la preocupación (el interés) de la imagen corporal, y la historia del trauma de la niñez. La comparación de los 2 grupos reveló que los niños abusados tenían los niveles más altos de insatisfacción corporal, el uso de laxantes y purgas además de hacer dieta. Por otro lado, los niños abusados relataron comer menos que los niños control cuando ellos se sintieron emocionalmente el abuso. En estos niños existía menos probabilidad de exponer tendencias perfeccionistas, pero mostraron desear cuerpos más delgados (finos).

Thompson, Wonderlich, Crosby, Redlin y Mitchell (2002), examinaron las secuelas de abuso sexual en la niñez y los trastornos de la alimentación en mujeres; determinando si la severidad del abuso fue asociada con el inicio de síntomas de trastornos alimentarios TCA (hacer dieta extrema o comer en exceso); evaluaron la trayectoria del abuso, los trastornos de la alimentación, comportamientos impulsivos y autodestructivos. La muestra fue de N=51 mujeres víctimas de abuso. Los resultados muestran que el suceso de abuso y comportamientos impulsivos y autodestructivos eran dependientes del número de síntomas de trastornos alimentarios descritos; a mayores síntomas, mayores reportes de abusos. Se concluyó que el abuso sexual es al menos un factor de riesgo variable para trastornos alimentarios, comportamientos impulsivos y autodestructivos.

ESTUDIOS QUE INCLUYEN ABUSO SEXUAL Y OTROS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y SU RELACION CON LOS TCA

Folsom, Krahan, Nairn, Gold, Demitrack y Silk (1993), publicaron un estudio controlado donde compararon las tasas de maltrato físico y abuso sexual en una muestra de N=102 mujeres con trastornos de la alimentación con otro grupo control de N=49 mujeres con trastornos psiquiátricos de tipo general. No se encontraron diferencias en las tasas de abuso y maltrato entre ambos grupos: el abuso sexual y el maltrato físico se dieron respectivamente en el 69 y 51% de la muestra de pacientes con trastornos de la alimentación, y el 58 y 56% en la muestra de pacientes con trastornos psiquiátricos en general. Tampoco se encontró relación entre haber sufrido abusos sexuales y la gravedad de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, dentro del grupo con trastornos de la alimentación, los individuos que habían sufrido algún tipo de abuso padecían alteraciones psiquiátricas más graves, de naturaleza fóbica y obsesiva, que los individuos que no los habían sufrido. Estos autores consideran, a partir de sus resultados, que las experiencias de abuso físico y sexual pueden estar relacionadas con un aumento de la tensión psicológica, y un aumento de la sintomatología de los trastornos de la alimentación.

En un estudio realizado por Rorty, Yager y Rosotto (1994), que consistió en relacionar los aspectos del castigo físico infantil y el ambiente familiar con la bulimia nervosa, se encontró que los sujetos con bulimia se percibían a si mismo como más merecedores de castigo físico que sus pares que no tenían un trastorno de la conducta alimentaria a pesar de que habían recibido un castigo más duro y arbitrario. Los autores compararon N=80 mujeres con un historial de bulimia nervosa con N=40 mujeres que nunca habían sufrido un trastorno de la alimentación o problemas relacionados con este tipo de trastorno. Las pacientes bulímicas habían sufrido durante su infancia más maltrato físico, psicológico y abusos múltiples. Dichos autores también mencionan que los niños maltratados,

especialmente aquellos que fueron maltratados tempranamente y a través del tiempo, tienden a internalizar la idea de que son malos, sin valía y culpables, por tanto merecen el castigo que reciben, es por ello que quizá se justifica dicha percepción. Los resultados que obtuvieron dichos autores sugieren que el maltrato físico infantil es más común entre mujeres con una historia de bulimia nervosa y está asociada con una mayor disfunción familiar global. Aunque las mujeres bulímicas percibían su castigo como más severo y arbitrario en comparación al grupo sin trastorno alimentario ellas se creían más merecedoras de tal castigo. Los autores concluyeron que sus resultados subrayaban la necesidad de tener en cuenta experiencias de maltrato físico, psicológico en pacientes con un TCA y advirtieron el peligro de limitarse a estudiar los abusos de tipo sexual exclusivamente.

Welch, y Fairburn (1996), examinaron si el abuso sexual o físico en la niñez o la adolescencia aumenta el riesgo que se desarrolle bulimia nervosa (BN), y si cualquier aumento del riesgo es específico a BN más bien, que ser común a trastornos psiquiátricos en general. Su muestra estuvo formada por N=102 mujeres jóvenes adultas (entre 16-35 años) con BN que fueron comparadas con N=204 sujetos control sin un trastorno alimentario, y con N=102 sujetos control con otros trastornos psiquiátricos. El abuso fue reportado por una mayoría de sujetos con trastorno psiquiátrico, el abuso sexual que implica el contacto físico fue descrito en el 35 % de sujetos con BN; estas situaciones eran más comunes en estos grupos que en normales control. Sin embargo, no había diferencias significativas entre los casos de BN, con el trastorno general psiquiátrico, excepto en la categoría de abuso sexual repetido severo. Esto era más común en los casos de BN. Los resultados muestran que abuso sexual y abuso físico son ambos factores de riesgo para el desarrollo de BN. Sin embargo, ellos no parecen ser factores de riesgo específicos a BN; más bien parecen ser factores de riesgo para el trastorno psiquiátrico en general en mujeres jóvenes adultas.

Kinzl, Mangweth, Traweger y Biebl (1997), exploraron la posible relación del abuso sexual en la niñez, abuso físico, y el contexto familiar disfuncional con el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en adultos masculinos. Varios cuestionarios anónimos fueron distribuidos a 30 estudiantes hombres universitarios. Del total de la muestra el 4.0 % había experimentado el abuso sexual en la niñez, el 3.6 % habían sido las víctimas de abuso físico, el 26.2 % divulgó un historial de familia adverso. Así también el 4.6 % tenía un riesgo aumentado para desarrollar un trastorno alimentario. No había ninguna diferencia significativa del riesgo para desarrollar un trastorno alimentario entre víctimas y no víctimas, pero había un riesgo considerablemente elevado para trastornos alimentarios en hombres con un historial de familia adverso. Las conclusiones sugieren que relaciones familiares duraderas negativas, en particular en la conexión con experiencias físicamente abusivas, puedan aumentar el riesgo para trastornos alimentarios.

ACKard, NeumarkSztainer, Hannan, French y Store (2001), estudiaron las asociaciones entre atracones, conductas de purga, el abuso sexual y el maltrato físico en una muestra formada por N=6728 adolescentes. Los atracones y comportamiento purgativo se presentaron con una prevalencia doble entre las mujeres 13% que entre varones 7% y estaban relacionados de modo significativo con todos los tipos de abusos. Los autores también descubrieron que el hecho de discutir las experiencias de abuso con otra persona podía ayudar a reducir el comportamiento de purga y atracón, ya que los adolescentes que habían sufrido de abusos y no hablaron de su problema tenían mayor probabilidad de manifestar esos comportamientos que aquellos que si hablaron sobre su experiencia.

Williamson, Thompson, Anda, Dietz, y Felitti (2002), realizaron un estudio de las asociaciones entre abuso infantil, peso corporal adulto, y riesgo de obesidad, en una muestra de N=13,177 individuos (entre los 19-92 años), se realizaron revisiones acerca de experiencias durante sus primeros 18 años de vida en cuanto a: (1) abuso sexual; (2) abuso verbal; (3) miedo de abuso físico; (y 4) abuso físico. Se incluyeron datos adicionales con respecto al peso. Los resultados muestran que el 66 % de sujetos informaron uno o más tipos de abuso. El abuso físico y el abuso verbal fueron los más frecuentes además de que fueron asociados con el peso corporal alto y la obesidad. Comparado con sujetos que no reportaron ningún abuso físico, los sujetos quienes informaron "a menudo haber sido golpeados y perjudicados" se mostraron 4 kilogramos más pesados por regla general, los sujetos quienes informaron "ser a menudo verbalmente abusado" se mostraron más pesados que aquellos que no reportaron ninguna historia de abuso verbal. Las asociaciones de abuso no eran mutuamente independientes, porque los tipos de abuso con frecuencia se realizaban simultáneamente. El riesgo de obesidad aumentó con el número y la severidad de cada tipo de abuso. Concluyendo que el abuso infantil esta asociado con la obesidad adulta. La prevención del abuso infantil puede disminuir la obesidad adulta.

Lockwood, Lawson, y Waller (2004) sugieren que hay pruebas considerables de un vínculo entre el trauma infantil y la presencia de comportamientos impulsivos y TCA en algunos individuos. Sin embargo, no hay ninguna investigación que pruebe la posibilidad de los vínculos con comportamientos compulsivos en este grupo, a pesar de que hay pruebas que tanto comportamiento impulsivo como comportamientos compulsivos pueden servir para afectar funciones de regulación en los TCA. Con base en lo anterior los autores realizaron un estudio de N=62 mujeres con TCA donde se examinaron los vínculos potenciales entre las formas diferentes de trauma o maltrato infantil (emocional, físico, sexual) y comportamientos compulsivos simples (limpieza, comprobación). Cada mujer fue entrevistada para establecer el diagnóstico, la historia del trauma, y la presencia de comportamientos obsesivos de comprobación y limpieza. Los análisis demostraron que no había ningunas asociaciones de abuso emocional o físico con

comportamientos como la comprobación o la limpieza. Sin embargo, había una asociación significativa de abuso sexual infantil con la presencia de TCA. Aunque una nueva investigación sea necesaria para establecer la generalización de esta conclusión a través del grupo diagnóstico y medidas, esto implica que el tratamiento de pacientes con TCA, así como con el obsesivo compulsivo que presentan comportamientos obsesivos de limpieza podrían incluir un indicio sobre las consecuencias cognoscitivas y afectivas de abuso sexual infantil.

Grilo, Masheb, Brody, Toth, Burke-Martindale y Rothschild (2005), en un estudio de la asociación norteamericana para el estudio de la obesidad, realizaron una investigación de la percepción de maltrato sufrido en la infancia en sujetos extremadamente obesos y que son candidatos a cirugía gástrica de puente para bajar de peso. La muestra N=340 (58 hombres y 282 mujeres) contestaron el cuestionario de trauma de la niñez que fue dado para determinar el maltrato infantil. Los resultados muestran que el 69% de los pacientes divulgaron algún tipo de abuso. De los cuales el 46% divulgaron abuso emocional, el 29% reportaron el abuso físico, el 32% abuso sexual, el 49% negligencia emocional, y el 32% negligencia física. A excepción de índices más altos del abuso emocional divulgados por las mujeres, diversas formas de maltrato no diferenciaron perceptiblemente por el sexo. Diversas formas de maltrato no fueron asociadas generalmente a compulsión por abuso de comida, el abuso emocional fue asociado a preocupaciones por la comida y a la insatisfacción corporal, la negligencia emocional fue asociada a obsesiones por la comida. En términos del funcionamiento psicológico, el abuso emocional y la negligencia emocional fueron asociados a una depresión más alta y a una autoestima más baja, y el abuso físico fue asociado a una depresión más alta. Los candidatos extremadamente obesos a la cirugía divulgaron índices del maltrato altos, y es asociado perceptiblemente a una depresión más alta y a una autoestima más baja.

Camacho y Jiménez (2005), investigaron la relación entre la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la obesidad como factores de riesgo en trastornos de la alimentación en una muestra de N1=80 niños, de los cuales n=40 de 6 a 8 años y n=40 preadolescentes de 9 a 12 años, de ambos sexos, de una escuela pública que cursaban el nivel primaria, hijos de madres maltratadoras que acudían a un Centro de Atención Psicoterapéutico y N2=80 niños hijos de madres que no ejercían maltrato. Los resultados mostraron que en el sexo femenino la gran mayoría de ellas se inclinan hacia una insatisfacción positiva, es decir desean ser más delgadas, sin embargo, en las mujeres maltratadas (niñas 74% y preadolescentes 67%), predomina a un más su porcentaje de insatisfacción. En relación a los niños y preadolescentes varones maltratados, un porcentaje se apreció con un peso normal y a la vez pretenden continuar con esta misma figura, en cuanto a los hombres no maltratados de 6 a 8 años creen tener un peso bajo y los hombres de 9 a 12 años, también no maltratados, consideran de forma equitativa en peso normal y sobrepeso, empero,

ambos grupos pretenden continuar con un peso normal. Con relación a la actitud hacia la obesidad se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, encontrando una actitud negativa hacia la obesidad en el caso de las mujeres. Se encontraron diferencias con tendencia a la significancia en lo que respecta al maltrato y no maltrato, tanto en niños como preadolescentes, teniendo los niños maltratados una preocupación mayor hacia la obesidad, así como también las mujeres preadolescentes maltratadas.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

CAPITULO CUATRO: PLAN DE INVESTIGACION Y MÉTODO

4. PLAN DE INVESTIGACION Y MÉTODO

- 4.1 Propósito del estudio.
- 4.2 Planteamiento del problema.
- 4.3 Hipótesis.
- 4.4 Definición de variables.
- 4.5 Diseño de investigación.
- 4.6 Muestra.
- 4.7 Instrumentos.
- 4.8 Procedimiento.

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

4.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El objetivo de esta investigación fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de adolescentes con maltrato alto y otro con maltrato bajo con respecto a las variables satisfacción/insatisfacción con imagen corporal, alteración de la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Se encontrarán diferencias significativas en las variables: satisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolares (hombres y mujeres) de secundaria y que reciben maltrato alto respecto a aquellos que reciben maltrato bajo?.

4.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si se comparan las respuestas de dos grupos con diferentes valores de la variable grado de maltrato (alto y bajo), ¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en relación con?:

- Satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal
- Alteración de la imagen corporal (sobrestimación/subestimación)
- Conducta alimentaria de riesgo (conducta alimentaria compulsiva)
- Conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida)

¿Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación con?:

- Satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal
- Alteración de la imagen corporal (sobrestimación/subestimación)
- Conducta alimentaria de riesgo (conducta alimentaria compulsiva)
- Conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida)

4.4 DEFINICION DE VARIABLES

Independientes

- Grado de maltrato (bajo y alto), Hijos que reciben maltrato (bajo y alto).
- Sexo (hombres y mujeres).

Dependientes

- Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal
- Alteración de la imagen corporal
- Conducta alimentaria de riesgo

Definición conceptual

Variables independientes:

MALTRATO: Para Gracia y Musitu (1993) maltrato infantil es cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un niño menor de edad (18 años) ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño.

MADRE CON MALTRATO ALTO: Se ha considerado a la madre como agente primordial para la satisfacción de las necesidades del niño, se estima que madre maltratadora es aquella que no cumple con su función satisfactoria, que falla al cumplir dicha tarea utilizando prácticas de crianza inapropiadas como rechazo, golpes, castigos, abandono, etc. (Santamaría, 1993).

MADRE MALTRATO BAJO: Se define como la madre que propicia el desarrollo óptimo y normal de su hijo con prácticas de crianza que no impliquen maltrato (Santamaría, 1993). Según Deutsch (1960) la madre no maltratadora se relaciona con su hijo satisfaciendo las necesidades de este, sin recurrir a la violencia; esta relación se inicia desde la concepción y se extiende con los procesos fisiológicos posteriores.

SEXO: diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción (Microsoft® Encarta® 2003).

Variables dependientes:

SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL: La imagen corporal queda entendida como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997). El grado de satisfacción / insatisfacción se

entiende como la discrepancia entre la figura actual y la figura ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL: se refiere al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, o sea, a la diferencia existente entre peso real y peso imaginario. Peso real es el resultado de la medición realizada con báscula y/o el Índice de Masa Corporal. El peso imaginario es un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios valorativos, que se ponen en acción cuando el sujeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO. Son los relacionados con la conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse algunos de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico ("engordadores") y consumo de productos "light" (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Definición operacional

Variables independientes:

MALTRATO: se consideró maltrato cuando la puntuación alcanzó un punto de corte que va de 123 a 413 en la Escala para Detección de Madres Maltratadoras.

MALTRATO ALTO MUESTRAL. Fue considerado cuando los participantes alcanzaron puntajes mayores al percentil 75 del total de la muestra efectuada.

MALTRATO BAJO MUESTRAL. Fue considerado cuando los participantes se encontraron en los puntajes menores al percentil 25 del total de la muestra efectuada.

Variables dependientes:

SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL: Se considera que la persona tiene insatisfacción con su imagen corporal cuando se obtiene una diferencia entre la figura actual menos la figura ideal, a mayor sea la diferencia mayor será la insatisfacción. Se considera que la persona tiene satisfacción con su imagen corporal cuando el resultado de la diferencias de la figura actual menos la figura ideal sea igual a cero. Se considera insatisfacción positiva cuando la persona desea estar más delgada e insatisfacción negativa cuando la persona desea estar más "llenita" (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL: diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el Índice de Masa Corporal (IMC). Si la diferencia es igual a cero no hay alteración de la imagen corporal; sin embargo, si la diferencia es positiva hay sobreestimación y si es negativa hay subestimación de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO: Se define operacionalmente como los puntajes obtenidos mediante la aplicación de una Escala que detecta Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1998)

4.5 DISEÑO DE INVESTIGACION.

La investigación fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. Se trabajó con un diseño de 2 X 2 con observaciones independientes.

4.6 MUESTRA.

Se trabajó con dos muestras no probabilísticas, la primera estuvo compuesta por las madres de los adolescentes $N=67$, de las cuales $n_1=32$ madres con maltrato alto con una media de edad de 38.27 y (D.E.=5.29) y $n_2=35$ madres con maltrato bajo con una media de edad de 39.21 y (D.E.=5.52).

La segunda muestra estuvo formada por los adolescentes $N=67$ la cual se subdividió en los grupos: $n_1=12$ adolescentes hombres con maltrato alto con una media de edad de 14.15 y (D.E.=0.81), $n_2=20$ adolescentes mujeres con maltrato alto con una media de 14.00 y (D.E.=0.56), $n_3=13$ adolescentes hombres con maltrato bajo con una media de 12.83 y (D.E.=3.46) y $n_4=22$ adolescentes mujeres con maltrato bajo con una media de 13.95 y (D.E.=0.65). Los adolescentes se encontraron en un rango de edad entre 12 y 15 años.

4.7 INSTRUMENTOS

Se utilizó la **Escala para Detección de Madres Maltratadoras** (Pérez Espinosa, 2000), compuesta por 107 reactivos tipo Likert con 4 opciones de respuesta para detectar madres maltratadoras así como para evaluar el nivel de maltrato y frecuencia con la que se maltrató a sus hijos. El instrumento detecta la frecuencia y no la intensidad del maltrato. Este instrumento presenta alto grado de confiabilidad y un coeficiente de consistencia interna de 0.96.

Se utilizó el **Cuestionario de alimentación y salud** de Gómez Pérez-Mitré (1998). Con formato mixto para hombres y mujeres y cuyos ítems se calificaron de tal manera, que el puntaje más alto se da a la respuesta que implique mayor problema. Este cuestionario ha arrojado un coeficiente de clasificación correcta de 87.27% (análisis discriminante) y coeficientes de consistencia interna de .80 a .85, con muestras de estudiantes de diferentes tamaños. El instrumento está compuesto por diversas escalas de las cuales se utilizaron aquellas que exploran las siguientes áreas:

- Datos sociodemográficos
- Factores de riesgo relacionados con imagen corporal (satisfacción/insatisfacción, alteración)
- Factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria de riesgo.

Control de varianza externa:

- Nivel socioeconómico (secundarias públicas de la misma zona)
- Escolaridad (2° y 3° de secundaria)
- Ausencia de problemas físicos notorios, esto es, que no tengan discapacidad alguna y que no asistan a tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico alguno.

4.8 PROCEDIMIENTO

Se consiguió autorización en la dirección de una escuela secundaria pública, ubicada en la zona oriente de la Ciudad de México; informando a los directivos la importancia que tiene la investigación psicológica con respecto al tema de la relación entre factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y el maltrato infantil con el propósito de generar programas preventivos al respecto. Se programó levantar los cuestionarios de las madres, en una junta con motivo escolar; en esa ocasión se les informó el objetivo de dicha investigación a las madres y posteriormente, se les invitó a participar voluntariamente. A las madres que aceptaron participar se les proporcionaron las instrucciones generales y del contenido del cuestionario Escala de Detección de Madres Maltratadoras, dando un tiempo de aplicación aproximado de 40 minutos. En otra sesión se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud a los adolescentes de los grupos que contestaron las madres y se procedió a tomar medidas antropométricas de los adolescentes.

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

CAPITULO CINCO: RESULTADOS

5. RESULTADOS

- 5.1 Descripción de la muestra de madres.
- 5.2 Descripción de las muestras de los hijos.
- 5.3 Descripción de las variables de estudio.
- 5.4 Descripción de las pruebas de hipótesis.

RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue investigar si existen diferencias significativas en los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en dos grupos con diferente grado de maltrato (alto y bajo) y comparado por sexo (hombres y mujeres); de este modo, se pretende determinar si los factores de riesgo "insatisfacción con la imagen corporal", "alteración de la imagen corporal" y "conducta alimentaria de riesgo", difieren significativamente cuando se realiza dicha comparación. Para lograr esta meta se procedió al análisis de los datos recolectados con el programa estadístico SPSS 11.00. Los resultados obtenidos se exponen enseguida.

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE MADRES

Descripción de la muestra de madres atendiendo las características sociodemográficas:

Edad y condición de maltrato

Se aplicó un cuestionario para detectar maltrato infantil a un grupo de 125 madres de adolescentes de 2º y 3er grado de secundaria. Posteriormente, se dividió la muestra por nivel de maltrato a través de los valores menores al percentil 25 como maltrato bajo y mayores de 75 como maltrato alto (ver Tabla 1), de forma que los grupos quedaron integrados de la siguiente manera n1=35 madres que ejercen maltrato bajo y n2=32 madres que ejercen maltrato alto.

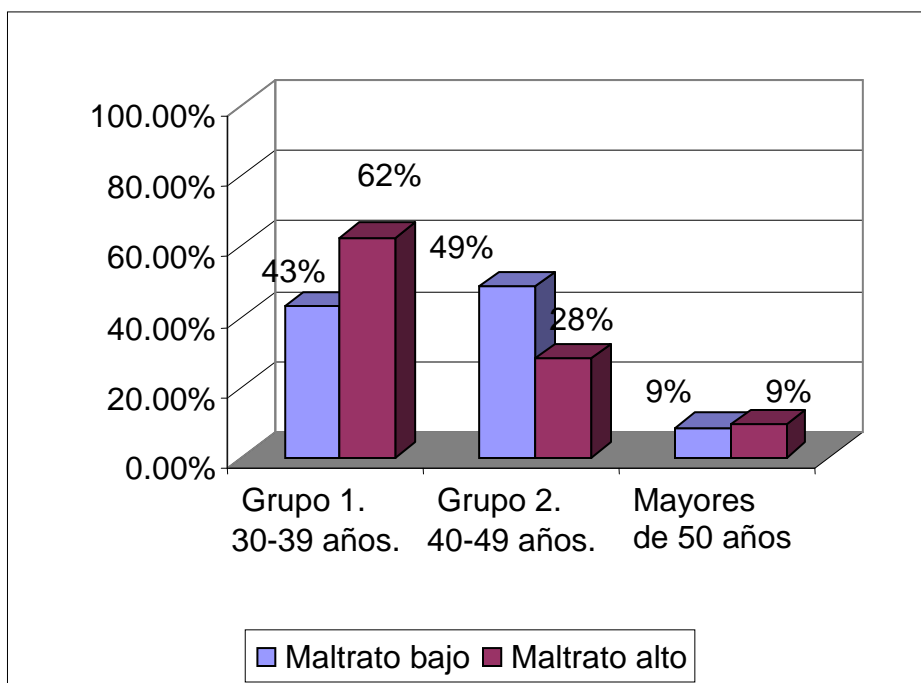
Tabla 1. Puntos de corte para la clasificación de niveles de maltrato

Cuartiles	Puntuación	n	Nivel de maltrato
Menor o igual a 25	129.5	35	Maltrato bajo
Mayor o igual a 75	155.0	32	Maltrato alto
Total	N	67	

EDAD

En relación con la variable edad se dividió a las madres que participaron en el estudio en tres rangos de edad 1) madres de 30 a 39 años, 2) madres de 40 a 49 años y 3) madres de 50 años en adelante. Se encontró que la mayoría de las madres con maltrato alto (62%) se localizaron en el rango de edad de 30 a 39 años, otro porcentaje importante (28%) de las madres con maltrato alto se localiza en el rango de 40 a 49 años, así como sólo el (9%) de las maltratadoras se encontró en el rango de 50 años en adelante. Mientras que la mayor parte de maltrato bajo (49%) mencionan tener una edad entre 40 a 49 años (Ver figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de la variable edad de la madre por grupo.



ESTADO CIVIL

Las madres con maltrato bajo reportaron en su mayoría (83%) ser casadas o vivir en unión libre, encontrándose en esa misma categoría, un porcentaje menor (69%), pero también importante en madres con maltrato alto. También se encontró un mayor porcentaje (13%) en las categorías soltera y separada con maltrato alto en comparación con maltrato bajo (9% y 6%) respectivamente (Ver tabla 2).

TABLA 2. Distribución porcentual de la variable estado civil por grupo

		grupo por maltrato		Total
		Bajo	alto	
Estado Civil de la Madre	soltera	9%	13%	10%
	casada o unión libre	83%	69%	76%
	separada	6%	13%	9%
	viuda		2%	2%
	divorciada	2%	3%	3%
total		100.0%	100.0%	100.0%

SEXO DEL HIJO

La mayoría de las mamás (64%) encuestadas manifiestan tener hijos del sexo femenino en contraste con el 36% del sexo masculino. En los grupos de maltrato se manifestó que el maltrato alto se ejerció (59%) en mujeres en relación con el maltrato alto en varones se efectuó en un 41% de los mismos (Ver tabla 3).

TABLA 3. Distribución porcentual de la variable sexo de los hijos por grupo.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
grupo por maltrato	bajo	31%	69%	100.0%
	alto	41%	59%	100.0%
	Total	36%	64%	100.0%
total		100.0%	100.0%	100.0%

ESCOLARIDAD

Las madres con maltrato bajo (40%) y con maltrato alto (31%) reportaron tener en porcentajes importantes una escolaridad de secundaria completa; otro porcentaje que llama la atención fue el de madres con maltrato alto (22%) y madres con maltrato bajo (16%) que cuentan con estudios técnicos. (Ver tabla 4).

TABLA 4 Distribución porcentual de la variable nivel escolaridad por grupo.

		grupo por maltrato		Total
		Bajo	alto	
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	primaria completa	6%	22%	13%
	primaria incompleta	6%	6%	6%
	secundaria completa	40%	31%	36%
	secundaria incompleta	6%	4%	5%
	bachillerato completo	6%		3%
	bachillerato incompleto	8%	6%	8%
	estudios técnicos completos	16%	22%	19%
	estudios técnicos incompletos		9%	4%
	profesional completo	6%		3%
	profesional incompleto	6%		3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

JORNADA DE TRABAJO

La mayoría de las madres (49%) reportaron que no trabajan, mientras que el 25% mencionó que trabaja en horario completo. En relación con los grupos de maltrato el 34% de las madres de maltrato alto señaló trabajar horario completo, mientras que el 47% de las mismas no trabaja. El cuanto al maltrato bajo, el 51% mencionó que no trabaja y un porcentaje significativo 20% describió que trabaja medio tiempo (Ver tabla 5).

TABLA 5. Distribución porcentual de la variable jornada de trabajo por grupo.

		TRABAJA				Total
		Si, medio tiempo	Si, tiempo completo	Si, más de tiempo completo	No trabaja.	
grupo por maltrato	Bajo	20%	17%	11%	51%	100.0%
	Alto	9%	34%	9%	47%	100.0%
Total		15%	25%	10%	49%	100.0%

OCUPACIÓN

En cuanto a las ocupaciones importantes en el grupo de madres con maltrato alto 47% de ellas se dedican al hogar y 16% fueron comerciantes. En el grupo de madres con maltrato bajo, el 51% informó dedicarse al hogar y el 14% es secretaria (Ver tabla 6).

TABLA 6. Distribución porcentual de la variable ocupación por grupos.

		Grupo por maltrato		Total
		bajo	alto	
OCUPACIÓN DE LA MADRE	Asesor sindical	3%	3%	3%
	Cocinera		3%	2%
	Comerciante	3%	16%	9%
	Costurera	3%	3%	3%
	Empleada	3%	3%	3%
	Empleada domestica	12%	9%	9%
	Empleada federal	3%	3%	3%
	Enfermera	3%		2%
	Hogar	51%	47%	49%
	Obrera	3%	3%	3%
	Responsable comunitaria	3%		2%
	Secretaria	14%	6%	10%
técnico cómputo	3%		2%	
Total		100.0%	100.0%	100.0%

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES

La descripción de la muestra de adolescentes las características sociodemográficas es la siguiente.

Edad y Condición de maltrato.

Se aplicó a un grupo de 67 adolescentes entre 12 y 15 años, el cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) con el objetivo de conocer los diferentes aspectos relacionados con la salud integral y datos sociodemográficos. La muestra se subdividió en 4 subgrupos n1=masculino con maltrato bajo, n2=masculino con maltrato alto, n3=femenino con maltrato bajo y n4=femenino con maltrato alto.

Edad. Se encontró que el 66% de los adolescentes se encontraron en la edad de 14 años de los cuales el 33% se consideró con maltrato alto (Ver figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de la variable edad del adolescente por grado de maltrato.

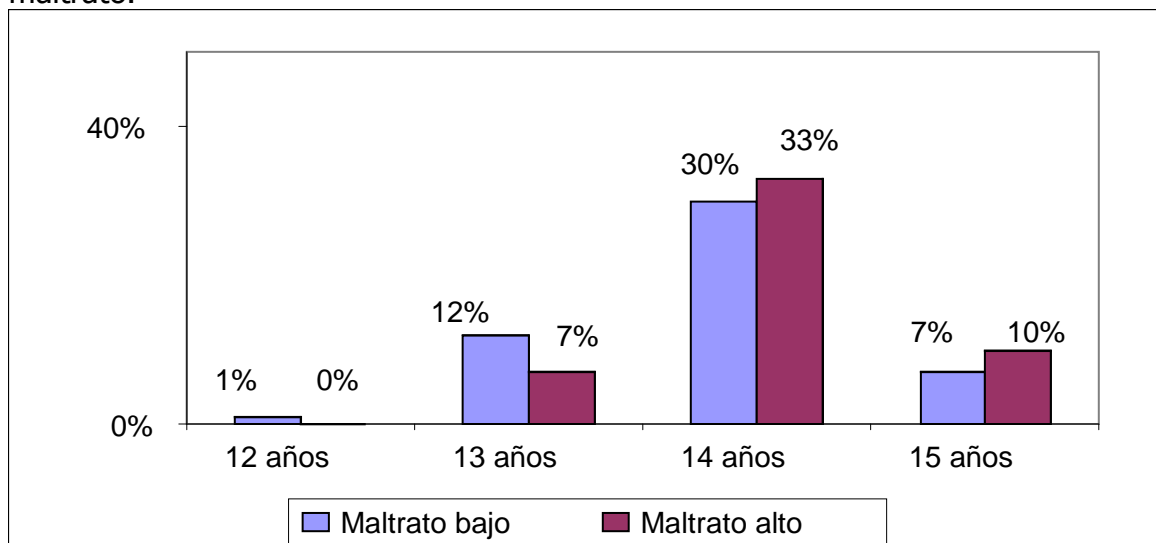


TABLA 7. Distribución porcentual de los grupos grado de maltrato y por género.

Grupos de maltrato	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Bajo	48%	52%	100%
Alto	52%	48%	100%

¿TRABAJAS?

Se encontró que un gran porcentaje de los adolescentes varones 76% con maltrato alto y bajo y 93% de adolescentes femeninas con maltrato alto y bajo reportaron no trabajar. En relación con los hijos que se identificaron con maltrato alto, el 39% de los varones y el 10% de adolescentes femeninas trabajaban (Ver tabla 8).

TABLA 8. Distribución porcentual de la variable trabajo por grupo.

Sexo	Grado de maltrato	¿Trabajas?		Total
		Si	No	
HIJO	Maltrato Bajo	8%	92%	100%
	Maltrato alto	39%	61%	100%
Total		24%	76%	100%
HIJA	Maltrato Bajo	5%	95%	100%
	Maltrato alto	10%	90%	100%
Total		7%	93%	100%

¿VIVES CON?

Los participantes reportaron en gran mayoría (81%) que viven con su familia nuclear mientras que el 19% de los adolescentes mencionó con un solo padre; así mismo en relación al maltrato alto se encontró que el 100% de los hijos y el 85% reportaron vivir con la familia nuclear (Ver tabla 9).

TABLA 9. Distribución porcentual de la variable vives con.

Sexo	Grado de maltrato	¿Vives con?		Total
		Familia nuclear	Un solo padre	
HIJO	Maltrato Bajo	92%	8%	100%
	Maltrato alto	100%	-	100%
Total		96%	4%	100%
HIJA	Maltrato Bajo	77%	23%	100%
	Maltrato alto	85%	15%	100%
Total		81%	19%	100%

LUGAR ENTRE LOS HERMANOS

Los hijos con maltrato alto mencionaron ser el mayor entre sus hermanos en un 54%; las hijas con maltrato alto reportaron ser la mayor en un 35%. Los hijos con maltrato bajo señalaron ser el mayor en un 42% en tanto que las hijas con maltrato bajo mencionaron ser la mayor en un 50% (Ver tabla 10).

TABLA 10. Distribución porcentual de la variable lugar que ocupas entre los hermanos.

SEXO	Grado de maltrato	¿Lugar entre hermanos?				Total
		HIJO (A) UNICA (A)	SOY EL MAYOR	LUGAR INTERMEDIO	SOY EL MÁS CHICO	
HIJO	Maltrato Bajo	8%	42%	25%	25%	100%
	Maltrato alto		54%	15%	31%	100%
	Total	4%	48%	20%	28%	100%
HIJA	Maltrato Bajo	18%	50%	18%	14%	100%
	Maltrato alto	10%	35%	25%	30%	100%
	Total	14%	43%	21%	21%	100%

DESARROLLO PUBERAL

Los adolescentes varones reportaron en su mayoría (48%) la primera emisión nocturna en un rango de edad de 9 a 11 años y las adolescentes femeninas (60%) su primera menstruación de 12 a 14 años. De los hijos maltratados, la mayoría (61%) presentaron su primera emisión nocturna de 9 a 11 años mientras que de los hijos no maltratados tuvieron emisión nocturna de 12 a 14 años en un 58%. De las adolescentes maltratadas tuvieron en su mayoría (60%) su primera menstruación a la edad de 12 a 14 años (Ver tabla 11).

TABLA 11. Distribución porcentual de la variable desarrollo puberal.

SEXO	Grado de maltrato	Edad de menarquia y emisión nocturna					Tota
		MENOS DE 9 AÑOS	9 A 11 AÑOS	12 A 14 AÑOS	15 A 17 AÑOS	21 0 MÁS	
HIJO	Maltrato Bajo	8%	33%	58%	-	-	100%
	Maltrato alto	-	61%	23%	15%	-	100%
	Total	4%	48%	40%	8%	-	100%
HIJA	Maltrato Bajo	9%	32%	59%	-	-	100%
	Maltrato alto	10%	30%	60%	-	-	100%
	Total	10%	31%	59%	-	-	100%

¿HAS TENIDO O TIENES VIDA SEXUAL ACTIVA?

En su mayoría (95%) de los participantes reportaron no haber tenido vida sexual en contraste sólo el 5% mencionó haber tenido actividad sexual. El 12% de los varones y el 5% de las mujeres respondieron afirmativamente. Ninguno de los hijos con maltrato bajo reportó tener vida sexual activa; en contraste, el 23% de los que recibían maltrato alto contestaron afirmativamente. Porcentajes bajos en ambos grupos de mujeres (5 y 6%) respectivamente respondieron afirmativamente (Ver tabla 12).

TABLA 12. Distribución porcentual de la variable vida sexual activa.

SEXO	Grado de maltrato	Vida sexual?		Total
		NO	SI	
Hijo	Maltrato bajo	100%		100%
	Maltrato alto	77%	23%	100%
	Total	88%	12%	100%
Hija	Maltrato bajo	95%	5%	100%
	Maltrato alto	94%	6%	100%
	Total	95%	5%	100%

5.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

SATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL.

Para conocer si los adolescentes se encuentran satisfechos o insatisfechos con su imagen corporal, al valor que se le asigna a la figura actual se le restó el valor asignado a la figura ideal, si el adolescente eligió la misma figura para actual y para ideal (quiere ser igual que como se percibe) el resultado era cero que se interpreta como satisfacción, si la diferencia es positiva eran adolescentes insatisfechos porque quieren estar más delgados y si el resultado es negativo eran insatisfechos porque deseaban estar más gruesos (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Dentro del grupo de varones con maltrato bajo, un gran porcentaje (50%) mostró insatisfacción negativa y deseaban ser más gruesos, en contraste con un 17% que mostró insatisfacción positiva. Por otro lado, un porcentaje importante (39%) de participantes varones con maltrato alto manifestaron insatisfacción positiva, deseaban ser más delgados (Ver figura 2). En el grupo de participantes femeninas con maltrato bajo, el porcentaje más importante (63%) mostraron insatisfacción positiva, es decir, deseaban ser más delgadas; en contraste con el 14% del grupo que deseaba ser más gruesa; el 45% de las adolescentes con maltrato alto deseaban ser más delgadas (Ver figura 2A).

FIGURA 2. Distribución porcentual de la variable satisfacción con la imagen corporal masculina.

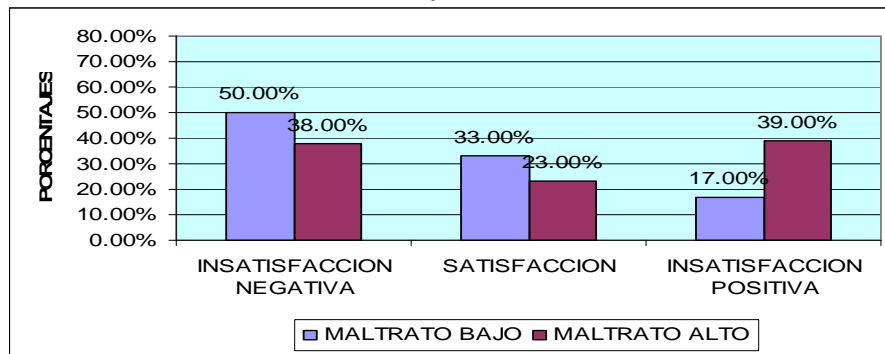
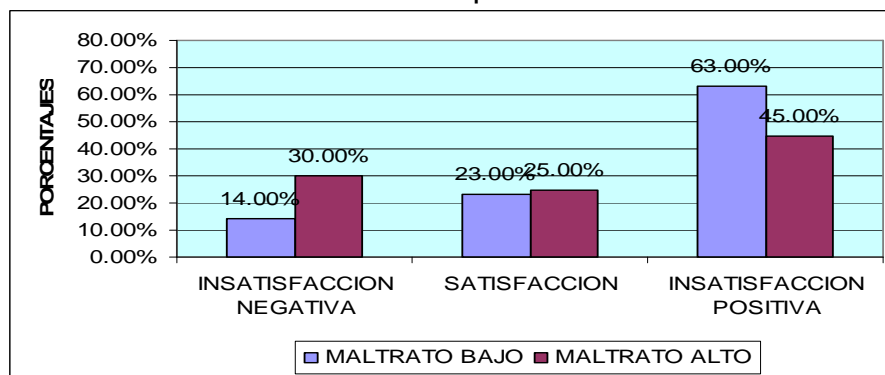


FIGURA 2A. Distribución porcentual de la variable satisfacción con la imagen corporal femenina.



ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

La alteración de la imagen corporal es la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el Índice de Masa Corporal (IMC). Si la diferencia es igual a cero no hay alteración de la imagen corporal, sin embargo, si la diferencia es positiva hay sobreestimación y si es negativa hay subestimación de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Los adolescentes varones con maltrato alto manifestaron un porcentaje similar (42%) como individuos sin alteración y la otra parte se consideraron más delgados de lo que eran, en tanto solo el 16% de los sujetos resultaron ser más gruesos de lo que pensaban. En relación con los adolescentes con maltrato bajo, el porcentaje mayor (42%) reportó no tener alguna alteración en la imagen corporal, y el 33% se manifestó como más delgado de lo que en realidad era (Ver figura 3). Las adolescentes femeninas con maltrato alto (65%) y con maltrato bajo (55%) manifestaron no tener alteración con la imagen corporal; otro porcentaje importante fue un 27% de mujeres con maltrato alto que se consideraron más gruesas de lo que en realidad eran (sobreestimación) (Ver figura 3A).

FIGURA 3. Distribución porcentual de la variable alteración con la imagen corporal masculina.

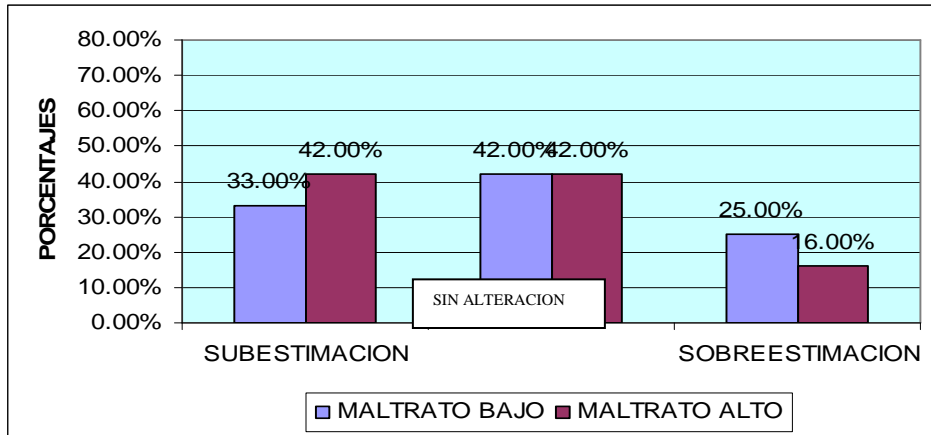
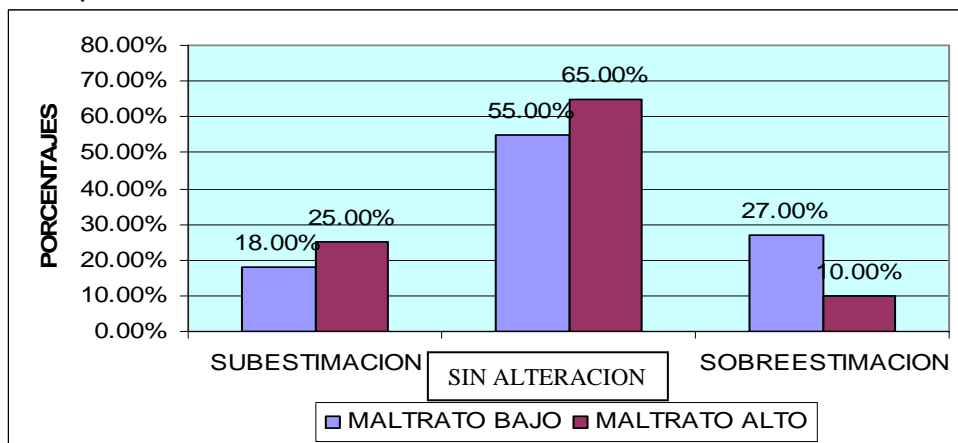


FIGURA 3 A. Distribución porcentual de la variable alteración con la imagen corporal femenina.



CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA.

Se define como los puntajes que se obtendrán mediante la aplicación de una Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Los participantes de la muestra de adolescentes tanto femeninas como varones no presentaron conducta alimentaria compulsiva siendo el 100% de los participantes sujetos sin riesgo (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

DIETA RESTRINGIDA.

Los participantes adolescentes masculinos con maltrato bajo respondieron no seguir una dieta restringida, mientras que sólo el 8% de los adolescentes con maltrato alto si la hacen. Las adolescentes femeninas en su totalidad respondieron que no hacían dieta restringida.

5.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS.

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo, se aplicó a cada una de las variables dependientes un ANOVA (factorial simple), teniendo en todos los casos como variables independientes sexo y grado de maltrato.

SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

En la Tabla 13. se observa que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo $F(1,66)=6.87$, $p=0.011$, pero no en el efecto grado de maltrato. Estos resultados nos permiten confirmar la hipótesis que plantea "se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación con la imagen corporal satisfacción/insatisfacción" (Ver tabla 13). Las medias incluidas en la Tabla 13.1 indican que las mujeres están más insatisfechas (quieren ser más delgadas) en comparación con los hombres, quienes desean ser más gruesos.

TABLA 13. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

Fuente	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrática	F	Sig.
Grado de Maltrato	1.388	1	1.388	.601	.441
Sexo	15.872	1	15.872	6.870	.011
Grado de maltrato * Sexo	2.584	1	2.584	1.118	.294
Error	145.559	63	2.310		
Total	174.000	67			
Total corregido	165.403	66			

Tabla 13.1. Media y desviación estándar de la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal por sexo.

Sexo	Media	Desviación estándar	N
Hijo	-.2800	1.51438	25
Hija	.7381	1.51512	42
Total	.3582	1.58307	67

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo ni en el factor maltrato. Estos resultados rechazan la hipótesis de trabajo que dice: existen diferencias estadísticamente significativas en la alteración de la imagen corporal dependiendo del sexo de los adolescentes $F(1,62)=.65$ $p=.423$. Tampoco existen diferencias en la alteración de la imagen corporal dependiendo del maltrato de los adolescentes $F(1,62)=0.11$ $p=.915$.

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO (CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA).

Una vez aplicada la prueba ANOVA Simple, se observa que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo, ni en factor maltrato. Estos resultados permiten rechazar las hipótesis de trabajo que dicen: existen diferencias significativas en la conducta alimentaria de riesgo dependiendo del sexo de los adolescentes; y existen diferencias significativas en la conducta alimentaria de riesgo dependiendo del maltrato de los adolescentes (Ver tabla 14). Sin embargo, se observa una tendencia en el efecto principal grado de maltrato ($F(1,60)=3.9$; $p=0.051$) en donde la media más alta corresponde al grupo de maltrato (Ver tabla 14.1).

TABLA 14. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA.

Fuente	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Sig.
Grado de maltrato	.580	1	.580	3.952	.051
Sexo	.226	1	.226	1.542	.219
Grado de maltrato *Sexo	6.082E-02	1	6.082E-02	.414	.522
Error	8.812	60	.147		
Total	126.397	64			
Total corregido	9.680	63			

Tabla 14.1 Media y desviación estándar de la variable conducta alimentaria compulsiva

Grado de maltrato	Media	Desviación estándar	N
No maltrato	1.2552	.27383	32
Maltrato	1.4457	.46750	32

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO (DIETA RESTRINGIDA).

En la Tabla 15. se observan diferencias estadísticamente significativas en el factor grado de maltrato $F(1,63)=4.93$, $p=0.030$, pero no en el efecto sexo. Estos resultados nos permiten comprobar la hipótesis: existen diferencias significativas en la dieta restringida por grupo de maltrato. Las medias incluidas en la Tabla 15.1. indican que los adolescentes maltratados practican más la eliminación de los alimentos, en comparación a los que no son maltratados.

TABLA 15. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. DIETA RESTRINGIDA.

Fuente	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Sig.
Grado de maltrato	.984	1	.984	4.937	.030
Sexo	.263	1	.263	1.319	.255
Grado de maltrato * Sexo	2.972E-03	1	2.972E-03	.015	.903
Error	11.963	60	.199		
Total	120.558	64			
Total Corregido	13.213	63			

Tabla 15.1 Media y desviación estándar de la variable dieta restringida.

Grado maltrato	Media	Desviación estándar	N
No maltrato	1.1749	.34823	33
Maltrato	1.4230	.52752	31

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y DETECCIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria; satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, conducta alimentaria compulsiva y dieta restringida en relación al maltrato alto o bajo en adolescentes hombres y mujeres.

Para este estudio, se trabajó con dos muestras, la primera estuvo compuesta por las madres de los adolescentes $N=67$, de las cuales $n_1=32$ madres con maltrato alto y $n_2=35$ madres con maltrato bajo, donde las madres con maltrato alto en gran parte se encontraron en un rango de edad 30 a 39 años, estaban casadas o en unión libre, y en su mayoría eran ama de casa. La segunda muestra estuvo formada por los adolescentes y la cual se subdividió en las submuestras: $n_1=12$ adolescentes hombres con maltrato alto, $n_2=20$ adolescentes mujeres con maltrato alto, $n_3=13$ adolescentes hombres con maltrato bajo y $n_4=22$ adolescentes mujeres con maltrato bajo, todos ellos de una escuela pública, cuyas edades oscilaban entre 12 y 15 años.

Cabe mencionar que este estudio es uno de los primeros que se han realizado en relación con el maltrato infantil y los trastornos de la conducta alimentaria y por lo cual existen pocos antecedentes al respecto.

En los resultados de este estudio se muestra que gran parte de las madres maltratadoras señalaron estar casadas o vivir en unión libre. De aquí que solo el 15% de los adolescentes que sufrían maltrato alto vivían con uno solo de sus padres. Respecto a estos datos es importante exponer algunos datos sociodemográficos cuando se aborda el tema de maltrato. Con respecto al estado civil, varios autores (Mercado, 1991; Téllez, 1995; Roque, Carrillo y Castillo, 1997) señalan como etiología del maltrato algunas características de los padres, como desavenencia conyugal. Con respecto al mismo tema, encontramos que Maher (1990) menciona que las situaciones que pueden producir maltrato son: relación entre padres; segundas nupcias, disputas matrimoniales, padrastros cohabitantes, o padres separados o solteros, de igual forma las familias con un solo padre tiende a propiciar abuso infantil (Friedman, 1976; Gil, 1971) quienes señalan que la paternidad sin pareja es una experiencia estresante. Burguess (1981) señala que cuando un solo padre se encarga de los hijos, particularmente en familias de nivel socioeconómico bajo, la interacción padre-hijo puede ser negativa, lo que propicia el abuso infantil físico y emocional o la negligencia en el cuidado de los hijos.

Con respecto a la escolaridad de las madres se encontró que la mayoría de las madres maltratadoras tienen un nivel escolar medio, terminaron secundaria o estudios técnicos. En relación a la escolaridad, Maher (1990) menciona que una de las características para que se dé el fenómeno del maltrato infantil es la poca escolaridad de la madre.

Con respecto a la ocupación de la madre, se observó que un poco menos de la mitad de las madres que maltratan reportaron dedicarse al hogar; varios autores mencionan que el maltrato infantil se genera en hogares compuestos por madres desempleadas, frustradas por no trabajar, con escasez de recursos económicos, hogares con espacios limitados o con hacinamiento (Mercado, 1991; Tellez, 1995; Roque, Carrillo y Castillo, 1997; Maher, 1990; Marcovich, 1978; Rodríguez 1989; Garbardino, 1997; Roscoe, Callahan y Peterson, 1985).

En relación con el sexo de los hijos maltratados, Kempe (1962; citado en Santamaría, 1993) menciona que casi tres cuartas partes eran mujeres que tenían entre 14 años o más. En esta investigación se encontró que la mayoría de las hijas maltratadas también eran mujeres adolescentes (14 y 15 años).

Respecto al lugar que ocupa el adolescente maltratado entre los hermanos, en la muestra de este estudio se encontró que los hijos con maltrato alto reportaron ser el mayor en casi la mitad de los casos, en una tercera parte el menor. De las hijas con maltrato alto más de la mitad resultó ser la mayor o la menor. Observando la característica del lugar que ocupa entre los hermanos el hijo maltratado, varios autores (Mercado, 1991; Tellez, 1995; Roque, Carrillo y Castillo, 1997; Rosselot,

1981;) mencionan que se maltrata principalmente al hijo menor de una familia numerosa; por otro lado, Fontana (1984) menciona que el hijo de más edad puede estar en mayor riesgo de ser maltratado porque los padres consideran que su conducta debe servir de modelo para los hermanos menores.

Por otra parte y con respecto al desarrollo púberal se encontró que la gran mayoría de las mujeres tuvieron su primera menstruación en el rango de edad de 12 a 14 años. Estos resultados confirman otros estudios entre ellos los de Pineda (2001) quién también reporta dicha edad para la presentación de la primera menstruación.

Aun cuando en la literatura internacional relacionada con las consecuencias del maltrato infantil, no se habla específicamente de los factores de riesgo de los TCA que en esta investigación se revisaron, en estos estudios (Gracia y Musitu, 1993; Molina, 1997; Canton y Cortes, 1997; Crispo, 1998; Pino y Herruzo, 2000; Ackard, NeumarkSztainer, Hannan, French y Store, 2001; Mardomingo, 2002; Rojo, 2003; Lockwood, Lawson y Waller, 2004; Grilo, Masheb, Brody, Toht, Burke-Martindale y Rothschild, 2005) se mencionan como consecuencias del maltrato diversos trastornos, tanto psicológicos, emocionales, sociales, conductuales, etc., entre ellos los TCA (anorexia y bulimia nervosas), y que podrían estar relacionados con los factores de riesgo como insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo. Contrario a lo que se esperaba con excepción de dieta restringida y una tendencia en comida compulsiva e insatisfacción con la imagen corporal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Enfocándonos en los datos de esta investigación, uno de los factores de riesgo que se revisaron fue la relación entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por nivel de maltrato y por sexo. Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado maltrato. Una posible explicación podría ser que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor ampliamente instaurado entre las mujeres. De hecho ha sido considerada como una respuesta normativa. Probablemente la fuerza y extensión de esta respuesta elimina las diferencias que pudieron darse por la variable maltrato. Pero sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres y varones, siendo ellas las más insatisfechas ya que deseaban ser más delgadas. En relación con la insatisfacción con imagen corporal con relación al maltrato pero en un contexto de preadolescentes (9 a 12 años), Camacho y Jiménez (2005) encontraron que la insatisfacción está presente en mayor proporción en las mujeres preadolescentes maltratadas, aun sin que esto signifique una diferencia estadísticamente significativa entre maltrato y no maltrato. Castañeda (2005), también encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la insatisfacción con la imagen corporal y el maltrato infantil en preadolescentes pero si encontró una mayor insatisfacción entre los maltratados. Con respecto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se ha documentado que existe

mayor insatisfacción entre las adolescentes mujeres, respecto de los jóvenes (Gómez Pérez-Mitre, 1997, Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998; Garandillas y Frebrel, 2000; Gómez Pérez-Mitre, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Balderas y Cruz, 2006; Castañeda, 2005, Camacho y Jiménez, 2005).

El segundo factor de riesgo estudiado fue la alteración de la imagen corporal y su relación con el nivel de maltrato. Los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas por la variable nivel de maltrato ni por sexo. Con relación a la alteración de la imagen corporal y el nivel de maltrato no se encontraron estudios previos al respecto. En cuanto al género (Gómez Pérez-Mitre, Moreno, Saloma y Pineda, 2001) mencionan que las adolescentes presentan mayor alteración de la imagen corporal; se percibían más gruesas que en lo que en realidad eran, con lo cual difiere el estudio aquí descrito.

Otro factor de riesgo estudiado fue la conducta alimentaria de riesgo y el grado de maltrato, se encontró una tendencia en la variable conducta alimentaria compulsiva y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable dieta restringida. Con respecto a los factores de riesgo conducta alimentaria compulsiva y dieta restringida con relación al efecto género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Respecto al grado de maltrato Castañeda (2005) encontró que existen diferencias estadísticamente significativas al comparar maltrato y no maltrato en la conducta alimentaria de riesgo. Camacho y Jiménez (2005) en el contexto de conducta alimentaria de riesgo; actitud hacia la obesidad, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las muestras, ni por maltrato, ni por sexo. Por otro lado (Gómez Pérez-Mitre, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Acosta, Llopis, Gómez Pérez-Mitre y pineda 2005) mencionan que son las chicas las que hacen con mayor frecuencia cambios en su alimentación (dieta restringida) para bajar de peso.

Dado lo anterior se concluye que:

- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes con maltrato alto y bajo, respecto al factor dieta restringida, mostrándose un mayor riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor insatisfacción con la imagen corporal en relación con el nivel del maltrato, probablemente porque la respuesta de insatisfacción se encuentra más generalizada entre las mujeres y mostro ser independiente del nivel de maltrato
- Se encontró una tendencia entre los adolescentes con maltrato alto y bajo, respecto al factor conducta alimentaria compulsiva, lo que pudiera significar un mayor riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes femeninas y varones, respecto al factor insatisfacción con la imagen corporal, confirmándose un mayor riesgo en ellas para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de este estudio, está relacionada con el instrumento que mide el maltrato. La prueba que se utilizó determina la frecuencia del maltrato pero no su intensidad. Por lo que aún cuando se denominaron las variables como maltrato alto, y maltrato bajo, estos representarían la frecuencia con la que el adolescente es maltratado.

Otra limitación mayor fue el tamaño de la muestra fue de difícil acceso, entre otras cosas debido a que algunas personas consideraban que ciertas preguntas eran muy fuertes en términos del concepto de maltrato (por ejemplo; Descargo mi frustración con mis hijos, Cuando les pasa algo malo a mi me da gusto etc.). Esto se asocia con el efecto de la deseabilidad social al no reconocer que ejercían maltrato y muchas de ellas no contestaban varias preguntas. Ante tal situación, se invalidaba el caso, reduciéndose el número de participantes.

Se sugiere replicar estas investigaciones con muestras más amplias de madres y adolescentes, así como investigar otros factores de riesgo de los TCA, tales como, actitud hacia la obesidad/delgadez, preocupación por el peso corporal y por la comida, los relacionados con las prácticas compensatorias, etc.

Asimismo, se propone estudiar la relación de estas variables en pacientes que hayan sido diagnosticados con un TCA para conocer si en sus antecedentes esta presente la variable maltrato.

Por último, sería importante conocer si el maltrato en la pareja (entre los padres) influye en el nivel de maltrato que ejerce la madre en los hijos, y su efecto en los factores de riesgo para desarrollar un TCA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberastury, A. (1978). *Adolescencia*. Buenos Aires: Kargieman.
- Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1994). *Anorexia y bulimia*. Madrid: Alianza.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S. & Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: association with sexual and physical abuse in a national representative sample: the Cinnibwealth Fund Survey. *Child Abuse and Neglect*, 25, 771-785.
- Aguilar, A. M. (1992). Maltrato a menores. En el maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional, (192-200). México. D.F. Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psicopatología del niño*. España: Masón.
- Álvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de maestría no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Allen, D. M. & Tarnowski, K. J. (1989). Depressive characteristics of physically abused children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 1-11.
- Anaya, A. E. (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. *Enfermería clínica*, 14 (4), 230-234.
- Andersen, A. E. & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287.
- Aracena, A., Castillo, R., Haz, A., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L., y cols. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos. *Revista de Psicología*, IX, 9, 5-10.
- Badillo, T. M. (2004). Relación entre satisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres a hijos. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Arruabarrena, M. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Pirámide.

Asher, R. E. (1951). Munchausen Syndrome. *Lancet*, 10, 339-341.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades mentales (DSM-IV-TR)*. España: Masson.

Badillo, T. M. (2004). Relación entre satisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres a hijos. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Balderas, G. L. y Cruz, S. N. (2006). Problemas de peso e imagen corporal: percepción de la relación materna y afrontamiento al estrés. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Ball, K., Kenardy, J. & Lee, C. (1999). Relationships between disordered eating and unwanted sexual experiences. *Australian Psychologist*, 34 (3), 166-176.

Banyard, V. L. (1999). Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), 161-171.

Barajas, M. O. (1998). Trastornos alimentarios: relación entre factores de riesgo asociados con imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Buenos Aires: Paidós.

Beck, D., Casper, R. & Anderson, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 389-395.

Beeghly, M., Carlson, V. & Cicchetti, D. (1986). Child maltreatment and the self: the emergence of internal state language in low SES 30-month-olds. Ponencia presentada en la *International Conference on Infant Studies*. Beverly Hills, California.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, (4), 320-335.

Beisky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Toward a new understanding of early menarche: the role of environmental stress in pubertal timing. *Child Development*, 62, 647-670.

Berger, S. y Thompson, R. (1997). *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia*. Madrid: Medica Panamericana.

- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Bishop, S. J. & Leadbeater, B. J. (1999). Maternal social support patterns and child maltreatment: comparison of maltreating and nonmaltreating mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), 172-181.
- Biller, H. & Solomón, R. (1986). Child maltreatment: The definitional dilemma. In H. Bolger, K. Patterson, & J. Kupersmitd (Eds.), Peer relations and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69 (4), 1171-1197.
- Blager, F. & Martín, H. (1976). Speech and languages of abused children in H. P. Martin (Ed). *The Abused Child*. (pp 83-92). Cambridge: M. A. Ballinger.
- Bynum, C. (1987). *Holy feast and holy fase*. The religious significance of food to Medieval women. Los Angeles: University of California Press.
- Braguinsky, J. (1989). *Obesidad, patogenia clínica y tratamiento*. México: Promedicina.
- Bringiotti, M. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Argentina: Paidós.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Fear, J. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 704-707.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 444-449.
- Burguess, R. & Conger, R. (1978) Victims of violence and psychiatry illness. *American Journal or Psychiatry*, 141, 378-383.
- Burguess, R. (1981). *Long-term consequences of childhood physical abuse*. *Psychological bulletin*, 114, 68-79.
- Caplan, G. y Lebovici, S. (1973). *Psicología social de la adolescencia: Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Calvo, Rosales J. y Calvo, Fernández, J. (1986). *El niño maltratado*. Madrid: CEA.
- Camacho, T. S. y Jiménez, G. B. (2005). Factores de riesgo de la conducta alimentaria en niños y preadolescentes maltratados y no maltratados. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Cantón, D. J. y Cortés, A. R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

Carlat, D. J., Camargo, C. A. & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-1132.

Castañeda, A. L. (2005). Insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes víctimas de maltrato infantil. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Castillo, R. (1999). Comparación y Modelaje de variables psicológicas y biodemográficas entre adultos maltratadores y no maltratadores sin historia de maltrato físico en la infancia. Proyecto de tesis de magister. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Chandy, J. M., Blum, R. W. & Resnick, M. D. (1997). Female adolescents with a history of sexual abuse: risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (4), 503-518.

Chinchilla, M. (1995). *Anorexia y bulimia nervosa*. Madrid: ERGON.

Cohen, Y., Spirito, A., Sterling, Ch., Donaldson, D., Seifer, R., Plummer, B., & et al. (1996). Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who are psychiatrically hospitalized. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (8), 989 - 993.

Cóleman, J. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

Consejo Nacional de Población. (1986). *La educación de la sexualidad humana 1 y 2*. México: CONAPO.

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

Coster, W. J., Gersten, M.S., Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1989). Communicative behavior in maltreated toddlers. *Development Psychology*, 25, 1020-1029.

Craig, G. (2000). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.

Crittenden, P. (1992). The social ecology of treatment: case study of a service for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-35.

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

Cruz, A. D. y Estrada, M. F. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, autoatribución y autoestima en relación con el peso corporal el preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Cruz, D. M. (2000). Efectos del maltrato físico en niños según la edad en la que inicio el abuso. Tesis de Licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Davies, E. & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 279-287.

DeGroot, J. M. & Rodin, G M. (1999). The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatric Annals*, 29 (4), 225-229.

Delval, J. (2000). *El desarrollo Humano*. México: Siglo XXI.

DeMause, L. (1994). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza Universidad.

Despert, J. (1965). *El largo olvido del niño* en El niño y sus perturbaciones emocionales. Buenos Aires: Hume.

Díaz, H. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Días de Santos.

Díaz, J. y García, B. (1995). *Maltrato y abandono infantil. Conceptos y tipologías en maltrato infantil*. Madrid: Paidós.

Egeland, B. D., Sroufe, L. & Erickson, H. (1983). Developmental sequelae of maltreatment infancy. *New Directions for Child Development*, 11, 77-92.

Egeland, B., Jacobitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.

Elmer, E. & Martin, J. A. (1987). *Adult outcome of childhood abuse*. Trabajo presentado en la tercera National Family Violence Research Conference, Durham. New Hampshire.

Erikson E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Erikson, E. (1986). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.

Escudero, A. (1997). *Niños Maltratados; Maltrato emocional o psicológico*. Madrid: Días de Santos.

Espinosa, C. J. (1999). Efectos sobre la conducta adaptativa del adolescente cuando este sufrió maltrato físico en la infancia. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Archive General of Psychiatry*, 56, 468-476.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder. *Archive General of Psychiatry*, 55, 425-432.

Fallon, P. & Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. D. Garner & P. Garfinkel. (Ed). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.

Farreras, R. (2000). *Medicina Interna*. Madrid: Harcourt.

Feinholz, K. D. (1997). Anorexia y bulimia. Aspectos psicológicos. *Cuadernos de Nutrición*. 20, (5), 10-16.

Feinstein, S. y Scrosky, A. (1988). *Trastornos en la alimentación bulimia, obesidad y anorexia nervosa*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Feldman, R. (1994). *Psicología*. México: Mc Graw – Hill.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Fernández, E. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades*. Buenos Aires: Lumen-humanitas.

Finn, S. E., Hartman, M., Leon, G. & Lawson, L. (1986). Eating disorders and sexual abuse: lack of confirmation for a clinical hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1051-106.

Folsom, V., Krahan, D., Nairn, K., Gold, L., Demitrack, M. A. & Silk, K. R. (1993). The impact of sexual and physical abuse on eating disorders and psychiatry symptoms: a comparison of eating disordered and psychiatric inpatients *International Journal of Eating Disorders*, 13 (3), 249-257.

Fontana, V. (1984). *En defensa del niño maltratado*. México: Pax.

Friedman, F. (1976). School performance and disciplinary problems among abuse and neglected children. *Developmental psychology*, 29, 53-62.

Friedrich, W. N, & Weller, R. K. (1982). The abusin parent revisited: a decade of psychological research. *Nervous and Mental Disease*, 170, 577-587.

Gallardo, J. (1988). *Malos tratos a los niños*. Madrid: Nancea.

Gamboa C. F. (1992). Prevención al maltrato del menor y su maltrato social: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional (300-307). México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.

Gambill, C. C. (1998). Anorexia and bulimia in girls and young women; recertification series. *Physician Assistant*, 22, 18-27.

Garfinkel, P. E., Lin, E. & Goering, P. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparision of subgroups. *American Journal of Psichiatry*, 152, 1052-1058.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341 (26), 1631-1635.

Garner, D. M. & Garfinkel P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychology Medical*, 10, 647-656.

Garandillas, G. A. y Frebel, B. C. (2000). *Encuesta de prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Septiembre 2000.

Garbardino, H. E. (1977). *Emotional and cognitive adjustment in abuse children*. Child Abuse and Neglect, 11, 923-932.

García-Camba, E. (2000). Los trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2 (5), 109-116.

García-Camba, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nervosa, bulimia nervosa y obesidad*. Barcelona: Masson.

Gaensbauer, T. & Sands, S. (1979). Disorter affective communications in abused/neglected infants and their potential impact on caretakers. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 236-250.

Gil, S. L. (1971). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.

Gil, D. G. (1970). *Violence against children*. Cambridge: Harvard University Press.

Gila, A., Castro, J., Toro, J. & Salamero, M. (2004). Subjective body image dimensions in normal female population: evolution through adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 1-10.

Goodman, E. & Whitaker, R. C. (2002). A Prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity, *Pediatrics* 110 (3), 497-504.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993a). Detección de anomalías en la conducta alimentaria de estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista de investigación psicológica*, 10 (1), 17-27.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Revista de investigación psicológica*, 3 (1), 95-112.

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

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.

Gómez Pérez-Mitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. y Pineda, G.G. (2001). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6, 10-22.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. Libro *La Psicología Social en México. VII Congreso de Psicología Social*, 2, 277-282.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (1999.) Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En N. Callejas y Gómez Pérez-Mitré, G. (Ed). *Psicología social; Investigación y aplicaciones en México*. México: UNAM. Facultad de Psicología, (269-306).

Gómez Peresmitré G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Septiembre 2001.

Goldman, H. (1998). *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.

Gotestam, K. G. & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiology study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (2), 1-12.

Guerrero, L. G. (2003). Conducta alimentaria de riesgo y autoestima en muestras de niños y niñas preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M. & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 329, 1008-1012.

Gracia, E. y Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil; un análisis de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Graham, S., Weiner, B., Cobb, M. & Henderson, T. (2001). An attributional analysis of child abuse among low-income African American mothers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(2), 233-257.

Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Association of the Study of Obesity*, 9, 320-325.

Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (3), 183-188.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, H., & Rothschild, B. (2005). Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *National Association of the study of obesity*, 13, 123-130.

Grinder, R. (1992). *Adolescencia*. México: Limusa.

Herrenkohl, E., Herrenkohl, R. & Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (2), 301-309.

Hill, A. J., Draper, E. & Stack, J. (1994). A weight on children mind: body shape dissatisfactions at 9 years old. *International Journal of Obesity*, 18, 383-389.

Hoffman, Scott y Hall. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.

Hoffman-Plotkin, D. y Twentyman, C. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 784-802.

Humphrey L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting in Clinical Psychology*, 57, 206-214.

Hothersall, D. (1997). *Historia de la Psicología*. México: Mc Graw-Hill.

Horrocks, J. (2001). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

Hurlok, E. (1990). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.

Jones J. G., Buttler, H. C. & Hamilton, B. R. (1987). Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse neglected*, 11, 547-563.

Julien, P. (2001). Eating disorder symptomatology in female college students: part of a larger trauma response?. *The Sciences and Engineering*, 62 (1-B), 551-562.

Kaplan, L. (1986). *Adolescencia, el adiós a la infancia*. Argentina: Paidós.

Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed impatients children. *Journal of abnormal Psychology*, 94, 298-307.

Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2), 186-192.

Kempe, H. C. & Kempe, R. S. (1979). A behavioral approach to the classification of different types of physically abusive mother. *Merril-Palmer Quartely*. 35, 255-279.

Kent, A., Waller, G. & Dagnar, D. (1999). A Greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 159-167.

Kieran, P. O. (1995). Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse and Neglect*, 19, 446-461.

Kinard, E. M. (1980). Emotional development of physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 686-696.

Kinzl, J. F., Traweger, C. E., Trefalt, E. B. & Biebl, W. (1998). Eating disorders in women: a representative study. *Z. Ernährungswiss*, 37 (1), 23-30.

Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. & Biebl, W. (1997). Eating-disordered behavior in males: the impact of adverse childhood experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2), 131-138.

Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristic of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annual Review Psychological*, 46, 401-431.

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E. & Offord D. R. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archive General of Psychiatry*, 54, 337-343.

Kraemer, H. C., Stice, E. D., Kazdin, A. E., Offord, D. R. & Kupfer, D. M. (2001). How do risk factors work together. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

Kreipe, R. E. & Birndorf, S. A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinical of North America*, 84 (4), 1027-1049.

Lamphear, V. S. (1986). The psychosocial adjustment of maltreated children: methodological limitations and guidelines for future research. *Child Abuse and Neglect*, 10, 63-69.

Larraín, S. (1994). *Perspectiva psicosocial y jurídica de la violencia familiar*. Santiago, Chile: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Lazzari. (1997). La anorexia y bulimia hoy. En: Crispo R, Figueroa E, Guelar D (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Barcelona: Editorial Gedisa, pp 41-46, 72-74, 79-81, 168.

León, A. (1989). *Violencia y sexualidad*. Madrid: Editorial Científico-Técnica.

Leonard, S., Steiger, H. & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and non bulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 397-405.

Levav, I., Guerrero, R., Phebo, L. y Coe, G. (1996). El castigo corporal en la niñez: ¿epidemia o endemia? *Boletín de la Oficina Sanitaria de Panama*, 19, 229-239.

Lockwood, R., Lawson, R. & Waller, G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: a role for trauma?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (3), 247-249.

López, I. (1968). *El libro de la vida sexual*. Barcelona España: Danae.

López, C. B. (2005). Una aproximación a la estructura familiar desde la propia subjetividad de mujeres con anorexia y bulimia. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud Pública de Adolescentes y Jóvenes, no publicada. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: Interamericana Mc Graw-Hill.

Maher P. (1990). *El abuso contra los niños, la perspectiva de los educadores*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México: Grijalbo.

Maharaj, S. I. (2000). The interpersonal context of diabetes mellitus: examining the links between eating disturbances, metabolic control, and the quality functioning among girls with type I diabetes. *Dissertation Abstracts International*, 60, 17-25

Main, M. & George, C. (1985) Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: an estudy ub the day care setting. *Developmental Psychology*, 21, 407-412.

Marcia, J. (1980). *Identidad en adolescencia*. En J. Adelson (Ed). *Manual de la adolescencia*. Nueva York: Wiley.

Marcovich, J. (1978). *Maltrato a los hijos*. México: Edicol.

Marcovich, J. (1981). *Tengo derecho a la vida*. México: Mexicanos Unidos.

Marcus, M. D., Levine, M. D., Kalarchian, M. A. & Wisniewski L. (2003). Treatment of severe pediatric obesity. *Cognitive Behavioral Practice*, 10, 147-156.

Marcus, M. D., Moulton, M. M. & Greeno C. G. (1995). Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 1995, 20 (6), 747-55.

Mardomingo S. M. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. En Eduardo García Campa (Ed). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesidad*. España: Editorial Másson.

Martínez, E. G. y Rodríguez, P. F. (2002). La familia como factor de riesgo en trastornos de la alimentación en niños. Tesis de licenciatura no publicada México: UNAM. Facultad de Psicología.

Martínez-Fornés, S. (1994). *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia*, México: Espasa Calpe.

Martínez, G. C. (1999) Maltrato psicológico infantil: en *qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño*. Mesa Redonda Informativa. La Habana: Casa editorial, Abril.

Martínez, R. y De Paúl, J. (1993). *Los malos tratos a la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Masten, A. & Coalswoth, J. (1995). Competence, resilience and psychopathology. En Cichetti & D. Cohen. (Eds.), *Developmental psychopathology*. New York: J. Wiley.

Medina-Mora. M. E., Borges. G., Lara. C., Banjet. C., Blanco. J., Flertz. C. y cols. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental en México*, 26, 1-16.

Mendoza, M. S. (1996). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Mendoza, J. M. (2002). Factores de riesgo e imagen corporal en mujeres de diferentes carreras universitarias. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Mercado, M. X. (1991). El autoconcepto de niños maltratados institucionalizados y niños callejeros. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Milner, J. S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.

Molina, F. (1997). *Retraso de crecimiento no orgánico o psicosocial, en niños maltratados*. Madrid: Dosantos Editores.

Morales, J. y Costa, M. (1997). *Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil*. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez. (Eds.), *Niños maltratados* (pp.309-323). España: Díaz de Santos

Moral, R. J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Publica y Nutrición México*, 3 11-23

Moore, D. C. (1988). Body image and eating behavior in adolescent girls. *American Journal of Children Disorders*, 142, 1114-1118.

Morris, G. (1987). *Psicología*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Muuss, R. (1997). *Teorías de la Adolescencia*, México: Paidós.

Mussen, P. (1982). *Desarrollo de la personalidad del niño*. México: Trillas.

Myers, G. (1995). *Psicología Social*. México: Mc Graw-Hill.

National Center of Child Abuse and Neglected, (1998). Understanding child abuse and neglect. Washington, D.C.: Office of Human Development Services, Department of Health and Human Services.

National Eating Disorders Association. (2002). Statistics: eating disorders and their precursors. Seattle: NEDA, 2002, 1.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10, Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.

Oppenheimer, L., Howells, K., Palmer, L. & Chaloner, D. (1985). Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorders: a preliminary descriptions. *Journal of Psychiatry*, 19, 157-161.

Owens, R. (2003). *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: Prentice-Hall.

Palma, E. L. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de nutrición*. 20 (5), 21-30.

Pineda, G. G. (2001). Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (2001a). *Psicología del Desarrollo*. Colombia: Mc Graw – Hill

Papalia, D. y Wendkos, O. (2001b) *Fundamentos del desarrollo humano*. Colombia: Mc Graw – Hill.

Papalia, D., Wendkos, O. y Feldman, R. (2005). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw – Hill.

- Piaget, J. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Paidós.
- Piaget, J. (1981). *Seis estudios de Psicología*. México: Seix Barral.
- Pino, M. J. y Herruzo, J. (1993). Un estudio preliminar de las alteraciones del desarrollo de los niños de familias en desventaja social. En F. Martínez (Ed.). *Psicología comunitaria*, (315-322). España: Eudema.
- Pino, M.J. y Herruzo, J. (2000). De los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 253-271.
- Pino, O. y Herruzo, C. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Abuso y negligencia infantil*, 24 (7), 911-924.
- Pino, O. M. (1995). Estudio e intervención en maltrato infantil. Tesis Doctoral. España: Universidad de Granada.
- Poblano, A. C. y Trigueros, V. P. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la alimentación en muestra de población adolescente masculina. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Primero, R. (1992). *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas, un enfoque multidisciplinario*, UNICEF, CNDH, México.
- Quintero, P. E. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Investigación clínica*, 44, 15-25.
- Querol, X. (1991). *El niño maltratado*. Barcelona: Espax.
- Rayworth, B., Wise, L. & Harlow, B., (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women Obstetrics and Gynecology Epidemiology Center, Brigham & Women's Hospital and Harvard Medical School, Comment. *Epidemiology*, 15 (3), 262-278.
- Ressler, A. (1998). A body to die for: eating disorders and body-image distortion in woman. *International Journal of Fertil Womens Medical*, 43 (3), 133-138.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano. Estudios del ciclo vital*. México: Price-Hall Hispanoamericana.
- Ritter, M. (1998). Mothers, daughters, culture and criticism: an examination of eating problems in adolescent girls. *The sciences and engineerin*, 58, (9-B)

- Rodríguez, O. I. (1989). Factores de riesgo en el maltrato infantil. *Revista Psicología. Síndrome del Niño Maltratado*, 21, 11-14.
- Rojó, M. (2003). *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Romans, S. E., Gendall, K., Martin, J. L., & Mullen, P. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. New Zealand epidemiological estudio. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (4), 380-392.
- Romero, J. M. (1989). Causas y consecuencias en el maltrato infantil. *Revista Psicología, Síndrome del niño maltratado*, 21, 11-14.
- Roque, H. M., Carrillo, P. M. y Castillo, R.A. (1997). Antecedentes históricos del maltrato infantil, *Revista psicología. Síndrome del niño maltratado*, 21, 2-6.
- Roscoe, B., Callahan, J. & Peterson, K. (1985). Who is responsible? Adolescents acceptance of theoretical child abuse models. *Adolescence*, 20 (77), 190-197.
- Rosselot, J. A. (1981). *Treating Child abusive families: intervention based on skills-training principles*. New York: Plenum Press.
- Rorty, M., Yager, J. & Rosotto, E. (1994). Dissociative states and disordered eating. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 266-275.
- Saldaña, G. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Sanchez-Planell, L. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo-Ruiloba. (Ed) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Santamaría, G. R. (1993). Relaciones interpersonales y empatía de madres maltratadoras y no maltratadoras. Tesis de doctorado no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Santana, T., Sánchez, R. y Herrera. H. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Revista Salud Pública en México*, 40 (1), 58-65.
- Selvini, P., Cirillo, M. y Selvini, A. (1992). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. México: Paidós.
- Shisslak, J. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 660-667.

Schmidt, U., Humfress, H. & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (3), 184-207.

Shelley, R. (1999). *Anorexia: guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Mexico: Trillas.

Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. Mexico: Trillas.

Silver, E. (1969). Child abuse and neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 50-58.

Solloa, G. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México: Trillas.

Spinello, T. (1998). Exploration of the relationship between female adolescent anorexics or bulimics and their mothers. Dissertation abstract international: section B: *The sciences and Engineering*, 59 (5-B).

Stanton, J. (1999). The generational transmission of child maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 686-692.

Statch, M. & Reich, G. (2000). Interpersonal relationship patterns in families with a bulimic patient: an interaction analysis. *Praxis deer kinderpsychologic and kinderpsychiatric*, 49 (3), 157-175.

Stice, E., Agrass, W. & Hammer, L. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-387.

Steiger, H. & Zankor, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered in psychiatric and normal female groups. *Journal Interpers Violence*, 5, 74-86.

Steiger H., Leung, F. & Houle L. (1992) Relationship among borderline features, body dissatisfaction and bulimic symptoms in nonclinical families. *Addictive Behavoir*, 17, 397-406.

Stein, M. B. & Robinson, J. (2001). The feeding problems, sleep disturbances and negative behaviors in toddler. *Journal of Developmental and Dehavorial Pediatrics*, 22 (2), 81-85.

Tanner, J. (1978). *Educación y desarrollo físico*. México: Siglo XXI.

Tannenhaus, N. (1999). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Plaza y Jaimes.

Tellez, S. G. (1995) Análisis comparativo de corte descriptivo de las características de la interacción padre-hijo, entre madres con historia de abuso físico y madres sin historia de abuso. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Thompson, K., Wonderlich, S., Crosby, R., Redlin, J. & Mitchell, J. (2002). The temporal ordering of childhood sexual abuse, eating disturbances, and impulsive and self-destructive behaviors. *Advances in Psychology Research*, 14, 173-184.

Toro, J., Cervera, M. & Pérez, P. (1989). Body shape publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 132-136.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

Turon, V. (2000). Criterios de hospitalización en la anorexia nervosa. *Psiquiatría y atención primaria*. Barcelona: J y C Ediciones Médicas.

Unikel, S. C., Saucedo, M. T. y Villatoro V. J. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental en México*, 25(2), 50-51.

Unikel, S. C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentario en muestras de mujeres adolescentes; estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (4), 121-126.

Van Ijzendoorn, M. & Zwart-Woudstra, H. (1995). Adolescents attachment representations and moral reasoning. *The Journal of Genetics Psychology*, 156 (3), 359-372.

Waller, G., Halek, C., & Crisp, H. (1993). Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: evidence from two separates cases series. *Journal Psychosom Res*, 37 (8), 873-879.

Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1996). Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse y Neglect*, 20 (7), 633-642.

Winnicott, D. (1995). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laila.

Williamson, D., Thompson, T., Anda, R., Dietz, W. & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 26 (8), 1075-1082.

- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosiman, J. E. & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: an update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Reitzel-Jaffe, D. & Lefebvre, L. (1998). Factors associated with abusive relationships among maltreated and nonmaltreated youth. *Development and Psychopathol*, 10 (1), 61-85.
- Wolfe, D. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México: Trillas.
- Wood, K. C., Becker, J. A. & Thompson J. K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Psychotherapy, Theory, Reserch and Practice*, 2, 342-356.
- Wonderlich, S., Wilsnack, R., Wilsnack, S. & Harris, T. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1082-1086.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Roberts, J., Haseltine, B., DeMuth, G. & Thompson, K. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1277-1283.
- Yanovsky, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.

PESO: _____ ESTATURA _____

**HOJA DE RESPUESTA (XY) (VARONES)
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
2005**

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO _____ GRUPO _____ EDAD: _____ Años y _____ Meses.

CUANTO CREE QUE SEA SU ESTATURA _____ metros. SU PESO _____ Kg.

DATOS MADRE DEL ALUMNO

NOMBRE DE LA MADRE _____

EDAD: _____ Años

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

RESPONDE SOLO DEL CUADERNILLO AQUELLAS RESPUESTAS QUE SE TE SOLICITAN EN ESTA HOJA

A	4. A B C D E	24. A B C D E	10. A B C D E
1. A B C D E F	5. A B C D E	25. A B C D E	E1
2. A B	6. A B C D E	26. A B C D E	1. A B C D E
3. A B C D E F	7. A B C D E	27. A B C D E	2. A B C D E
4. A B C D	8. A B C D E	28. A B C D E	3. A B C D E
5. A B C D E F	9. A B C D E	29. A B C D E	4. A B C D E
6. A B	10. A B C D E	30. A B C D E	5. A B C D E
7. A B	11. A B C D E	31. A B C D E	6. A B C D E
8. A B C D E F G	12. A B C D E	32. A B C D E	7. A B C D E
9. A B C D E F	13. A B C D E	33. A B C D E	8. A B C D E
10. A B C D E F G	14. A B C D E	E	9. A B C D E
11. A B C D E F G	15. A B C D E	1. A B C D	10. A B C D E
12. A B C D E F	16. A B C D E	2. A B C D	11. A B C D E
13. A B C D E F G	17. A B C D E	3. A B	12. A B C D E
C	18. A B C D E	4. A B C D E F	13. A B C D E
1. A B C D E F G H I	19. A B C D E	5. A B	14. A B C D E
D	20. A B C D E	6. A B	15. A B C D E
1. A B C D E	21. A B C D E	7. A B C D E	16. A B C D E
2. A B C D E	22. A B C D E	8. A B C D	17. A B C D E
3. A B C D E	23. A B C D E	9. A B C	18. A B C D E

19. A B C D E
20. A B C D E
21. A B C D E
22. A B C D E
23. A B C D E
24. A B C D E
25. A B C D E
26. A B C D E
27. A B C D E
28. A B C D E
29. A B C D E
30. A B C D E
31. A B C D E
32. A B C D E
33. A B C D E
34. A B C D E
35. A B C D E
36. A B C D E
37. A B C D E
38. A B C D E

39. A B C D E
40. A B C D E
41. A B C D E
42. A B C D E
43. A B C D E
44. A B C D E
45. A B C D E
46. A B C D E
47. A B C D E
48. A B C D E
G
A B C D E F G H I
J
1. A B C D E
2. A B C D E
3. A B C D E
4. A B C D E
5. A B C D E
6. A B C D E
7. A B C D E

8. A B C D E
9. A B C D E
10. A B C D E
11. A B C D E
12. A B C D E
13. A B C D E
14. A B C D E
15. A B C D E
16. A B C D E
17. A B C D E
18. A B C D E
19. A B C D E
20. A B C D E
21. A B C D E
22. A B C D E
23. A B C D E
24. A B C D E
25. A B C D E
26. A B C D E
27. A B C D E

28. A B C D E
29. A B C D E
30. A B C D E
K
1. A B C D E
2. A B C D E
3. A B C D E
4. A B C D E
5. A B C D E
6. A B C D E
7. A B C D E
8. A B C D E
9. A B C D E
10. A B C D E
11.
12. A B C D E
13. A B C D E
14. A B C D E

PESO: _____ ESTATURA _____

**HOJA DE RESPUESTA (XX) (MUJERES)
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
2005**

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO _____ GRUPO _____ EDAD: _____ Años y _____ Meses.

CUANTO CREE QUE SEA SU ESTATURA _____ metros. SU PESO _____ Kg.

DATOS MADRE DEL ALUMNO

NOMBRE DE LA MADRE _____

EDAD: _____ Años

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

RESPONDE SOLO DEL CUADERNILLO AQUELLAS RESPUESTAS QUE SE TE SOLICITAN EN ESTA HOJA

A										
1.	A	B	C	D	E	F				
2.	A	B								
3.	A	B	C	D	E	F				
4.	A	B	C	D						
5.	A	B	C	D	E	F				
6.	A	B								
7.	A	B								
8.	A	B	C	D	E	F	G			
9.	A	B	C	D	E	F				
10.	A	B	C	D	E	F	G			
11.	A	B	C	D	E	F	G			
12.	A	B	C	D	E	F				
13.	A	B	C	D	E	F	G			
C										
1.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	

D					
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E
16.	A	B	C	D	E

17.	A	B	C	D	E
18.	A	B	C	D	E
19.	A	B	C	D	E
20.	A	B	C	D	E
21.	A	B	C	D	E
22.	A	B	C	D	E
23.	A	B	C	D	E
24.	A	B	C	D	E
25.	A	B	C	D	E
26.	A	B	C	D	E
27.	A	B	C	D	E
28.	A	B	C	D	E
29.	A	B	C	D	E
30.	A	B	C	D	E
31.	A	B	C	D	E
32.	A	B	C	D	E
33.	A	B	C	D	E

E						
1.	A	B	C	D		
2.	A	B	C	D		
3.	A	B				
4.	A	B	C	D	E	F
5.	A	B				
6.	A	B				
7.	A	B	C	D	E	
8.	A	B	C	D		
9.	A	B	C			
10.	A	B	C	D	E	
E1						
1.	A	B	C	D	E	
2.	A	B	C	D	E	
3.	A	B	C	D	E	
4.	A	B	C	D	E	
5.	A	B	C	D	E	

6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E
16.	A	B	C	D	E
17.	A	B	C	D	E
18.	A	B	C	D	E
19.	A	B	C	D	E
20.	A	B	C	D	E
21.	A	B	C	D	E
22.	A	B	C	D	E
23.	A	B	C	D	E
24.	A	B	C	D	E
25.	A	B	C	D	E
26.	A	B	C	D	E
27.	A	B	C	D	E
28.	A	B	C	D	E

29.	A	B	C	D	E
30.	A	B	C	D	E
31.	A	B	C	D	E
32.	A	B	C	D	E
33.	A	B	C	D	E
34.	A	B	C	D	E
35.	A	B	C	D	E
36.	A	B	C	D	E
37.	A	B	C	D	E
38.	A	B	C	D	E
39.	A	B	C	D	E
40.	A	B	C	D	E
41.	A	B	C	D	E
42.	A	B	C	D	E
43.	A	B	C	D	E
44.	A	B	C	D	E
45.	A	B	C	D	E
46.	A	B	C	D	E
47.	A	B	C	D	E
48.	A	B	C	D	E
G					
A B C D E F G H I					
J					

1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E
16.	A	B	C	D	E
17.	A	B	C	D	E
18.	A	B	C	D	E
19.	A	B	C	D	E
20.	A	B	C	D	E
21.	A	B	C	D	E
22.	A	B	C	D	E
23.	A	B	C	D	E

24.	A	B	C	D	E
25.	A	B	C	D	E
26.	A	B	C	D	E
27.	A	B	C	D	E
28.	A	B	C	D	E
29.	A	B	C	D	E
30.	A	B	C	D	E
K					
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.					
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

GRADO _____ GRUPO _____

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Este cuestionario debe ser contestado por la madre. 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 de la alimentación. A continuación encontrará una serie de preguntas para obtener datos acerca de su hijo(a) y algunos datos de usted, por lo que le solicitamos su valiosa participación para responder. No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que cada persona tiene su forma particular de comportarse. Los datos que se obtengan serán confidenciales.

1. ALGUNOS DATOS SOBRE USTEDES

1. ¿Cuándo nació usted? Día _____ Mes _____ Año _____

2. Escolaridad:

Nivel	completo	incompleto
Primaria	()	()
Secundaria	()	()
Bachillerato	()	()
Estudios técnicos	()	()
Profesional	()	()
Posgrado	()	()

3. Estado civil:

Soltera() Casada o unión libre() Separada() Viuda() Divorciada()

4. ¿Cuántos hermanos tiene su hijo(a)? _____ ¿Qué lugar ocupa su hijo(a) entre sus hermanos? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

6. La casa o departamento donde vive es: Propia() Rentada() De un familiar()

7. Escriba el nombre de su colonia y delegación donde vive actualmente: _____

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

9. Tiempo de relación (en años) _____

9.1 Tiempo de unión con el actual cónyuge _____

9.2 Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse _____

9.3 Tiempo que estuvo casada con su último cónyuge _____

10. ¿Trabaja actualmente? () No (Pase a la pregunta 13)

() Sí, medio tiempo

() Sí, tiempo completo

() Sí, más de tiempo completo

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

12. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

13. Si usted no está trabajando actualmente, ¿Cuál es el motivo?

() Temporalmente desempleada

() No ésta desempleada y está buscando trabajo

() No esta empleada y no busca trabajo

() Estudia

() Mala salud

() Ama de casa

() Jubilada

Otra razón. ¿Cuál? _____

14. Si no está empleada ¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajo?

- Menos de 3 meses
- De 3 a 6 meses
- De 7 a 9 meses
- De 10 meses a un año
- Mas de un año

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

- Leche materna
- Mamila. ¿Por qué? _____

16. ¿Asistió su hijo(a) a la guardería?

- No, Entonces quién cuidaba al niño(a)? _____
- Sí, ¿hasta que edad asistió? _____

17. Marque con una cruz (X) la o las opciones que considere que le han ocurrido a su hijo(a) durante los últimos 6 meses

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

18. ¿En su familia hay algún miembro que consuma alcohol

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

- Ninguno

19. ¿En su familia hay algún miembro que consuma drogas

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

- Ninguno

20. En su familia hay algún miembro que fume

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

- Ninguno

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

- Yo misma
- Cónyuge
- Hijos
- Ninguno
- Otro Especifique _____

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

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

24. ¿Cuándo fue la última vez que pesó a su hijo(a)?

- Un mes o menos
- Mas o menos 6 meses
- Un año o más

- Nunca
- No me acuerdo

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

26. ¿Cuando su hijo(a) no quiere comer usted que hace?
- Insiste
 - Castiga
 - Ofrece premios
 - Regañños
 - Lo deja sentado hasta que termina la comida
 - Amenaza
 - Deja que coma hasta que tenga hambre
 - Otro. Especifique_____

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

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

29. ¿Usted cree que su hijo(a) es?
- Obeso (gordito)
 - Sobrepeso (llenito)
 - Peso normal
 - Delgado (flaquito)

30. ¿Compara negativamente a su hijo(a) con otros niños(as)?
Siempre () A veces () Nunca ()

31. ¿Qué tan exigente se considera con el desempeño de sus hijos(as) en la escuela?
Siempre () A veces () Nunca ()

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

33. ¿Su hijo(a) come frente al televisor?
Siempre () A veces () Nunca ()

34. ¿Cómo disciplina a su hijo(a)?
- Regañños
 - Prohibiciones
 - Golpes
 - Premios
 - Chantajes
 - Otro. Especifique_____

35. ¿El padre de su hijo(a) es cariñoso con el(ella)?
Siempre () A veces () Nunca ()

36. ¿Qué tanto participa el padre o el que cumple la función del padre en la educación del su hijo(a)?
Siempre () A veces () Nunca ()

37. ¿El padre o el que cumple la función del padre reconoce cuando su hijo(a) obtiene logros?
Siempre () A veces () Nunca ()

ESCALA PARA DETECCIÓN DE M.I.

EDAD: _____ OCUPACIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

NÚMERO DE HIJOS _____

RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (SI) (NO)

NÚMERO DE HERMANOS INCLUYÉNDOSE USTED: _____

LUGAR QUE USTED OCUPA ENTRE ELLOS: _____ VIVE CON SU PAREJA: (SI) (NO)

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

Procure responder todas las preguntas.

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

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

89.	Les grito a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
90.	Regaño a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
91.	Cuando me enojo con mi pareja insulto a mis hijos	S	CS	A	N
92.	Sé como tratar a mis hijos	S	CS	A	N
93.	Insulto a mis hijos por cualquier cosa que hacen	S	CS	A	N
94.	Cuando me enojo con mi pareja les pego a mis hijos	S	CS	A	N
95.	Cuando me enojo con mi pareja les grito a mis hijos	S	CS	A	N
96.	Les grito a mis hijos porque me exigen mucho	S	CS	A	N
97.	Les hablo con groserías cuando mis hijos hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
98.	Les pego a mis hijos cuando me molestan	S	CS	A	N
99.	Insulto a mis hijos cuando llegan a casa a la hora que quieren	S	CS	A	N
100.	Les pago a mis hijos porque hacen lo que se les da la gana	S	CS	A	N
101.	Insulto a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
102.	Cuando mis hijos me contestan los insulto	S	CS	A	N
103.	Les grito a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
104.	Cuando recuerdo que fui abusada sexualmente me desquito con mis hijos	S	CS	A	N
105.	Les pego a mis hijos porque son desordenados	S	CS	A	N
106.	Jaloneo a mis hijos porque son mas importantes para mi pareja que yo	S	CS	A	N
107.	Les pego a mis hijos por cualquier cosa	S	CS	A	N

GRACIAS POR SU COLABORACION.....