

RELACION ENTRE LAS ACTITUDES, COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO E IMAGEN CORPORAL DE LOS PADRES CON LAS
DE SUS HIJOS, ENTRE LOS 8 Y 11 AÑOS DE ESTRATO MEDIO EN
BOGOTA

Tesis de Grado

ANDREA LEÓN LÓPEZ

Asesores

LUIS ALBERTO ANGEL A*

MARA TERESA GOMEZ R**

Universidad de la Sabana

Facultad de Psicología

Chia, Abril de 2001

RELACION ENTRE LAS ACTITUDES, COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO E IMAGEN CORPORAL DE LOS PADRES CON LAS
DE SUS HIJOS, ENTRE LOS 8 Y 11 AÑOS DE ESTRATO MEDIO EN
BOGOTA

Angel Luis Alberto*. Gomez Maria Teresa**, León López Andrea

Palabras Claves: Trastornos del comportamiento alimentario (03550),
Actitudes alimentarias (04500), Imagen corporal (06450),
Influencia familiar (32140), Anorexia nerviosa (02950),
Bulimia(07078).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación existente entre los hábitos alimenticios e imagen corporal de los padres con las de sus hijos, niños entre los 8 y 11 años, ya que las creencias de los padres, los estilos de alimentación, las múltiples variables sociales y culturales entre otras, han servido como predisponentes para que se presente en niños la distorsión de la imagen corporal y la alteración en los hábitos alimenticios.

Se valoraron 75 sujetos, 41 mujeres y 31 hombres, se utilizaron las pruebas ECA (Angel, 1994) y de percepción de imagen corporal (Stors, 1983) para evaluar las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal. El análisis de resultados se realizó por medio del coeficiente de correlación de Pearson,

Se encontró al realizar las correlaciones entre el grupo de padres y sus hijos que las mujeres tienen un porcentaje mayor que los hombres en relación a los temas de imagen corporal, las madres tienden a influenciar las creencias de sus hijos sobre sus propios cuerpos más que los padres, Los hijos, especialmente las niñas, parecen ser sumergidos en una subcultura donde se da énfasis y mayor importancia a estar delgado.

Se puede concluir que el entorno familiar unido a la presión de los pares, al rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunos niños presenten desde edades muy tempranas conductas de pérdida de peso y se sientan descontentos con sus cuerpos.

*Director del proyecto, Médico Internista y Nutriólogo Fundación Cardio Infantil.

**Co- directora del Proyecto. Psicóloga Fundación Cardio Infantil.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
PROBLEMA	8
FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRAFICA	10
Historia	10
Clasificación	14
Anorexia nerviosa	14
Bulimia nerviosa	16
Trastorno no especificado	18
Factores de Riesgo	22
Socio culturales	24
Personalidad	28
Influencia familiar	29
Imagen Corporal	35
Evaluación	43
Marco Referencial	46
Teoria Cognitivo Conductual	46
OBJETIVOS	51
General	51
Específicos	51
VARIABLES	52
HIPÓTESIS	53
METODO	54
Diseño	54
Población	54
Instrumento	55
Consideraciones Eticas	56
Procedimiento	57

ANALISIS DE RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	75
REFERENCIAS	83
ANEXOS	92

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 y 2: Pruebas aplicadas	91
Anexo 3: Consentimiento Informado	92
Anexo 4: Graficas de Resultados	95

INTRODUCCION

Recientemente los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), especialmente la anorexia, bulimia nerviosa y el trastorno de comer no especificado han llamado la atención de los médicos, psiquiatras, psicólogos y del público en general.

La descripción de los trastornos del comportamiento alimentario puede parecer para muchos una situación de excepción y sin repercusión importante en el medio clínico o social. Sin embargo la frecuencia de tales trastornos es muy alta tanto en los países desarrollados como aquellos en vía de desarrollo (Markovic, 1998).

El problema principal de estos trastornos es su difícil diagnóstico ya que son trastornos secretos, ocultos voluntariamente por los pacientes no solo a sus familiares y amigos sino al médico y al nutricionista. El diagnóstico se basa con frecuencia en la voluntad del paciente de realizar una modificación de su situación o de reconocer que ciertas pautas o conductas, comportamientos e ideas sobre su cuerpo los ha experimentado y menciona la verdadera frecuencia e intensidad de las mismas (Angel, 1995).

De esta forma, este término se refiere a trastornos psicológicos que se traducen en graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Debido a su naturaleza psicológica los trastornos alimentarios se encuentran íntimamente ligados a los aspectos cognitivos, conductuales

y emocionales del individuo implicado. Entre los trastornos más conocidos se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosas. Algunas características de los llamados trastornos alimentarios son la insatisfacción consigo mismo, la preocupación por el peso y la figura en la edad temprana. (Sherman, 1988).

Los trastornos de la alimentación consisten en devastadoras enfermedades conductuales producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y una cultura en la que existe una sobreabundancia de comida y una obsesión con el estar delgado. Los trastornos del comer se categorizan en general como bulimia nervosa, anorexia nerviosa y trastornos del comer no especificados (Guidry, 1997).

Generalmente, afectan con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes que hacen parte de sociedades desarrolladas, donde la sobreabundancia de comida se contrapone al énfasis de la delgadez como un estilo de vida apoyado por los medios de comunicación masivos. Anteriormente se pensaba que esta era una enfermedad de las clases altas, recientemente se ha venido democratizando y apareciendo en personas de bajos recursos. Estos fenómenos han sido explicados por la masificación de los medios de comunicación y la intensa publicidad existente alrededor de una figura femenina delgada, como símbolo erótico y de alto valor social; ejerciendo una presión exagerada

para que esta se mantenga entre los parámetros de delgadez como clave del éxito personal (Toro, 1993).

Sherman (1988) afirma que un elemento importante a través de la historia del hombre ha sido la búsqueda de suficiente alimentación. Paradójicamente, los aspectos psicológicos de los trastornos específicos de la alimentación se relacionan con la privación más que con las manifestaciones de lujo y abundancia. De hecho mientras que los medios de comunicación inclinan al hombre a degustar nuevas y mejores recetas, las modelos y actrices muestran que la delgadez es atractiva. Esta ambigüedad provoca confusión en las jóvenes que luchan por cuestiones de identidad en relación con la sexualidad y la imagen corporal. De este modo la imposibilidad de controlar el exceso en las comidas y mantener la delgadez conduce a sentimientos de desconcierto, vergüenza y culpa.

En los últimos años se ha dedicado mayor importancia a la apariencia física y a la figura; vivimos en una sociedad superficial, donde las mujeres han sido las principales víctimas, ya que el estereotipo de mujer hermosa se ha convertido en aquel donde la delgadez extrema es su principal característica; los medios de comunicación se han encargado de promover esta actitud. Como efecto de esta situación se ha presentado un índice muy elevado de desórdenes alimenticios, con el fin de alcanzar esa figura tan deseada que es bombardeada por todo lo que nos rodea (Gard, 1996).

Cada día, son más los preadolescentes que caen en esta enfermedad psico-emocional de las cuales muchas han llegado a terminar con sus vidas. ¿Se habrá convertido esta enfermedad en una epidemia social?

Las creencias de los padres, los estilos de alimentación, las múltiples variables sociales y culturales entre otras, han servido como predisponentes para que se presente en niños la distorsión de la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario en la infancia (Lucero, 1999).

Es por esto, que es fundamental analizar la relación que tienen las actitudes, comportamientos alimentarios e imagen corporal de los padres en la posible distorsión de la imagen corporal y los hábitos alimentarios de sus hijos, con edades entre los 8 y 11 años; ya que la predisposición familiar y ciertas características personales juegan un papel importante en las causas de los trastornos de la alimentación.

PROBLEMA

Los trastornos de alimentación constituyen hoy en día uno de los problemas más frecuentes en la adolescencia y la adultez joven. (Markovic, 1998).

Son enfermedades conductuales producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y una cultura en la que existe una obsesión por el estar delgado. En los últimos años un gran número de investigadores se han preocupado en el desarrollo de los trastornos alimentarios y sus patrones, la variable más importante que se ha identificado como factor decisivo en el desarrollo de los síntomas es la insatisfacción corporal (Garner, 1990)

Inicialmente se creía que afectaban fundamentalmente a mujeres jóvenes y la edad más común de inicio está entre los 14 y 16 años.

Actualmente recientes investigaciones (Levine 1994, Stice, 1994; Thompson, 1995; Strien, 1996) indican que estos trastornos se están presentando en poblaciones de niños que perciben en sus familias una preocupación alta o mediana frente a la esbeltez, desarrollando una imagen corporal pobre y el uso de dietas en ellos.

Los niños se preocupan cada vez más por sus cuerpos, los mensajes sobre ser delgado, y por lo tanto atractivo, no sólo vienen de los medios de comunicación sino también del interior de la familia.

Esto nos lleva a plantearnos la pregunta ¿Cómo se relacionan las actitudes, comportamientos alimentarios e imagen corporal de los padres en la presencia de alteraciones en el comportamiento alimentario de sus hijos, niños escolares con edades entre los 8 y 11 años, en el estrato medio en Bogotá?.

FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen hoy en día uno de los problemas más frecuentes en la adolescencia y la adultez joven; están caracterizados por distorsiones severas en el comportamiento alimentario (American Psychiatric Association: DSM-IV, 1994).

Se definen como un grupo de enfermedades en las cuales existe una preocupación constante por el peso y la silueta, se tiene una imagen corporal negativa, que se convierte en el centro de la existencia e interfiere en el desarrollo de los proyectos de vida. En este grupo de trastornos se incluyen la anorexia, la bulimia y la sobrealimentación (Garner, 1991).

Historia

Desde la antigua Grecia se perciben comportamientos de ayuno autoimpuesto, debido a la dualidad filosófica del alma y el cuerpo. El ayuno se entendía como una separación del mundo terrenal y del auto-control que se podía llegar a tener de las necesidades físicas. En el cristianismo el ayuno es tomado como un rito de purificación del alma, teniendo como objetivo separar el cuerpo de la mente. Estos ayunos oscilaban entre 7 a 40 días, existen testimonios de personas que vivieron años ingiriendo únicamente pan y agua, o pequeños trozos de

manzana, como Adolio de Tarso y Santa Genoveva entre otros (Caparros y Sanfeliú, 1997).

Desde la Edad Media se tiene conocimiento de relatos en los cuales la protagonista es una misteriosa enfermedad que transforma a la persona, principalmente por una gran pérdida de peso a partir de la regla autoimpuesta de no comer. Santas, hijas de reyes, presentaban estos comportamientos de dieta autoimpuesta (Hersovici y Bay, 1990).

En el siglo XII y XIII la práctica del ayuno se suma a algunas practicas de mortificación y sacrificio como son las disciplinas, los cilicios y demás utensilios de autoagresión corporal.

En los inicios de la era Moderna, la santidad ejemplar del ayuno se cambia al opuesto: la influencia demoníaca. Los demonios tenían la capacidad de subsistir sin ingerir alimentos por largos periodos de tiempo ya que el maligno se encargaba de nutrirlos (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a Richard Morton en 1694, describe la enfermedad como “Consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva la languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor” (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En el siglo VIII en la obra de Francois Boissier de Sauvages, Nosologia Metódica (1736), la anorexia recibe el nombre de anepithyniae, término que aborda a las personas en las que se extingue

parcial o totalmente el deseo sexual y/o alimentario. Dentro de su clasificación separa a la anorexia psicógena de la orgánica. Philippe Pinel, en su obra *Nosographie Philosophique* (1798), clasifica a la anorexia dentro de “las neurosis de la digestión”, considerando estas neurosis como subsidiarias de factores físicos y psíquicos. Fleury Imbert en 1840 publica *Traité et Pratique des Maladies des Femmes*. Dentro de esta publicación están clasificadas dentro de “las neurosis del estómago”, la anorexia gástrica y la anorexia nerviosa, la primera responde a una alteración en el estómago y la segunda se deriva de un trastorno cerebral (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En 1874, el médico inglés William Gull, refuerza el término anorexia nerviosa y la describe como la enfermedad que se desarrolla en la adolescencia, que se presenta en mujeres y esta caracterizada por un estado mórbido. En la misma época el médico francés Charles Lasegue, describe de la enfermedad las distorsiones cognitivo/perceptuales con relación a la salud y a la imagen corporal, e incluye un papel importante dentro de esta enfermedad a la familia. Estos argumentos fueron tan importantes que algunos médicos pensaron que la solución al problema era alejar a estas jovencitas de su entorno familiar, otros pensaban que esta retirada del ámbito familiar era innecesaria, cruel y costosa (Foreyt, et. Al, 1999).

Con el desarrollo del psicoanálisis en los cuarentas y cincuentas, la anorexia nerviosa se consideró un desorden psiquiátrico. En 1973, Hilde

Bruch, destaca dentro de la enfermedad el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional; también describe en las pacientes una “sensación paralizante de ineficiencia” que la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo (Hersovici y Bay, 1990). Brunh (citado por Caparrós y Sanfeliú, 1997)., también crea el concepto de anorexia nerviosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo.

La bulimia, otro de los trastornos del comportamiento alimentario, tiene una historia muy ligada a la anorexia, ya que casi el cincuenta por ciento de los casos de anorexia que se han presentado durante la historia, han sido en combinación con la bulimia. Solo hasta hace algunos años, mediados del siglo XX aproximadamente, la anorexia y la bulimia y sus características han sido diferenciadas, sin dejar de lado los casos en donde se presentan combinadas o alternadas (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones de placer y vómitos autoinducidos para seguir comiendo después se presentaban en la Antigua Roma en sus festividades, en las clases altas y de poder. Más tarde estas conductas fueron condenadas por la sociedad, principalmente cuando la obesidad dejó de ser signo de prosperidad (Hersovici y Bay, 1990).

Rusell en 1979 (citado por Hersovici y Bay, 1990)., define la anorexia nerviosa proponiendo los siguientes criterios:

- a. La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada.
- b. Se presenta un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por la interrupción de la menstruación. En los hombres se evidencia en la pérdida del deseo sexual.
- c. Hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.

Clasificación

El DSM- IV (1995) reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida, que comparten una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. La categoría diagnóstica se llama trastornos del comportamiento alimentario y los subdivide en anorexia, bulimia nerviosa y trastorno no especificado.

Anorexia Nerviosa

Rausch y Bay (1991) definen la anorexia como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores y en menor medida, a hombres, caracterizado por un pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentario y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de

vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura y amenorrea en la mujer y pérdida del interés sexual en los hombres.

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto, de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético. Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones (Ramírez, 2000).

Los anoréxicos tiene una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor e irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, tienen terror a aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que eso provoca y oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión (Barlow, 1993).

Los criterios de diagnóstico son (DSM IV, 1995):

1 Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura, por ejemplo, pérdida de peso dirigida a mantener el peso en 15 por ciento por debajo del esperado.

2 Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando tenga peso insuficiente.

3 Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.

4 En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Es importante especificar el tipo:

Restictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso de laxantes y diuréticos).

Compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Períodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular, son los síntomas. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos períodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "galguerías", particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman (Hersovici y Bay, 1990).

Bulimia Nerviosa

La bulimia es un trastorno alimenticio que se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingesta copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y diuréticos.

La principal característica es la presencia de atracones (Herscovici y Bay, 1990)

Como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, al paciente le invaden fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa. Ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias (Jonson, 1990).

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor (Horne, 1991).

Criterios de diagnóstico (DSM IV, 1995):

- 1 Episodios recurrentes de atracones de comida.
- 2 Una sensación de pérdida del autodominio durante los atracones de comida.
- 3 El uso regular de vómito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno o ejercicio excesivo para evitar el aumento de peso.
- 4 Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.

5 Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.

Igual que en la anorexia se debe especificar el tipo:

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

No purgativo: durante el episodio de bulimia 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.

Trastorno de Comportamiento no Especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Criterios de diagnóstico (DSMIV, 1995):

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, excepto que, a pesar de existir 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, 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.

Según la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-IV, 1995), los trastornos de comportamiento alimentario en niños se caracterizan por un trastorno persistente en la alimentación. Los principales desórdenes y los más específicos son pica, rumiación y el desorden alimentario de infancia o niñez temprana.

El primero de los trastornos de comportamiento alimentario clasificados dentro de los niños es la Pica. La principal característica de la Pica es la ingesta persistente de sustancias sin valor nutricional, estas sustancias tienden a variar dependiendo de la edad. Los niños más jóvenes comen típicamente pintura, pelo, tela, tierra, y yeso. Los más grandes pueden comer defecaciones de animales, arena, insectos, hojas de plantas. Los adolescentes y adultos usualmente ingieren greda o tierra. No se presenta una aversión a la comida, este desorden se asocia a otros desórdenes mentales como el retardo mental, esta es la condición que está más relacionada al comportamiento de Pica. En algunos casos estos sujetos presentan deficiencias en vitaminas o minerales, pero no se han encontrado más anomalías biológicas que explique su presencia. La pobreza, negligencia y falta de supervisión

paterna aumentan el riesgo de obtener esta condición. Por lo general este desorden alimentario lo presentan los niños y ocasionalmente algunas mujeres embarazadas. La información epidemiológica de la pica es limitada. Puede presentarse en la etapa preescolar, pero se informa muy poco en este período. Entre los individuos con Retardo Mental, la prevalencia de la pica parece aumentar con el grado de severidad del retardo.(American Psychiatric Association: DSM-IV, 1994).

El segundo de los trastornos de comportamiento alimentario que se presentan en niños es la rumiación. Esta se caracteriza por repetida regurgitación y remasticación de la comida. La comida ingerida parcialmente se devuelve a la boca sin señales de náusea, desagrado, vómito o asociado a un desorden gastrointestinal. La comida puede ser expulsada de la boca, o se remastica y se traga de nuevo. No se debe asociar a problemas gastrointestinales, ni se presenta dentro del cuadro de anorexia o bulimia nerviosa.

Los trastornos de comportamiento alimentario en niños, tienen su origen durante un periodo de tiempo en donde el niño empieza a sufrir muchos cambios en su desarrollo. Según Linscheid (1983), la incidencia de los trastornos de comportamiento alimentario en niños son de casi el 30%.

Se han presentado diferentes formas de clasificación para los trastornos de comportamiento alimentario en niño. Anna Freud (1964, citada por Linscheid, 1983), sugiere una organización basada en el

origen del conflicto, divididos por niveles. El primer nivel, es el orgánico, en donde pueden estar desórdenes, trastornos físicos o neurológicos que puedan entorpecer el proceso de alimentación. Es decir, que baja el instinto de supervivencia. El segundo nivel es en el cual el instinto de supervivencia es bajo pero está más influenciado por factores emocionales y no tanto físicos u orgánicos. El tercer nivel, son los trastornos de comportamiento alimentario relacionados con neurotismo, el cual se presenta como una extensión más crónica y complicada de el segundo nivel.

En 1975 Palmer et.al. (citado por Linscheid, 1983), presentan otra forma de clasificar los trastornos de comportamiento alimentario en niños, organizándolos con naturaleza del problema y posibles causas del problema. Los mayores problemas que presenta Palmer en su clasificación son:

- Berrinches o rabietas a la hora de comer.
- Hábitos alimenticios extraños.
- Disgusto a muchas de las comidas.
- El mantenimiento prolongado de comidas no sólidas (puré, compotas, etc.)
- Demora o dificultad en tragar, chupar o masticar.
- Demora en auto ingestión.

Las posibles causas de estos problemas son principalmente según Palmer et. al (1975): mal comportamiento (no controlado por padres o

tutores), disfunciones neuromotoras y obstrucciones mecánicas, es decir, algún problema físico que le impide al niño ingerir alimentos.

Linscheid (1983) nombra los principales trastornos de comportamiento alimentario en la infancia: pica, comer demasiado, comer muy poco, y rumiación.

La aparición de estos desórdenes se puede presentar desde muy temprana edad, algunos de estos se mantienen por épocas cortas de tiempos, otras se mantienen durante toda la niñez y hay que tratarlas. La mayoría de estos autores localizan estos desórdenes en niños menores de 6 años y se salta una etapa de crecimiento hasta la adolescencia en donde en algunos casos reaparecen (13 años), y en donde los trastornos de comportamiento alimentario se pueden convertir en un problema casi letal, clasificados principalmente por anorexia y bulimia.

Factores de Riesgo

El creciente interés por el estudio y tratamiento de estos trastornos se debe fundamentalmente a razones de salud y al importante número de personas afectadas, siendo los de mayor prevalencia por este orden la obesidad, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (American Psychiatric Association (DSM-IV, 1995). Por esta razón para comprender de una forma más adecuada estos trastornos se debe

profundizar en los factores de riesgo que han sido identificados hasta el momento a partir de diferentes investigaciones,

Estos trastornos son causados por una gran variedad de factores como estrato social, influencia familiar, influencia de los medios de comunicación, personalidad y factores genéticos y biológicos.

Factores socio culturales

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) afectan fundamentalmente a mujeres jóvenes y la edad más común de inicio está entre los 14 y 16 años. La bulimia es más frecuente que la anorexia y los no especificados son más frecuentes que la bulimia (Angel, 1997).

Los estudios realizados en distintos países demuestran que la anorexia se presenta entre el 0.1% al 1.9% de la población general; la bulimia entre el 1% al 5% aproximadamente. De cada 100 personas afectadas 98 son mujeres y 2 hombres. Es más frecuente en mujeres que se desempeñan en profesiones que requieran delgadez (bailarinas, modelos) y en mujeres de clase media, alta con mayor nivel educativo (Williamson, 1993).

Investigaciones realizadas por Hsu (1990), demuestran que cerca del 30% de la población con sobrepeso pertenece a un estatus social bajo, comparado con un 16% de clase media y un 5% de clase alta. Así mismo los deseos de ser delgados aumenta según el estatus.

Recientemente se ha determinado que estos trastornos están afectando a los niños, que cada vez se preocupan más por sus cuerpos.

Algunas personas mayores animan a los niños a hacer dieta porque quieren que tengan una ventaja social (.Weiss, 1995).

La presentación de la enfermedad en los niños se da de forma similar como empieza en los adolescentes: con pérdida de peso, temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal (Weiss, 1995).

Un estudio realizado por Gordon (1990), muestra como los niños de 7 años en adelante presentan distorsión de su tamaño corporal y deliberadamente aplican conductas restrictivas de alimentación. Esta restricción deliberada puede derivar en problemas y desórdenes alimentarios graves más adelante, incluso intervenir con el desarrollo adecuado de los órganos. Además, ya que como los niños tienen menos grasa en el cuerpo que los adultos, esta deficiencia alimentaría puede traer secuelas a nivel del sistema renal, puede producir arritmia cardíaca, erosión dental, convulsiones y ruptura gástrica. En las niñas especialmente se puede ausentar la menarquia, el desarrollo de los senos, interrumpir el crecimiento en general. Finalmente, esta privación nutricional puede inhibir el desarrollo cognitivo y retardar el desarrollo intelectual.

En un estudio realizado por Maloney (1988), muestra que de una población de 318 niños entre los 7 y los 13 años, el 45 % deseaban ser mas delgados, el 38% habían tratado de bajar de peso, es decir que la mayoría de las hipótesis que clasifican los desórdenes alimentarios dentro de la etapa adolescente pueden estar dejando de lado factores de

riesgo en edades más tempranas que después se manifestaran en desórdenes como anorexia y bulimia.

El estudio realizado por Thelen (1992), sobre comportamientos alimentarios e imagen corporal dentro de una muestra de niños (191) no obesos, entre los 7 y los 13 años, presenta resultados en cuanto que las niñas se preocupan de su imagen corporal desde los 7 a los 13 años, además que estas niñas después de los 9 años incrementan significativamente su preocupación con el peso y el sobrepeso, preferirían verse más delgadas de lo que son actualmente.

Las influencias socio culturales han potenciado que los valores positivos de la persona estén asociados casi de forma exclusiva a la imagen estética de delgadez generando especialmente sobre la mujer una gran presión para alcanzar una figura delgada, esbelta y atlética. Todo ello afecta tanto a la aparición cada año de mayor número de nuevos casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Fernández-Ballesteros, 1994).

Es evidente que la valoración y apreciación que la cultura hace del cuerpo femenino determina en gran parte la presencia de los trastornos del comportamiento alimentario en mujeres jóvenes. La delgadez hoy es signo de elegancia, es evidencia de rango social, en suma es una manifestación de excelencia personal y social (Toro, 1993).

Durante las últimas décadas se ha presentado un cambio radical en formas y modos de vida que influyen decisivamente en la familia. El sector rural se ha despoblado y las ciudades han crecido desmesuradamente. La incorporación de la mujer al mundo laboral, derecho legítimo e incuestionable, ha modificado la estructura familiar (Agras 1981).

Han desaparecido unas enfermedades pero emergen otras. Entre ellas, los trastornos de la conducta alimentaria ocupan un lugar destacado. Ciertamente, en la génesis de estas enfermedades, la moda, la televisión, determinados juguetes y las revistas influyen en la adquisición de unos hábitos nutritivos que pueden llegar a resultar suicidas (Maloney, 1988).

En las sociedades occidentales la delgadez es asociada generalmente con felicidad, éxito, juventud y aceptabilidad social. El sobrepeso está relacionado con la pereza, la falta de iniciativa y falta de control (Grogan, 1999).

La idealización de la delgadez en la mujer es un fenómeno reciente, tiene origen en 1920, mucho se ha dicho que el ideal de delgadez es consecuencia de un exitoso proceso de mercadeo de la industria de la moda, convirtiéndose en un estándar cultural de belleza para las sociedades del siglo XX (Gordon, 1990).

Dentro de la cultura industrializada occidental han ocurrido una serie de cambios a través de los años, se da la consideración de ser atractivo y saludable especialmente para la mujer. Se ha llegado a un acuerdo general en el que se concluye que la presión social que conforma el ideal de delgadez es mayor en las mujeres que en los hombres.

Las revistas dejan ver una imagen fantasiosa de cómo debe ser o verse una mujer. La moda demanda un modelamiento del cuerpo femenino, puesto que cada estilo sirve en particular a determinadas formas corporales (Hill & Batí, 1995).

Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida. Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero" (Fernández, 1994).

Actualmente en América del Norte, 80% de las niñas y 10% de los niños ya han empezado una dieta de pérdida de peso aproximadamente desde los 13 años (Rosen, 1990).

En principio parece que la interiorización de estas normativas, junto a una autoestima deficiente y unos ideales de perfeccionismo, constituyen

una buena base para sentirse mal dentro de su cuerpo, iniciar dietas restrictivas o ayunos o provocarse el vómito; a fin de conseguir un cuerpo más esbelto y entrar de lleno en el caos de los TCA (Hoek, 1993).

Factores de Personalidad

Otro de los factores importantes para el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario es la vulnerabilidad personal. No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales son algunos de los predisponentes para este tipo de desórden, Estas pacientes relacionan sus sentimientos de control y de impotencia de acuerdo a su experiencia corporal, lo cual manifiesta su baja autoestima (Leon, 1997).

Las personas con este tipo de desorden sienten obtener poder de control, sienten satisfacción después de purgarse o ayunar. Por otro lado, los comedores compulsivos experimentan exactamente el sentimiento contrario; pérdida del poder de voluntad y control (Leon, 1997).

Normalmente, las personas bulímicas y anoréxicas tienden a ser perfeccionistas, al no alcanzar la perfección desmesurada e irreal a la que aspiran, se culpan arbitrariamente y necesitan auto castigarse, encontrando como medios la restricción, el ayuno o el atracón seguido de la purgación. Los comedores compulsivos tienden a permanecer sin motivación aparente y perezosos, cuando lo que realmente ocurre es que estas víctimas se encuentran en un profundo estado de depresión y aislamiento. En respuesta a su necesidad de afecto, el vacío que sienten en su interior es llenado con comida (Polivy, 1994).

Influencia Familiar

La influencia familiar es uno de los factores de mayor importancia, ya que los niños buscan la aceptación de sus padres constantemente. Ellos a menudo necesitan asegurarse que están actuando bien a los ojos de sus padres. Si hay una falta de alabanzas el niño puede sentirse desaprobado, contribuyendo a una baja autoestima. En algunas familias donde un padre es la fuerza de la disciplina, el padre que tiene este rol puede tender a ver la desobediencia como un desafío directo, y puede perder la paciencia mas rápidamente que otro. Debido a ello, los niños a menudo pueden aprender desde pequeños que nada de lo que hagan está bien a los ojos de los padres. Esto puede llevar actitudes perfeccionistas e infelicidad con todo lo que hacen (Bailey, 1991).

Se ha encontrado que la familia y pares contribuyen a que se presenten desórdenes del comportamiento alimentario, la familia y las relaciones con los pares pueden desarrollar el descontento del cuerpo, pérdida de peso, y el desorden de picar en los niños. (Thelen, 1996).

Las mujeres tienen un porcentaje mayor que los hombres en relación a los temas de imagen corporal, las madres tienden a influenciar las creencias de sus hijas sobre estar cómodas con sus propios cuerpos. Una niña con una madre que ha desordenado las pautas alimentarias, quien esta continuamente a dieta o esta obsesionada con su apariencia y que esta constantemente encima de su peso y/o del de su hija, tendrá una probabilidad más alta de desarrollar posteriormente un desorden alimenticio.

Los estudios clínicos han resaltado el papel de la familia de forma consistente en el desarrollo de los desórdenes alimentarios, modelos familiares que presentan disfunciones en la forma de comer son característicos (Hsu, 1990).

En algunas familias se transmiten mensajes sobre el cuerpo de forma directa o indirecta. Estos mensajes pueden comunicarse vía la discusión, estímulo, fastidiando, o planeando. Las niñas parecen ser sumergidas en una subcultura donde se da énfasis y mayor importancia a estar delgado (Murray, 1995; Thelen, 1996).

Murray (1995) encontró que casi 50% de adolescentes informaron que se animaron a perder peso por complacer a sus madres. Existen

otros significantes que pueden transmitir mensajes de delgadez indirectamente y pueden reforzar la importancia del ideal delgado

La obsesión con el peso y la imagen corporal de uno o de ambos padres puede llevar a lo mismo al niño. Comedores compulsivos, anorexia o bulimia de uno o ambos de los padres incrementa el riesgo de desarrollar un desorden alimenticio (Vitousek, 1994).

Si alguno de los padres tiene una actitud negativa de afrontar la vida (un desorden alimentario, alcoholismo, adicciones a drogas,..) el niño tiene un mayor riesgo de desarrollar un mecanismo negativo de afrontar la vida, incluyendo un desorden alimentario (Hamilton, 1993).

Los padres, sobre todo las madres, y el acto de los pares permiten la promoción de prácticas que están comprometidas en las conductas de pérdida de peso (Levine, 1994).

El papel de factores directos e indirectos, como la discusión y estímulo sobre la pérdida de peso, comentarios negativos sobre el tamaño del cuerpo o forma, y la planeación de conductas que permiten la pérdida de peso por parte de otros significantes son predictores del descontento del cuerpo y de las conductas de pérdida de peso en los adolescentes.

Johnson (1985), afirma que los padres juegan un papel importante en la predicción de conductas de pérdida de peso en las niñas ya que pueden influir en las actitudes y conductas. Las niñas suelen tender a

querer ser el tipo de mujeres que a sus padres les gustaría o con la cual se casarían. Los padres que hacen comentarios acerca del cuerpo o el peso de otras mujeres, sus esposas o sus hijas pueden hacer sentir a la niña que el tamaño de su cuerpo determina lo mucho o poco que la quiere. Puede crear una obsesión con su peso y una batalla para buscar el amor del padre y su aprobación.

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo (Gempeler, 1993).

La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones importantes (León, 1993).

Igualmente los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer (León, 1993).

Investigaciones realizadas por Levine (1994) indican que niñas que perciben en su familia una preocupación alta o mediana frente a la esbeltez, tienen mayor riesgo a tener una imagen corporal pobre y a involucrarse de lleno en el control de su peso.

Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Las personas con bulimia tienen una mayor probabilidad de tener un padre o madre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez (Sherman, 1988).

Agras (1981) afirma que el comportamiento alimentario en las niñas adolescentes esta asociado con la preocupaciones de peso manifestadas por los padres. Las niñas son mucho más propensas a las dietas en familias donde la mamá se describe así misma con problema de sobrepeso y constantemente lo manifiesta. La inconformidad con el peso también se asocia con el papá y su preocupación frente al tema y los comentarios que hace a su hija en relación al peso.

La importancia de la relación del padre-niño en el desarrollo de un desorden alimenticio se establece bien en la teoría psicológica y la investigación empírica. Aunque la preponderancia de la literatura se ha enfocado en la conexión entre la madre, la comida, la vinculación del infante temprana y los desórdenes alimenticios (Cullari, 1998).

Se ha encontrado que los trastornos del comportamiento alimentario tienen su origen en anomalías relacionadas con la alimentación en los

primeros años de vida, desde el nacimiento hasta los 5- 6 años de vida (Lucero, 1986).

Gempeler (1993), afirma que en un primer momento las conductas de alimentación en el niño son reflejas, pero muy rápidamente las características son únicas, tanto de quien alimenta como de quien es alimentado.

Las creencias que tengan los padres respecto de la alimentación en sí y al poder que tenga cada alimento, su dieta de alimentación (dietas, rutinas, etc.), su estilo de vida (ejercicios, horarios de trabajo, manejo de la función social de la comida) van a influir en los hábitos alimenticios del niño al igual que sus ideas respecto a la contextura que deba tener el niño (gordo o flaco) y la cantidad de comida que deba ingerir.

Las primeras experiencias que tenga el niño van a determinar el tipo de comida que prefiera, las rutinas, conductas asociadas con el acto de comer, etc.

Según un estudio realizado por Johnson, (1990) los padres juegan un papel significativo en los hábitos alimenticios de sus hijos, incluso más que el de los medios de comunicación. El estudio indica que la preocupación de los progenitores por el peso de los hijos puede influir negativamente en la autoestima del menor, sobre todo si se trata de niñas.

En la actualidad no es extraño que niñas menores de diez años traten de imitar el aspecto glamuroso de las modelos y de las estrellas de la

televisión, una tendencia que puede ir unida a los desórdenes alimenticios, frecuentes entre la gente joven.

El peso, entendido como enfermedad por los padres, es transmitido a los hijos, por lo que es importante que los propios padres recuerden que ellos son un modelo y deben intentar seguir la dieta y los comportamientos oportunos que les gustaría que emularan sus hijos. Los padres deben abstenerse de hacer comentarios negativos sobre el peso de sus hijos y el de otros compañeros (Guidry, 1995).

Imagen Corporal

De todos los factores psicológicos que pueden ser responsables de los trastornos alimentarios, la insatisfacción corporal es el más relevante e inmediato. De hecho, el control del peso (mediante cambios en su comportamiento alimentario) es el remedio que utiliza la paciente para resolver el defecto de su apariencia, y por tanto es secundario a la insatisfacción con su propia imagen (Fairburn, 1997).

Por otra parte, junto a las alteraciones del comportamiento alimentario, la distorsión de la imagen corporal es el rasgo más característico y forma parte de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios anorexia (AN) y bulimia nerviosas (BN) desde sus primeras definiciones. Rosen (1990) afirma que los trastornos del comportamiento alimentario son esencialmente trastornos dismórficos

más anormalidades en la conducta alimentaria. Tanto las dietas estrictas, como los ayunos, conductas purgativas y exceso de ejercicio físico son un tipo de conductas evitativas del aumento de peso, que es lo que realmente preocupa y que si no se consigue cambiar producirá de nuevo el agravamiento del trastorno.

El problema de la imagen corporal es multidimensional y actualmente se define como la manera en que la persona se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, aspectos cognitivos, ansiedad y aspectos conductuales (Fairburn, 1995).

El cuerpo no constituye únicamente un conjunto de estructuras, órganos o sistemas que funcionan de manera interactuante y compleja. El ser humano posee además una vivencia de ese cuerpo, una experiencia de la corporalidad, que representa un aspecto fundamental de la conciencia como función psíquica. El cuerpo es un instrumento de conexión o contacto con la realidad, es una herramienta a través de la cual se establece la imagen del mundo circundante y la relación con el otro. En este sentido el cuerpo es muy importante para la estructuración de las relaciones interpersonales (Martínez, 1999).

Es por esto que algunas condiciones clínicas muestran la complejidad con la que se entrecruzan elementos biológicos, psicológicos y

socioculturales, los cuales encadenados con la biografía del individuo pueden determinar de una manera específica la vivencia del cuerpo o corporalidad (Martínez, 1999).

La constitución física de un individuo es un factor que incide desde muy temprano en la conciencia del sí mismo y en la conducta. La imagen corporal no es estática y su construcción y estructuración se va modificando con el paso del tiempo y va incorporando los cambios de tamaño y forma que el crecimiento y desarrollo promueven. Pero también esta determinada por lo espacial, por el medio externo, por el mundo circundante (Gempeler, 1993).

La imagen corporal propia se expande, se desarrolla y se separa finalmente de la imagen de la madre. La integración progresiva de elementos en la conciencia va construyendo una identidad del yo corporal que permite al sujeto reconocerse a sí mismo, a través del tiempo, como la misma persona a pesar de los cambios en su apariencia física, no es tan sólo una construcción cognoscitiva, sino un reflejo de actitudes que resulta de la interacción con los demás (Rodin, 1993).

Para Cash (1990), la imagen corporal es como una huella digital, es un estado mental, que se desarrolla desde el nacimiento y que recibe influencias de factores históricos (aquellos que han ido dando forma a la manera en la cual miramos nuestra apariencia) y de factores actuales (aquellos relacionados con la vida diaria), que determinan como

nos sentimos, pensamos y actuamos respecto a nuestra apariencia. Así, la estructuración de la identidad del yo, se consolida alrededor de la experiencia de tener un cuerpo el cual se constituye entre la frontera entre el yo y el no yo.

Thompson (1996) afirma que existen cuatro factores que inciden de forma determinante en la generación de problemas alrededor de la imagen corporal:

- El estatus maduracional: tanto el desarrollo físico temprano, como los procesos de crecimiento rápido, tienden a relacionarse con dificultades en la estructuración de la imagen corporal.

- Los comentarios verbales negativos: historia de burlas o críticas acerca de la apariencia física.

- La comparación social respecto a la forma de comportarse: el someter su propio comportamiento a una comparación con el comportamiento de los otros, o el ser vulnerable a las comparaciones de este tipo que hacen otras personas.

- La internalización de las presiones culturales: hacer propias las creencias y valores respecto al “cuerpo ideal”.

La corporalidad puede entenderse de una manera estrictamente espacial, tal como la han planteado las nociones neuropsicológicas del esquema o la imagen corporal y su representación en la corteza cerebral. Puede verse así mismo de una manera más integral y holística que incluye percepciones, actitudes, emociones, reacciones de la

personalidad frente al cuerpo y aspectos psicosociales y culturales de la imagen corporal (Thompson, 1996).

Schilder (1997 citado por Rosen 1990), plantea que la imagen corporal es la sumatoria de las imágenes corporales de la comunidad entera, propuesta que resalta los procesos de proyección, identificación y personalización de los esquemas corporales que el individuo construye sobre la base de parámetros “ideales” para la cultura y el medio social.

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

Componente perceptual

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

Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)

Sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación,

ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión evalúan la insatisfacción corporal.

Componente conductual

Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás).

La imagen que una persona tiene o pueda tener de su cuerpo esta determinada por la experiencia social. La distorsión de la imagen corporal existe cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que está siendo representado (Toro, 1993).

Sherman (1988) define la imagen corporal como un constructo que refleja las actitudes e interacciones con otros, que es “elástica”, dependiendo de las fluctuaciones que se presentan sobre el peso, las sensaciones sobre el cuerpo y los efectos de las interacciones con otros hace que esta imagen corporal pueda variar incluso en espacios de tiempo muy cortos.

Grogan (1999) define la imagen corporal como los pensamientos, percepciones y sentimientos de una persona sobre su cuerpo. Es un fenómeno psicológico que está afectado significativamente por factores

sociales por esto la imagen corporal de cada individuo esta determinada por la experiencia social.

Según el DSM IV en los trastornos del comportamiento alimentario las distorsiones se refieren a la manera en la cual el propio cuerpo o su forma es experimentada, independiente del peso o la forma misma, o se evidencia en la negación que el sujeto hace de la seriedad del problema de estar bajo de peso.

La percepción corporal depende más de procesos cognitivos e indirectos que de la información sensorial que proviene directamente de los estímulos corporales. Por indirecto se entiende el sistema de valores, creencias y actitudes reforzadas por la cultura alrededor del cuerpo como instrumento de relación con el otro (Garner, 1979).

Los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario basan su verificación de su capacidad de mantener su peso a través de un manejo de horarios, menús mínimos y máximos, y otras técnicas de control, que generan expectativas de logro positivas con referencia a la ingesta, pero la insatisfacción con su cuerpo se mantiene.

Pruzinsky (1990) define la insatisfacción corporal como los pensamientos y emociones negativos que tiene una persona de su cuerpo.

Investigaciones realizadas por Cullari (1998) en donde se evaluaron 155 hombres y mujeres demuestran que la insatisfacción con el peso y la figura corporal se presentan en edades muy tempranas e incluso

antes de la pubertad, y que esta insatisfacción se ve más marcada en mujeres que en hombres.

En 1993 Cullari y cols; evaluaron 90 niños y niñas con edad promedio de 10 años, en donde se observó que tanto los niños como las niñas presentaron insatisfacción con sus cuerpos en las niñas era mucho más marcada.

El desarrollo de la imagen corporal en los niños no presenta un momento exacto, se relaciona con el proceso de desarrollo de la moral, en donde el niño empieza a distinguir y valorar lo bueno de lo malo, lo mismo pasa con la internalización de los conceptos sobre su cuerpo; si le agrada o desagrada, si lo percibe como bueno o malo; pero es evidente que uno de los factores que más influyen en este proceso es su medio de socialización primario que propone modelos estéticos y refuerza al niño para cumplirlos (Kolhberg, 1985).

Según los estudios realizados sobre imagen corporal en niños y la insatisfacción con la misma, Grogan (1999) concluye que la insatisfacción corporal se presenta desde los 8 años aproximadamente. Los niños y las niñas presentan los mismos miedos a la gordura y describen siluetas de cuerpo ideal muy similares a las de los adultos, para las mujeres que sean delgadas y para los hombres que sean delgados pero con músculos.

Evaluación

El primer aspecto que se debe evaluar es el deterioro físico y peso actual. Una vez recogida la historia general y médica, se debe evaluar las dietas, los hábitos alimentarios del paciente y las conductas purgativas. Igualmente resulta necesario evaluar las distorsiones de la imagen corporal; las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y finalmente la existencia de otros posibles trastornos asociados (Echeburúa, 1997).

Para la evaluación de estos trastornos se utilizan autorregistros, autoobservación, observación conductual, autoinformes y entrevistas. En la siguiente tabla se incluye una relación de las pruebas y autoinformes más frecuentemente utilizados en la evaluación de los trastornos de la alimentación.

Los instrumentos se han dividido en encuestas diagnósticas, entrevistas para evaluar la psicopatología asociada al trastorno, autoinformes sobre actitudes y síntomas de los trastornos alimentarios y autoinformes que evalúan la percepción que tiene el sujeto sobre su imagen corporal.

Instrumentos de evaluación		
TIPO DE INSTRUMENTO	OBJETIVOS	NOMBRE Y AUTOR
Encuestas diagnósticas	Detectar conductas para facilitar el diagnóstico del trastorno.	<ul style="list-style-type: none"> - Interview for Diagnostic of Eating Disorders (IDED), <u>Williamson et al., (1990).</u> - Eating Disorder Examination (EDE), <u>Fainburn y Wilson, (1993).</u> -Stanford Eating Disorders Clinic, <u>Agras (1987).</u>
Entrevistas para evaluar la psicopatología asociada	Especialmente para detectar la presencia de depresión, ansiedad, obsesiones, psicosis.	<ul style="list-style-type: none"> - Brief Interview of Secondary Psychopathology (BISP), <u>Williamson et al., (1990).</u> - Clinical Eating Disorder Eating Instrument (CEDRI), <u>Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik (1987).</u>
Autoinformes de actitudes y síntomas de trastornos alimentarios	Detectar sintomatología propia de los trastornos de la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de comportamiento alimentario ECA, <u>Angel (1994)</u> - Eating Attitudes Test (EAT), <u>Garner y Garfinkel (1979).</u> - Eating Disorder Inventory (EDI), <u>Garner y Olmstead (1984).</u> - Bulimia Test (BULIT), <u>Smith y Thelen (1984).</u> - Binge Eating and Cognitive Factors Scale, <u>Gormally, Black. Daston v Rardin</u>

Instrumentos de evaluación		
TIPO DE INSTRUMENTO	OBJETIVOS	NOMBRE Y AUTOR
		(1982).
Autoinformes sobre la imagen corporal.	Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - The Body Esteem Scale (BES), <u>Franzoi y Shields (1984)</u>. - The Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ), <u>Cash, Winstead y Janda, (1986)</u>. - Body Shape Questionnaire (BSQ), <u>Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)</u>. - Escala de siluetas o de figuras, <u>Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero, y Veitia (1985)</u>. - Subescala del EDI, <u>Garner y Olmstead (1984)</u>. - Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal, <u>Toro, Salamero, y Martínez (1994)</u>. -Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), <u>Rosen, Salzberg, y Srebnik (1990)</u>. <p>Percepción de la imagen corporal, <u>Stors J. (1983)</u>.</p>

MARCO REFERENCIAL

Teoría Cognitivo Conductual En Los Trastornos Del Comportamiento Alimentario

La teoría cognitivo conductual aplicada a los trastornos del comportamiento alimentario explica el inicio de estos, en parte, como consecuencia del modelado social. Pero este aprendizaje vicario, o por imitación, no da cuenta del estado de emaciación al que llegan, el cual sobrepesa con mucho los cánones de belleza y atractivo. En interacción con este aspecto social, se ha planteado la incidencia del modelo de evitación que explica no sólo el inicio sino el mantenimiento del trastorno (Echeburúa, 1997).

Con el tiempo se desarrolla a menudo un patrón clínico de restricción de la comida, atracones y conductas purgantes.

Desde la perspectiva cognitivo- conductual, las conductas purgantes y el ponerse a dieta se refuerzan negativamente al disminuir la ansiedad con respecto a ganar peso (Williamson, 1990). Se considera que los atracones se mantienen por una reducción del afecto negativo, además de los efectos placenteros de comer (Caballo, 1998).

Las teorías cognitivo conductuales aplicadas a los trastornos del comportamiento alimentario explican que la ansiedad con respecto a ganar peso, impulsa a métodos extremos para el control del peso (Rosen, 1992; Williamson, 1990). Los pacientes diagnosticados con estos trastornos hacen ejercicio en exceso, tienen comportamientos purgativos y restringen su comida para controlar la ganancia de peso y reducir la ansiedad.

No quieren ser aliviados de la ansiedad ya que esta les permite estar siempre en continua vigilancia. Las experiencias aversivas son funcionales, ya que esta amenaza les ayuda a mantenerse en la difícil tarea de restringir la comida, a pesar de su hambre voraz (Echeburúa, 1997).

La evitación fóbica explica muchas de las conductas de estos trastornos, tales como: hacer dieta, hiperactividad, los vómitos y el uso de laxantes. La fobia al peso le permite una retirada de las circunstancias temidas asociadas a la madurez psicosexual, la gordura o la responsabilidad. La realización de la dieta les permite interrumpir el desarrollo de la forma adulta y evitar todos los retos de la pubertad, para lo que no se sienten preparados (Echeburúa, 1997).

A diferencia de otros trastornos fóbicos en estos trastornos no se puede tener un escape total de la situación aversiva y por tanto esta ansiedad no desaparece incluso con el bajo peso, ya que siempre se está en riesgo de ganarlo (Caballo, 1998).

Se distinguen también de otros trastornos fóbicos simples, porque las conductas se mantienen por refuerzo positivo. La pérdida de peso no sólo es la solución para evitar la situación temida, sino que le da un sentido de auto eficacia. La focalización de toda la atención para lograr una pérdida de peso progresiva, superando incluso los cánones de delgadez y llegando a la emación con grave riesgo de su vida, les produce a estos pacientes un auto- refuerzo de dominio y competencia que perpetúa la realización de la dieta, y comienza una retirada progresiva de todo lo que le distraiga su meta. Las relaciones sociales se pierden, las actividades lúdicas se ignoran. El control de peso llega a ser el único referente para su autoevaluación (Echeburúa, 1997).

El estilo cognitivo característico de estos trastornos es la sobregeneralización y el razonamiento dicotómico. Así un pequeño incremento de peso les indica la inminencia de obesidad. Un fallo en cumplir la dieta que se han marcado es sinónimo de descontrol: este supuesto descontrol vuelve a generar gran ansiedad y se inician o incrementan las conductas restrictivas (Echeburúa, 1997).

Las sensaciones corporales se interpretan de forma incorrecta: el exceso de actividad que desarrollan la interpretan como signo de salud. La sensación de plenitud gástrica después de comer, como signo de que la comida es algo extraño e impuesto y por tanto inadmisibles. La

ausencia de ciclos menstruales como algo sin importancia e incluso beneficioso (Caballo, 1998).

Martínez (1999) afirma que Entre los principales *errores cognitivos* están:

Sobrestimación: Dar excesiva importancia a un aspecto prescindiendo de cualquier otro. Habitualmente, el aspecto considerado es de carácter negativo y crea malestar. Por ejemplo: "Estar gordo es lo peor que puede ocurrir."

Generalización : Hacer un juicio global a partir de un aspecto parcial o temporal. Por ejemplo: "Si como una galleta, no podré parar hasta acabar con la caja."

Pensamiento dicotómico: Pensamientos maximalistas del tipo todo o nada, blanco o negro sin punto intermedio. Por ejemplo: "Si no hago régimen, me pasaré comiendo."

Conclusiones erróneas: Por falta de información correcta, llegar a resultados equivocados. Por ejemplo: "Una persona de 1,80 cm puede pesar lo mismo que una de 1,50, si se lo propone."

Pensamiento supersticioso: Atribuir a determinados objetos y situaciones capacidades que no poseen. Por ejemplo: "Si puedo ponerme unos zapatos más pequeños que los de mi talla, adelgazaré."

El tratamiento cognitivo se dirige a la identificación y modificación de los pensamientos y creencias irracionales que subyacen a estos trastornos y a la resolución de problemas personales.

La mayoría de pacientes sobrestiman las dimensiones de su cuerpo. Aun con un peso normal, o por debajo de lo normal, creen estar obesos y desean disminuir de peso. Alrededor de esta preocupación giran muchos de los pensamientos irracionales, creyendo que ganarán en aceptación social cuanto más bajo sea su peso corporal (Martínez, 1999).

Es necesario que los pacientes aprendan a identificar los pensamientos, creencias y sentimientos que acompañan su conducta alimentaria. Para ello debe ser adiestrado en el reconocimiento de lo que son cogniciones, emociones y comportamientos. Conviene que junto a los datos alimentarios se registren las situaciones que han provocado pensamientos, sentimientos y comportamientos relevantes para el trastorno. Esto es, junto al registro alimentario debe reseñarse qué pensamientos, sentimientos y conductas han acompañado al atracón o vómito. Y no sólo eso, también deben analizarse los pensamientos relativos a la imagen corporal, la autoestima, las habilidades sociales y la asertividad del paciente. A lo largo de las sesiones de tratamiento, el paciente debe modificar los pensamientos identificados como irracionales o disfuncionales, revisando la objetividad de los mismos, así

como su eficacia. Una vez identificados, hay que aprender a desarrollar pensamientos alternativos positivos y adecuados, y consecuentemente comportamientos alternativos adaptativos (Barlow,1993).

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la relación que tienen las actitudes y comportamientos alimentarios e imagen corporal de los padres en la imagen corporal y hábitos alimentarios de sus hijos.

Objetivos Especificos

Evaluar actitudes y comportamientos alimentarios de los padres de niños y niñas que se encuentran entre los 8-11 años.

Evaluar imagen corporal de los padres de niños y niñas que se encuentran entre los 8-11 años.

Establecer la relación existente entre las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal de los padres con las de sus hijos.

Identificar en la población de padres la presencia de trastornos del comportamiento alimentario.

VARIABLES

1. *Actitudes y comportamientos alimentarios*: Las creencias que se tengan respecto de la alimentación en sí y al poder que tenga cada alimento, su dieta de alimentación (dietas, rutinas, etc.), su estilo de vida (ejercicios, horarios de trabajo, manejo de la función social de la comida) (Gempeler, 1993, Kostansky y Gullone 1999). Se operacionaliza, por medio de los resultados obtenidos en la escala de comportamiento alimentario ECA, la cual incluye diferentes aspectos, como actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimenticios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos.

2. *Imagen Corporal*: Es la manera en que uno percibe, imagina y siente respecto a su propio cuerpo, se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva y ansiedad (Fairburn, 1995). Se operacionaliza con los resultados obtenidos en la escala de percepción de imagen corporal, la cual permite evaluar las distorsiones del peso y la imagen corporal, se relaciona con el índice de masa corporal.

3. *ChEAT: Children's eating attitude test*, Maloney et al., 1989: La prueba es una versión modificada de la Eating attitude test (Garner et al., 1982), fue diseñada para investigar las preocupaciones dietarias y comportamientos alimentarios en niños.

4. *Sexo*: Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer. Femenino o masculino. Se operacionaliza de acuerdo al fenotipo.

5. *Edad*: Se define como los años de vida de una persona, es el número de años cumplidos.

HIPÓTESIS

H1: Existe una relación significativa entre los hábitos de alimentación de los padres, la percepción de la imagen corporal con las de sus hijos.

HO: Existe una relación significativa e inversamente proporcional entre los hábitos de alimentación de los padres, la percepción de la imagen corporal con las de sus hijos.

H2: Existe una relación significativa entre los hábitos de alimentación y percepción de la imagen corporal de las madres con las de sus hijos.

H3: Existe una relación significativa e inversamente proporcional entre los hábitos de alimentación y percepción de la imagen corporal de los padres con las de sus hijos.

METODO

DISEÑO

Se realiza una investigación de tipo descriptivo- correlacional ya que pretende establecer la relación entre las variables.

POBLACIÓN

Padres de niños y niñas entre los 8 y 11 años, correspondientes con los cursos escolares 3ro, 4to y 5to de primaria, del colegio Centro Cultural Reyes Católicos que según la categorización establecida por el Ministerio de Educación pertenece al estrato medio.

Participan voluntariamente los padres de los niños que fueron evaluados en el estudio "*Análisis de las actitudes y comportamientos alimentarios e imagen corporal en escolares de 7 a 11 años en Bogota*". Realizado por Angel, Gómez y Forero (2000), ya que se busca establecer la relación entre padres e hijos.

*Criterios de Inclusión:*_ Autorización del colegio y de los padres de familia para la aplicación de las pruebas. Se incluyen todos las personas que acepten participar y que sus hijos lo hallan hecho en el estudio anterior, se incluyen las pruebas que estén contestadas completamente.

*Criterios de exclusión:*_ Se excluyen pruebas incompletas que se invalidan cuando se dejan sin contestar más de cuatro preguntas, para la ECA.

INSTRUMENTOS

ECA: Encuesta de conducta alimentaria, elaborada por el Dr Luis Angel (1994), la cual incluye diferentes aspectos, como actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimenticios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos.

El tiempo de duración es de 10 a 20 minutos, es llenado por el sujeto y consta de 32 preguntas, 28 de ellas en forma de selección múltiple con cuatro posibles respuestas.

Las opciones de respuestas son en su mayoría excluyentes, pero se deja la opción de responder a más de una si se considera necesario. Las probables respuestas tienen un orden que va desde la normalidad o pauta de comportamiento más común hasta opciones que suelen apartarse del esquema de la población general. El orden es variable y aleatorio en las diferentes preguntas. La puntuación de las respuestas a cada pregunta va desde cero a tres puntos, y en caso de dos o más elecciones se acepta la de mayor valor. La máxima puntuación posible es de 91 puntos y la mínima es cero. Un puntaje por encima de 23 se considera sugestivo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA). (anexo 1).

Percepción de peso e imagen corporal:

Esta prueba es tomada de Stors J. Nutre (1983). Se utiliza para conocer si hay distorsiones en la imagen corporal. Se relaciona con el peso, la talla y el índice de masa corporal. Permite identificar sujetos en riesgo de presentar trastornos de la imagen corporal.

La prueba consta de unos dibujos de la silueta del cuerpo, la persona debe escoger una de las siluetas que represente su figura actual y su figura ideal.(anexo 2).

Consideraciones Eticas

Ardila R, (1999) plantea en el código de ética del psicólogo las siguientes consideraciones:

El psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos, debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación. Se debe respetar su privacidad. Los participantes tienen derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad.

El participante puede elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento, sin recibir ninguna consecuencia negativa por negarse a participar o por retirarse. Tiene derecho al anonimato

cuando se reporten los resultados y a que se protejan los registros obtenidos.

El consentimiento informado deben firmarlo los participantes en la investigación. Se les debe decir en qué consiste la investigación, por qué se les selecciono para participar en ella, cuanto esfuerzo requerirá su participación, Se les especificara claramente que su participación es completamente voluntaria, que pueden negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin recibir castigo alguno. (anexo 3).

En el último término el investigador es el juez definitivo de su propia conducta. La responsabilidad recae siempre sobre el investigador.

Es preciso ser honestos. Esto incluye describir los hallazgos científicos como se encontraron. Evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos u ocultar información científica que contradigan los resultados.

Un comité de ética debe evaluar los proyectos de investigación científica (comité de trabajo de grado de la Universidad dela Sabana).

PROCEDIMIENTO

Después de obtener la aprobación del colegio para continuar con la investigación se establece el contacto con los padres para explicarles los objetivos de la investigación y la importancia de continuar con el proceso que se inicio con sus hijos.

Fase de aplicación: Se tendrán en cuenta los padres de los niños que

están participando en el estudio “*Análisis de las actitudes y comportamientos alimentarios e imagen corporal en escolares de 7 a 11 años en Bogotá*”. Realizado por Angel, Gómez y Forero (2000), con el fin de relacionar los resultados obtenidos por los niños con el de los padres.

En el momento de la aplicación se reunirán los participantes en un salón que reúna las condiciones necesarias; la evaluadora dará las instrucciones para diligenciar el instrumento y estará presente mientras lo desarrollan con el fin de resolver las dudas que se presenten.

El tiempo de la aplicación es ilimitado, con un tiempo promedio de 30 min.

Análisis de los datos: inicialmente se realiza una limpieza de datos que permite eliminar las pruebas que se excluyen, se organiza la información en una base de datos y se utilizan los estadígrafos requeridos, las variables serán relacionadas y analizadas con las medidas de estadística descriptiva tales como: mediana, promedio aritmético, desviación estandar, distribución de frecuencias y pruebas paramétricas y no paramétricas para diferencias de promedios y porcentajes y se correlacionan.

Fase de resultados y discusión de la investigación: Una vez que los datos han sido codificados y transferidos a una matriz se procede al análisis, el cual es de tipo cuantitativo.

Inicialmente se utilizarán las técnicas de la estadística descriptiva:

distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (moda, mediana y media) esto con el fin primordial de la descripción de las características principales de los datos obtenidos.

Posteriormente se deben interpretar en forma dinámica la influencia que tiene cada uno de los factores de la problemática estudiada.

Para calcular el grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas por los niños y las de los padres se utiliza el coeficiente (r) de Pearson que indica cuanto y en qué forma las variables están ligadas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evaluaron 75 padres (41 mujeres, 34 hombres). El promedio de edad fue de 41 años y el rango 23-59. En la tabla 1 se observan las características generales de la población estudiada.

Tabla 1

Características generales de padres de escolares de 3 a 5 grado según el sexo

Variable*	Mujeres** (n= 41)	Hombres** (n=34)	Probabilidad
Edad (años)	39.63± 0.947	44.70 ± 0.968	0.0301
Estatura (cms)	161.70 ± 0.806	171.23 ± 1.123	0.0012
Peso (Kgs)	55.65 ± 1.020	72.38 ± 1.057	0.0001
IMC	21.31 ± 0.413	24.70 ± 0.335	0.0919
Imagen real	2.90 ± 0.143	3.67 ± 0.167	0.0234
Imagen ideal	2.07 ± 0.113	3.14 ± 0.120	0.0000
IIC	1.51 ± 0.11	1.18 ± 0.049	0.0121
ECA	22.07 ± 1.41	16.67 ± 1.58	0.3030

* IMC: Índice de masa corporal; IIC: índice de imagen corporal

ECA: Puntuación total de la prueba

** Valores en promedios ± error estándar

En cuanto al estado nutricional; el peso promedio del grupo es de 63 Kilos y la estatura es de 166 centímetros, el índice de masa corporal es de 22.85 que lo ubica dentro de la normalidad.

El índice de imagen corporal es de 1.365, el 49% puntúa 1 lo que indica que no se presenta distorsiones en la imagen corporal, el 36% obtuvo puntuaciones superiores a 1 y menores a 2 que indican insatisfacción corporal y el 15 % restante presenta distorsiones en su imagen ya que sus puntuaciones son superiores a 2.

La imagen real y la ideal presentan diferencias entre mujeres y hombres, queriendo estas ser más delgadas y los hombres mantenerse igual. Por esta razón se presentan también mayores puntajes por parte de las mujeres en el índice de imagen corporal.

En la prueba que evalúa las actitudes y comportamientos alimentarios (ECA) la puntuación promedio fue de 19, que indica que no se presentan trastornos de comportamiento alimentario en el grupo, algunos items si indican alteraciones en los hábitos alimentarios especialmente en el grupo de mujeres.

El promedio del grupo de mujeres fue de 22.07 y el de los hombres 16.67.

Tabla 2

Características generales de padres de escolares de 3 a 5 grado según el curso

Variable*	Tercero (n=28)	Cuarto** (n= 26)	Quinto (n= 21)	Probabilidad
Edad (años)	41.44 ± 1.268	42.57 ± 1.289	41.773 ± 1.294	a=0.8598 b=0.5248 c=0.6682
Estatura (cms)	166.70 ± 1.582	165.73 ± 1.328	165.54 ± 1.641	a=0.9332 b=0.5977 c=0.6428
Peso (Kgs)	62.70 ± 1.972	64.00 ± 2.020	63.00 ± 2.441	a=0.9231 b=0.6590 c=0.7468
IMC	22.49 ± 0.539	32.220 ± 0.577	22.884 ± 0.643	a=0.6417 b=0.3675 c=0.6924
Imagen real	3.22 ± 0.202	3.308 ± 0.155	3.227 ± 0.263	a=0.9999 b=0.9553 c=0.9642
Imagen ideal	2.704 ± 0.183	2.577 ± 0.168	2.364 ± 0.181	a=0.7122 b=0.4199 c=0.8746
IIC	1.233 ± 0.057	1.400 ± 0.093	1.468 ± 0.187	a=0.1331 b=0.2981 c=0.6070
ECA	18.74 ± 1.747	20.077 ± 1.793	20.182 ± 2.550	a=0.6297 b=0.6190 c=0.9713

* IMC: Índice de masa corporal; IIC: índice de imagen corporal

ECA: Puntuación total de la prueba

** Valores en promedios ± error estándar

a= diferencia: 3-5

b= diferencia 3-4 c= diferencia 5-4

En la tabla 2 se observan las características generales de la población dividida por cursos, al realizar las comparaciones entre las diferentes

variables se observa que no existen diferencias significativas entre los tres grupos.

Tabla 3

Características generales de madres de escolares de 3 a 5 grado según el curso

Variable *	Tercero (n= 14)	Cuarto** (n= 16)	Quinto (n= 11)	Probabilidad
Edad (años)	37.29 \pm 0.95	39.13 \pm 1.89	42.73 \pm 1.76	a=0.4072 b=0.0332 c=0.1358
Estatura (cms)	162.79 \pm 1.49	159.62 \pm 2.05	161.18 \pm 1.59	a=0.5561 b=0.2052 c=0.5559
Peso (Kgs)	54.64 \pm 1.47	59.44 \pm 2.33	53.55 \pm 0.84	a= 0.6937 b= 0.0651 c= 0.0368
IMC	20.66 \pm 0.59	22.78 \pm 0.83	20.75 \pm 0.60	a= 0.9279 b= 0.0374 c= 0.0627
Imagen real	2.64 \pm 0.23	3.31 \pm 0.22	2.64 \pm 0.28	a= 0.9855 b= 0.0457 c= 0.0597
Imagen ideal	2.07 \pm 0.20	2.06 \pm 0.17	2.09 \pm 0.25	a= 0.9484 b= 0.9739 c= 0.9226
IIC	1.31 \pm 0.08	1.81 \pm 0.25	1.35 \pm 0.14	a= 0.8967 b= 0.0530 c= 0.0919
ECA	21.86 \pm 2.31	26.00 \pm 2.86	18.36 \pm 2.06	a= 0.3685 b= 0.2411 c= 0.0494

* IMC: Índice de masa corporal; IIC: índice de imagen corporal

ECA: Puntuación total de la prueba

** Valores en promedios \pm error estándar

a= diferencia: 3-5

b= diferencia 3-4 c= diferencia 5-4

En la tabla 3 se pueden apreciar las características generales de la población de mujeres divididas por cursos; se observan diferencias especialmente en el índice de masa corporal, en el índice de imagen corporal y en la prueba ECA . El grupo de cuarto obtuvo puntuaciones mayores en estas variables, después están las puntuaciones del grupo de tercero y las menores son del grupo de quinto.

Al comparar los tres grupos no se observan diferencias significativas en cuanto a la imagen ideal, pero las puntuaciones indican una tendencia a querer ser más delgadas, mostrando inconformidad con su aspecto actual.

Tabla 4

Características generales de padres de escolares de 3 a 5 grado según el curso

Variable*	Tercero (n= 14)	Cuarto** (n= 10)	Quinto (n= 10)	Probabilidad
Edad (años)	42.13 \pm 1.68	45.33 \pm 1.62	45.92 \pm 1.72	a= 0.1520 b= 0.7974 c= 0.1520
Estatura (cms)	171.15 \pm 2.33	172.50 \pm 1.69	170.25 \pm 1.51	a= 0.7674 b= 0.6208 c= 0.4714
Peso (Kgs)	71.38 \pm 1.69	73.17 \pm 1.44	73.25 \pm 2.97	a= 0. 5218 b= 0. 4912 c= 0. 9774

IMC	24.47 ± 0.59	24.06 ± 0.68	24.35 ± 1.09	a= 0.7953 b= 0.6823 c= 0.9177
Imagen real	3.77 ± 0.28	3.42 ± 0.26	3.88 ± 0.44	a= 0.8223 b= 0.4030 c= 0.3439
Imagen Ideal	3.23 ± 0.23	3.00 ± 0.25	3.00 ± 0.19	a= 0.5184 b= 0.4677 c= 1.0000
IIC	1.19 ± 0.08	1.20 ± 0.10	1.24 ± 0.10	a= 0.7210 b= 0.9463 c= 0.7697
ECA	16.85 ± 2.55	15.08 ± 2.11	18.00 ± 4.52	a= 0.7912 b= 0.6495 c= 0.5123

* IMC: Índice de masa corporal; IIC: índice de imagen corporal

ECA: Puntuación total de la prueba

** Valores en promedios ± error estándar

a= diferencia: 3-5

b= diferencia 3-4

c= diferencia 5-4

La tabla 4 muestra las características de la población de hombres divididas por curso, no se observan diferencias significativas entre los tres grupos.

En cuanto a los hábitos de alimentación los del 69% consisten en tres comidas tradicionales, el 82% desayuna los siete días de la semana ,el 89% almuerza los siete días y el 64% come solamente cinco días en la semana.

Al hacer la comparación por sexo se observa que el 41% de las mujeres desayuna tres veces a la semana y el 91% de los hombres lo

hacen los siete días de la semana, el 92% de las mujeres y el 94% de los hombres almuerzan los siete días de la semana, el 58% de las mujeres y el 76% de los hombres comen en la noche los siete días.

El 97% de las mujeres considera que como igual que los demás, el 92% degusta los alimentos y en el 53% los hábitos de alimentación han cambiado según la época de su vida. El 17% a veces se ha provocado el vómito para controlar su forma de comer y su peso en algún momento de su vida, el 24% ha usado laxantes y el 26% ha tomado medicamentos que aumentan la orina.

El 39% de las mujeres cuando por cualquier razón come demasiado se siente culpable de haberlo hecho y el 19% intenta corregir el exceso de alguna manera.

Respecto a la evolución del peso en el 51% ha oscilado de 2 a 5 kilos pero se ha mantenido estable, el 31% hace dietas a veces para controlar su peso.

En el grupo de hombres ninguno se ha provocado el vómito para controlar el peso, tan solo el 8% ha usado laxantes y el 12% medicamentos que aumentan la orina.

La evolución del peso en el 50% se ha mantenido siempre estable, El 79% de los hombres nunca hace dietas para controlar su peso

El 82% de las personas comen realizando otras actividades como leer o estudiar, mirando televisión, videos, cine, futbol.

Respecto al peso corporal el 33% ocasionalmente se interesa en su

valor, el 17 % piensa en él siempre que come algo, al 26% de las mujeres es algo que les preocupa permanentemente, al 11% ocasionalmente les interesa su valor y al 53% de los hombres los tiene sin cuidado y casi nunca lo verifican.

El peso que actualmente tienen se debe a la alimentación habitual en el 63% de las personas; en el grupo de mujeres el peso que presentan en el 54% es el fruto de la alimentación habitual y en el 46 % restante al cuidado constante que ponen en el, a dietas frecuentes y cortas con o sin el consejo de un profesional. En el 79 % de los hombres es el fruto de la alimentación habitual.

El 37% cree que podría mejorar su cuerpo con algunos cambios en su alimentación, al 17% de las mujeres le desagrada la forma de su cuerpo o de una parte de él, y el 50% de los hombres lo considera adecuado o normal.

Respecto al grupo de los niños que fueron evaluados inicialmente se encontró que el promedio de edad fue de 10.13 años y el rango 8-13 años. En cuanto al estado nutricional se presentó una diferencia significativa en el peso para la edad y el peso para la talla siendo estos dos en percentiles superiores en los niños.

El índice de masa corporal se encuentra dentro del promedio esperado. La imagen real se muestra equivalente entre niños y niñas, mientras que la imagen ideal varía significativamente entre niños y niñas.

Esta diferencia entre imagen real e ideal influye directamente en el índice de imagen corporal que también es significativamente diferente entre ambos sexos, haciendo evidente un deseo mayor por las niñas a verse más delgadas.

Se observaron diferencias significativas en la imagen ideal de los niños y niñas de tercero con los de quinto, en donde los de tercero presentan un índice de imagen ideal menor, desean ser más delgados.

Se presenta una insatisfacción de la imagen corporal más marcada en niñas, lo que indica que estas niñas presentan un descontento con su imagen corporal incluso antes de haberse desarrollado. El 4% de la población total presentó índices de imagen corporal iguales o superiores a 2, lo que indica distorsión de la imagen corporal.

En la prueba ChEAT más niños que niñas puntuaron por encima de 20, en las preguntas referentes a imagen corporal las niñas presentan más preocupación, los niños piensan más en comida, sienten que no la pueden controlar e invierten mucho tiempo pensando en ella. La tabla 5 muestra las características de esta población.

Tabla 5

Características generales de escolares de 3 a 5 grado

Variable*	(n=144)
Edad (años)	9.85 ± 0.07
Estatura (cms)	139.6 ± 0.006

Peso (Kgs)	34.50 \pm 0.60
IMC	17.57 \pm 0.22
Peso/Edad	56.67 \pm 2.24
Talla/Edad	62.30 \pm 2.37
Peso/Talla	45.76 \pm 2.00
Imagen real	3.96 \pm 0.07
Imagen Ideal	3.59 \pm 0.06
IIC	1.16 \pm 0.03
ChEAT	16.26 \pm 0.63

* IMC: Índice de masa corporal; IIC: índice de imagen corporal

ChEAT: Puntuación total de la prueba

** Valores en promedios \pm error estándar

Las principales diferencias entre niños y niñas se presentan en las categorías del ChEAT de preocupación por la imagen corporal siendo las niñas las más preocupadas y en pensamientos relacionados con la ingesta de alimentos son los niños los que presentan porcentajes significativamente superiores a las niñas.

Tabla 6

Índices de atracción del cuestionario del ChEAT en escolares de 3 a 5 grado

<i>Elemento</i>	n= 144*
Alguna vez has querido ser delgado (a)?	63.2
Alguna vez has tratado de perder peso?	42.4

Ha estado tu mamá alguna vez en dieta para perder peso?	55.5
Tu mamá pesa más de lo normal?	6.3
Ha estado tu papá alguna vez en dieta para perder peso?	31.9
Tu papá pesa más de lo normal?	16.0
Ha estado un hermano (a) alguna vez en dieta para perder peso?	25.0
Alguno de tus amigos o amigas ha hecho dieta para perder peso?	53.5
Si fueras más delgado/ delgada tendrías mejores amigos y amigas?	13.2

*Porcentajes en respuestas afirmativas

La tabla 6 muestra los porcentajes de respuestas afirmativas, en donde el 63% admite que alguna vez has querido ser delgado, especialmente las niñas, el 42% ha tratado de perder peso, el 55% de las mamás ha estado alguna vez en dieta para perder peso, el 31% de los papás alguna vez han hecho dietas para perder peso y el 53 % de los amigos o amigas ha hecho dieta para perder peso.

Tabla 7

Índices de atracción del cuestionario acerca de las actitudes, comportamientos y percepción de la imagen corporal en la familia nuclear en escolares de 3 a 5 grado

<i>Elemento</i>	n=144*
Tu mamá hace comentarios sobre tu peso?	34.0
Alguien en tu casa te dice que eres gordo/ gorda?	21.5

Alguien en tu casa te dice que eres flaco/ flaca?	50.7
En tu casa tienen apodos o sobrenombres por ser gordo/ gorda?	12.5
En tu casa tienen apodos o sobrenombres por ser flaco/ flaca?	17.4
En tu casa están pendientes de que no se vayan a engordar por la comida?	38.9

* Porcentaje de respuestas afirmativas

La Tabla 7 presenta los índices de atracción del cuestionario acerca de las actitudes, comportamientos y percepción de la imagen corporal en la familia nuclear, en el 34% de los casos la mamá hace comentarios sobre el peso de sus hijos, al 39 % en su casa están pendientes de que no se vayan a engordar por la comida y al 21% les dice alguien en su casa que son gordos/ gordas.

Al hacer la correlación entre el grupo de padres y sus hijos se encontró al comparar las actitudes y comportamientos alimentarios un índice del 11 % que indica un coeficiente de correlación positivo bajo esto se debe a la gran dispersión de los datos. Existe mayor correlación entre las puntuaciones de las mamás con las de sus hijos 17% que papas con sus hijos 2%

Tabla 8

Índice de correlación entre padres e hijos en actitudes y comportamientos alimentarios

Variable	Papas	Hijos	Correlación	P= 0 .338
Actitudes y comportamiento alimentario	ECA	ChEAT	.1130 11%	

Variable	Madres	Hijos	Correlación	P= 0.298
Actitudes y comportamiento alimentario	ECA	ChEAT	.1666 17%	

Variable	Padres	Hijos	Correlación	P= 0.915
Actitudes y comportamiento alimentario	ECA	ChEAT	.0193 2%	

Variable	Madres	Hijas	Correlación	P= 0.158
Actitudes y comportamiento alimentario	ECA	ChEAT	.2853 28%	

Variable	Madres	Hijos	Correlación	P= 0.910.
Actitudes y comportamiento alimentario	ECA	ChEAT	-.0318 - 3.1%	

<i>Variable</i>		Padres	Hijas	Correlación	P=
Actitudes comportamiento alimentario	y	ECA	ChEAT	.0274 2.7%	0.909

<i>Variable</i>		Padres	Hijos	Correlación	P=
Actitudes comportamiento alimentario	y	ECA	ChEAT	-.0074 - 0.74%	0.981

Se observa mayor influencia de las mamás en sus hijas $r = 28\%$, al comparar los datos con sus hijos se presenta una correlación negativa de 3.1% que indica que es muy poca la relación entre las variables y que a medida que los datos en una variable aumentan en la otra disminuyen.

La correlación entre los papas y sus hijos no es significativa 2.7% y con sus hijos se obtuvo un coeficiente de correlación negativo bajo, casi nulo que demuestra que no se presenta influencia de los padres en sus hijos 0.74% .

Tabla 9

Índice de correlación entre papas e hijos en Imagen corporal

Variable	Papas	Hijos	Correlación	P= 0.000
Imagen Corporal			.4524 45%	

Variable	Madres	Hijos	Correlación	P=
Imagen Corporal			.5263 53%	0.000

Variable	Padres	Hijos	Correlación	P=
Imagen Corporal			.2553 25%	0.152

Variable	Madres	Hijas	Correlación	P=
Imagen Corporal			.5259 52%	0.006

Variable	Madres	Hijos	Correlación	P=
Imagen Corporal			.5537 55%	0.032

Variable	Padres	Hijas	Correlación	P=
Imagen Corporal			.3522 35%	0.128

Variable	Padres	Hijos	Correlación	P=
Imagen Corporal			-.0506 - 5%	0.870

En la tabla 9 se presentan los índices de correlación entre padres e hijos respecto a la variable de Imagen corporal. Al comparar las

puntuaciones de los papas con sus hijos se obtiene una correlación del 45% que indica un coeficiente de correlación positivo medio. Las mamás influyen más sobre sus hijos 53% que los papas que tan solo lo hacen con el 25%.

La correlación entre mamás e hijas es de 53% y papas e hijas 35% y entre mamás e hijos es de 55% y papas e hijos -5%, esto permite observar como se presentan correlaciones mayores con el grupo de mamás en los dos sexos y como las puntuaciones de los papas se relacionan con sus hijas y con sus hijos se relacionan de forma inversa y poco significativa.

DISCUSIÓN

Esta investigación representa la descripción de una población de padres y sus hijos preadolescentes del estrato medio en Bogotá, correlacionando su perfil de comportamiento relacionado con la comida y la imagen corporal.

Respecto a las actitudes y comportamientos alimentarios de los padres se observa que es en el grupo de mujeres donde se encuentran las puntuaciones más altas, esto se debe especialmente como afirma Fernández (1994) a que en la mujer se genera una gran presión social por alcanzar una figura delgada, esbelta que es hoy signo de elegancia, es evidencia de rango social y como cita Toro(1993) es una manifestación de excelencia personal y social.

Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone, para los varones esto ocurre en menor medida. Se ha llegado a un acuerdo general en el que se concluye que la presión social que conforma el ideal de delgadez es mayor en las mujeres que en los hombres (Gordon, 1990).

Esto permite corroborar la hipótesis inicial de que serían mayores las puntuaciones en el grupo de mujeres que en el de hombres.

Respecto a la insatisfacción corporal se presenta principalmente en las mujeres, el promedio es de 1,51 mayor al de los hombres que es de 1.18; al 17% de las mujeres les desagrada su cuerpo o alguna parte de él, por lo tanto como afirma Fairburn (1997), mantienen el control del peso mediante cambios en el comportamiento alimentario resolviendo el defecto de su apariencia.

Se observa que el deseo de realizar dietas se presenta principalmente en la población femenina, como lo muestran los resultados el 31% de las mujeres y el 21% de los hombres hace dietas para controlar su peso; principalmente influenciados por la industria de la dieta, que crean un problema de insatisfacción corporal y a su vez ofrece soluciones para este (Grogan, 1999). La mayoría de revistas para mujeres contienen una gran cantidad de artículos acerca de dietas, ejercicios y comidas bajas en calorías. Cerca del 60% de los artículos corresponden a temas de belleza, métodos para bajar de peso. A diferencia de las revistas para hombres, en las cuales cerca del 20% corresponden a este tipo de artículos (Grogan, 1999).

En la población de mujeres se encontró que el 37% cree que podría mejorar su cuerpo con algunos cambios en su alimentación Tanto las dietas estrictas, como los ayunos, conductas purgativas y exceso de ejercicio físico son un tipo de conductas evitativas del aumento de peso.

Se debe aclarar que no todas las personas que entran en una dieta desarrollan necesariamente desórdenes alimenticios (Hsu 1990).

Comparando con el grupo de niños los resultados permiten ver como muestra Grogan (1999) que la insatisfacción corporal se presenta desde los 8 años aproximadamente. Los niños y niñas presentan los mismos miedos a la gordura y describen siluetas de cuerpo ideal muy similares a las de los adultos, es decir, para las mujeres que sean delgadas y para los hombres que sean delgados pero con músculos.

Se presenta una insatisfacción de la imagen corporal más marcada en niñas, el 4% de la población total presentaron índices iguales o superiores a 2, que indican distorsión en la imagen corporal. Estos resultados se pueden comparar con los encontrados por Maloney (1988) en donde de una población de 318 niños entre los 7 y 13 años, el 45% deseaban ser más delgados y el 38% habían tratado de bajar de peso.

Se observó que las creencias de los padres respecto a la alimentación, los estilos de vida (ejercicios, horarios de trabajo, manejo de la función social de la comida, etc) han influenciado en los hábitos alimenticios, en el 53% de las personas los hábitos de alimentación han cambiado según la época de su vida; los del 69% consisten en tres comidas tradicionales, el 82% desayuna los siete días de la semana, el 89% almuerza los siete días y el 64% come solamente cinco días en la semana.

El 82% de las personas comen realizando otras actividades como leer o estudiar, mirando televisión, videos, cine, futbol. Esto se puede explicar como afirma León (1993) que durante las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio radical en formas y modos de vida que influyen decisivamente en los hábitos de alimentación, igualmente los medios de comunicación generan nuevas formas de comportamiento y de relación entre los miembros de la familia potenciando estos cambios.

Todos estos cambios hacen que la influencia familiar sea uno de los factores de mayor importancia en la aparición temprana de la insatisfacción corporal y alteración de los hábitos alimenticios en preadolescentes.

Los resultados encontrados al hacer las correlaciones entre padres e hijos permiten verificar la hipótesis general, ya que a mayores puntuaciones de los padres se encontraron puntuaciones mayores en sus hijos e inversamente, pero especialmente entre madres e hijos y a pesar de que los coeficientes de correlación no son muy altos debido a la dispersión de los datos, se observa la relación existente entre las actitudes, hábitos de alimentación y la imagen corporal de los padres con las de sus hijos.

Se observó como afirma Vitousek (1994), que las mujeres tienen un porcentaje mayor que los hombres en relación a los temas de imagen corporal, las madres tienden a influenciar las creencias de sus hijos sobre sus propios cuerpos. En el 34% de los niños la mamá hace

comentarios sobre su peso, al 21% les dicen en su casa que son gordos/ gordas y en 39% de los casos en la casa están pendientes de que no se vayan a engordar por la comida.

Estos resultados se pueden comparar con investigaciones realizadas por Levine (1994) que indican que los niños que perciben en su familia una preocupación alta o mediana frente a la esbeltez, tienen mayor riesgo a tener una imagen corporal pobre y a involucrarse de lleno en el control de su peso. De los 144 niños el 42% alguna vez ha tratado de perder peso y el 63% alguna vez has querido ser delgado.

Jonson (1985), afirma que los padres juegan un papel significativo en la predicción de conductas de pérdida de peso de sus hijos ya que pueden influir en las actitudes y conductas. Las niñas suelen tender a querer ser el tipo de mujeres que a sus padres les gustaría.

Es posible que en estas familias se transmitan mensajes sobre el cuerpo de forma directa o indirecta. Estos mensajes como explica Murray (1995) pueden comunicarse vía la discusión, estímulos o fastidiando a los niños por su peso. Los hijos, especialmente las niñas, parecen ser sumergidos en una subcultura donde se da énfasis y mayor importancia a estar delgado.

Los resultados permiten ver como los comportamientos de las mamás se relacionan más con sus hijas, Agras (1981) afirma que el comportamiento alimentario en las niñas esta asociado con las preocupaciones de peso manifestadas por las madres, las niñas son

mucho más propensas a las dietas en familias donde la mamá se describe así misma con problemas de peso y constantemente lo manifiesta.

Investigaciones realizadas por Murray (1995), muestran como casi el 50% de los adolescentes informaron que se animaron a perder peso por complacer a sus madres.

Finalmente se puede concluir que el entorno familiar unido a la presión de los pares, al rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunos niños presenten desde edades muy tempranas conductas de pérdida de peso y se sientan descontentos con sus cuerpos.

Los niños cada vez se preocupan más por sus cuerpos, los mensajes sobre ser delgado y por lo tanto atractivo, no sólo vienen del interior de la familia sino también de los medios de comunicación, comparaciones con las modelos de revistas y televisión hacen que la autoestima especialmente de las niñas decrezca y se presente la insatisfacción con el peso y la figura corporal, (Levine, 1994).

Los padres ejercen sobre sus hijos una influencia considerable en los hábitos de alimentación y la percepción de la imagen corporal, por esto es fundamental que recuerden que ellos son un modelo y deben intentar seguir la dieta y los comportamientos oportunos que les gustaría que emularan sus hijos (Guidry(1995).

Se espera que esta investigación sirva de referencia para la realización de otras investigaciones relacionadas con la problemática, que permitan obtener una mayor aproximación a nuestra población y de esta forma se generan nuevas estrategias de prevención de trastornos de comportamiento alimentario; ya que factores como las crisis familiares, la creencia de que ser delgado es igual a ser atractivo y los problemas individuales son algunas de las causas de los trastornos del comportamiento alimentario en la niñez.

Para que estas estrategias sean efectivas se debe desarrollar un trabajo en el que intervengan varias disciplinas, todas coordinadas para que haya una misma dirección en el abordaje del problema. El grupo interdisciplinario debe estar conformado por un médico internista, un nutricionista, un psiquiatra, un psicólogo y un terapeuta de familia.

En el campo cultural es necesario desmitificar las creencias de que las personas tienen que ser superdelgadas para alcanzar el éxito en todas las áreas y resaltar otros aspectos diferentes de su imagen corporal.

Por otro lado los medios de comunicación deben ser conscientes del impacto que producen en las mujeres, deben asumir la responsabilidad en cuanto a la preocupación malsana de las mujeres con la imagen ya que estas carecen de información que les permita saber que es sano, femenino y deseable.

Es necesario tener presente que la anorexia y la bulimia son enfermedades difíciles de tratar, pero si se detectan tempranamente existen mayores posibilidades de superarlas. Por eso es también importante la formación de hábitos alimentarios saludables desde la niñez. Así comer será visto como un acto placentero y no como una dictadura de la imagen y la belleza.

Los padres de familia deben jugar un papel esencial, deben estar atentos a los cambios en las costumbres alimentarias y a la opinión frente a la figura que tengan sus hijos, mantener una actitud abierta al diálogo, no hacer comentarios descalificantes sobre la apariencia física de la persona, no discutir sobre temas como lo mal que come o lo flaca que esta.

REFERENCIAS

Agras SS. (1981), Disorders of eating. Handbook of behavioral therapy. Willey.

American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV. Washington, DC: APA.

Angel, L. A, Vásquez, R.(1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario. *Acta medica Colombiana, Vol 22*

Angel, L.A. (1995). Trastornos del comportamiento alimentario, características clínicas y evaluación. *Acta medica Colombiana, Vol 20*

Bailey, C. A. (1991). Family structure and "eating disorders": New York: International Universities Press.

Barlow, D.(1993). Clinical Handbook of Psychological Disorders. . Guilford press.

Beck, A.,T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Bouner, E. (1997): The Anxiety & Phobia Workbook. Oakland; New harbinger Publications.press.

Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI.

Caparrós, N. & Sanfeliú, I. (1997). La anorexia: una locura del cuerpo. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

Carter, J.(1988). Cognitive Behavioral Self – Help for Bing Eating Disorder: A controlled Effectiveness study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 66.

Carter, J.C. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. Int J. Eat Disord; 22, 167-172.

Cash, T. (1990). The Psychology of Physical Appearance: aesthetics, attributes, and images. New York: Guilford Press.

Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. Behavior Modification, 11, 487-521.

Cerda, H. (1995). Los elementos de la investigación. Bogotá, Codice LTDA.

Collins, M.E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. International journal of eating disorders, 10, 199-208.

Cooper, M.(1991). Thoughts about eating, weight and shape in Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. Behavior Research and Therapy, 30.

Cullari, S., Roher, J., & Bahm, C. (1998). Body image perceptions across sex and age groups. Perceptual and Motor Skill, vol 87: 839-847.

Echeburúa, E.(1997). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

Fairburn, C.G. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry; 54: 507-517.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 4, 402-408.

Fernández, B.(1994). Evaluación Conductual Hoy. Madrid, Pirámide.

Gard, M. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. International Journal of Eating Disorders, 20, 1-12.

Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory Manual. Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

Garner, D. M., & Bermis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive therapy and research, 6, 1-27.

Garner, D.M (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med; 9. 273-279.

Gempeler, J.(1993). Obesidad, Anorexia y Bulimia. Bogotá, Artes.

Gordon, R. A. (1990). La anorexia y bulimia. Cambridge: La albahaca Blackwell, Inc

Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., and Warren, M. P (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. Develop. Psych. 30: 823-834.

Grogan, S. (1996). Growing up in the culture of slenderness: girls experiences of body dissatisfaction. *Womens Studies Internatinoaol Forum*.

Grogan, S. (1999). Body Image.understanding body dissatisfaction in men, women and children. New York: Routledge.

Guidry, A. (1997). Structural modeling analysis of body dysphoria and eating disorder symptoms in preadolescent girls. The Journal of treatment and prevention. Vol 5.

Gunn, J. (1993). Mother-daughter dyads view the family: Associations between divergent perceptions and daughter well-being. Youth Adolesc. 22: 473-492.

Hamilton, K., & Walter, G. (1993). Media influences on body size estimation environment scale and bulimic-like symptoms. Youth and Society, 23, 251-272.

Keel, P., Fulkerson, J., & Leon, G. (1995). Disordered Eating Precursors in Pre and Early Adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescent, vol 26, No. 2: 203-216.

Hersovici, C.R & Bay. L, (1990) Anorexia Nerviosa & Bulimia: amenazas a la autonomía. Paidós. Argentina.

Hill, A. J., & Bhatti, R. (1995). Body shape perception and dieting in preadolescent. Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related. New York.

Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. Psychiatru; 5: 61-74.

Hone, L. (1991). Disturbed Body image in patients with Eating Disorders. Am J Psychiatry, 148.

Humphrey, L (1986). Family relations in bulimic-anorexia and nondistressed families. Int. J. Eating disorders 5. 223-232.

Hsu, L.K. (1990). Eating Disorders. New York: Guilford Press.

Johnson, C. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. Am. J. Psychiat 142: 1321-1324.

Johnson, W. G., Corrigan, S. A., y Mayo, L. L. (1987). Innovative treatment approacher to bulimia nervosa. Behavior Modification, 11, 373-388.

Kohlberg, L. (1985). Essays on moral development. Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao.

Kostanski, M. , & Gullone, E. (1999). Dieting and Body Image in the Child's World: Conceptualization and Behavior. The Journal of Genetic Psychology, vol 160, 488-499.

León, G. (1993). Family influences, Sscholl Behaviors, and Risk for Later Develoment of Eating Disorder. Journal of Youth and Adolescence, Vol 23.

Levine, M. P, Smolak, L. Moodey, A. F., Shuman, M. D., and Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. Int. J. Eat Dis. 15: 11-20.

Linscheid, T.R. (1983).Chapter 25: Eating Problems in Children. In Walker &Roberts (Eds). Hanbook of Clinical Child Psychology.

Lucero, L.(1999). Body Dissatisfaction in Young Children. . Journal of Human Behavior, vol 24.

Maloney, M., McGuire, J.(1989). Dieting Behavior and Eating Attitudes in Children. Pediatrics 84: 482-489.

Markociv, J.(1998). Study of eating attitudes an body image perception in the preadolescent age. Journal of Youth and Adolescence, Vol 27

Martínez.E (1999). Tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa. Revista Janos, Volumen 56.

Mukai, T. (1996). Mothers, peers and perceived pressure to diet among Japanese adolescent girls. Res Adolesc. 6: 309-324.

Murray, S. H., Touyz, S. W., and Beumont, P. J. V. (1995). The influence of personal relationships on women's eating behavior and body satisfaction. Ear. Dis. 3: 243-252.

Polivy, J. (1994). Food restriction and binge eating. Journal of Abnormal Psychology. 103, 409-411.

Pruzinsky, T. (1990). Integrative Themes in body- image developmen, deviance and change. New York: Guilford Press.

Ramírez, L. (2000). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cartilla para población general. Medellín.

Ricciardelli, H. (1998). Test of Stice's dual pathway model: Dietary restraint and negative affect as mediators of bulimic behavior. Behavior Research and Therapy, 36.

Rodin, J. (1993). Cultural And psychosocial determinants of weight concerns. Aann Inten Med; 119. 643-645.

Rosen (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. International hanbook of behavior modification and therapy. Plenum Press.

Rosen, J. C. (1990). Body image disturbances in eating disorders. in anorexia and bulimia. British Journal of Psychiatry, 162, 837-840.

Rosen, J. C. (1987). A review of behavioral treatments for bulimia nervosa. Behavior Modification, 11, 464-486.

Russell, G. C. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Santacruz, H.(1993). Anorexia y Bulimia. *Acta medica Colombiana*, vol 22.

Schutze, G. (1983).*Anorexia Mental*. Barcelona, Herder.

Sherman, F.(1988). *Trastornos en la Alimentación*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Stice, E. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Abnormal Psychology*, 4, 836-840.

Strigel- Moore, R. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self consciousness, social anxiety and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Ppsychology*. 102, 297-303.

Telch, CF. (1998). The effects of caloric Deprivation an negative Affect on Binge Eating in obese Binge- eating Disordered Women. *Behavior Therapy*, 29.

Thelen, M. H. (1995). Eating behavior in junior high school females. *Adolescence* 30:171-174. Mueller, C., Field, T., Y

Thelen, M. N. (1996). Parental factors related to bulimia nervosa. *Add. Behav.* 18: 68L-689.

Thompson, J.K.(1990). Body Image disturbance. Assessment and treatment. Pergamon Press,

Thompson, J. K. (1995). Assessment of body image. In D. B. Allison (Ed.),

Toro, J. (1993). Anorexia nerviosa. . Barcelona, Martínez Roca

Turner, B. (1992). Regulatin bodies. London: Routledge.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 103.

Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different problems: Measures, theory and research . Thousand Oaks,

Williamson, D. (1990). Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. New York: Plenum.

ANEXOS

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, Enero 30 de 2001.

Señores:
Colegio:
Ciudad

Respetado Rector(a):

En los últimos años se ha venido observando un gran aumento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario, especialmente entre la población estudiantil, con un gran énfasis publicitario en todos los medios de comunicación masivos, aprovechándose para ello de algunos adolescentes que sufren de Anorexia y Bulimia Nerviosas. Los efectos devastadores sobre el desarrollo físico y emocional son seguramente conocidos por Ud. Y su grupo de docentes. Lamentablemente no se están desarrollando ningún tipo de actividades educativas, preventivas y ni tan sólo diagnósticas en la población de riesgo, por parte de ninguno de los estamentos responsables de estas condiciones.

Puesto que la aparición de estos trastornos tiene un periodo de desarrollo que culmina con el complejo sintomático catastrófico final, nosotros estamos interesados en conocer los factores relacionados con su desarrollo, mediante el estudio de los padres de los escolares entre los 8 a 11 años, estableciendo en ellos las actitudes y los hábitos alimentarios, así como el desarrollo de la imagen corporal y las alteraciones en su percepción.

Los resultados del estudio serán entregados tanto a Ud. Como a los padres de familia del establecimiento, mediante un informe escrito y si fuere necesario en forma presencial en una reunión de padres de familia, para así retroalimentar el proceso de formación, educación e investigación. Naturalmente de allí saldrán las posibles estrategias de seguimiento y evaluación de sus educandos.

Por tanto, solicitamos a Ud. La autorización para realizar el estudio: “Relación entre las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal de los padres con las de sus hijos, entre lo 8 y 11 años de estrato medio en Bogotá”, que se lleva a cabo en forma conjunta entre la Universidad de La Sabana. Este consistirá en la aplicación de pruebas a los padres de los alumnos mencionados.

Naturalmente, la realización del estudio es voluntaria, no solo para el plantel que usted dirige, sino que cada padre estará en la libertad de no participar.

Debe aclararse además que el estudio no tiene costo alguno para el plantel o para los padres y que el tiempo de aplicación de la pruebas es corto, lo cual no impedirá el desarrollo normal de las actividades programadas.

Todas las dudas o interrogantes acerca del estudio, su impacto, su metodología y su desarrollo estamos dispuestos a resolverlas a la mayor brevedad y esperamos su pronta respuesta, para así dar curso inmediato al estudio.

Cordialmente,

LUIS ALBERTO ANGEL ARANGO
Médico Internista Nutriólogo
Profesor Titular, Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Director del Proyecto de Investigación

MARIA TERESA GOMEZ ROJAS
Psicóloga Clínica

Co- Directora del Proyecto de Investigación

ANDREA LEÓN LÓPEZ
Estudiante de Psicología U.Sabana

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Trabajo de Investigación "INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES, HÁBITOS ALIMENTARIOS E IMAGEN CORPORAL DE LOS PADRES EN SUS HIJOS ESCOLARES DE LOS GRADOS TERCERO A QUINTO DE PRIMARIA" tiene el objetivo de establecer la relación existente entre las actitudes, comportamientos alimentarios e imagen corporal, de los padres con las de sus hijos, niños entre los 8 y 11 años, de diferentes estratos socio-económicos de Bogotá.

Las directivas del plantel han aceptado ser participe en esta investigación y por tanto, solicitamos a Ud. la autorización para aplicarles las diferentes pruebas estipuladas,(Dos pruebas).

Naturalmente, la realización del estudio es voluntaria, no solo para el plantel sino que cada persona estará en la libertad de no participar. Debe aclararse además que el estudio no tiene costo alguno para el plantel o para ustedes y que el tiempo de aplicación de la pruebas es corto, lo cual no impedirá el desarrollo normal de las actividades académicas.

Todas las dudas o interrogantes acerca del estudio, su impacto, su metodología y su desarrollo estamos dispuestos a resolverlas a la mayor brevedad y esperamos su pronta respuesta, para así dar curso inmediato al estudio.

Los resultados de esta investigación se pasaran al colegio y usted puede tener acceso a estos, de igual forma se utilizarán para publicación, lo cual asegura una confidencialidad total de cualquier información, por que se le da un manejo estadístico.

El estudio será publicado en revistas científicas y a través de conferencias a las cuales podrán asistir las personas participantes en el estudio, cada persona tienen libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar.

LUIS ALBERTO ANGEL ARANGO
Médico Internista Nutriólogo
Profesor Titular, Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Director del Proyecto de Investigación

MARIA TERESA GOMEZ ROJAS
Psicóloga Clínica
Co. Directora del proyecto

ANDREA LEÓN LÓPEZ
Estudiante de Psicología
Proyecto de Tesis de Grado
Universidad de la Sabana

Yo (Padre)_____ acepto participar en este estudio.

Firma_____

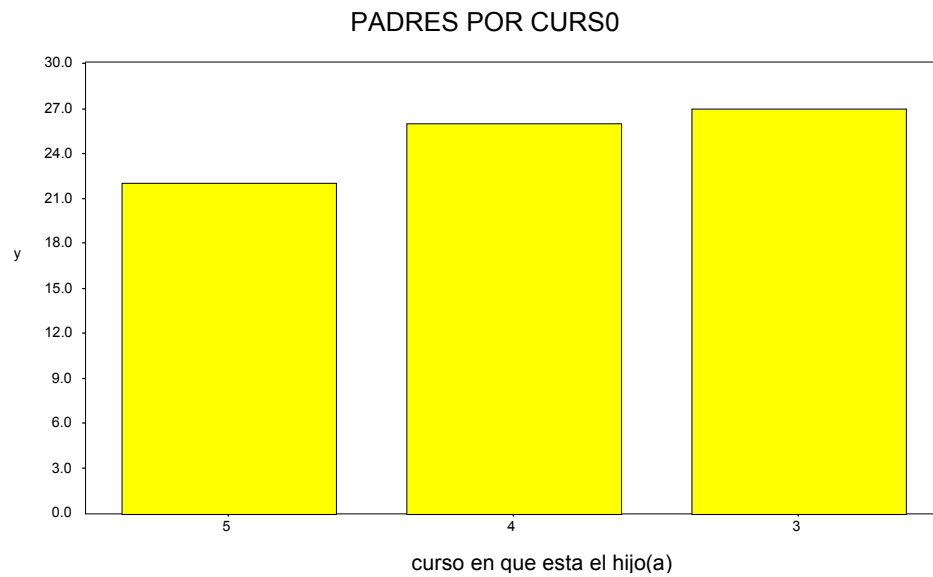
Nombre del hijo:_____ Curso:_____

Yo (Madre)_____ acepto participar en este estudio

Firma:_____

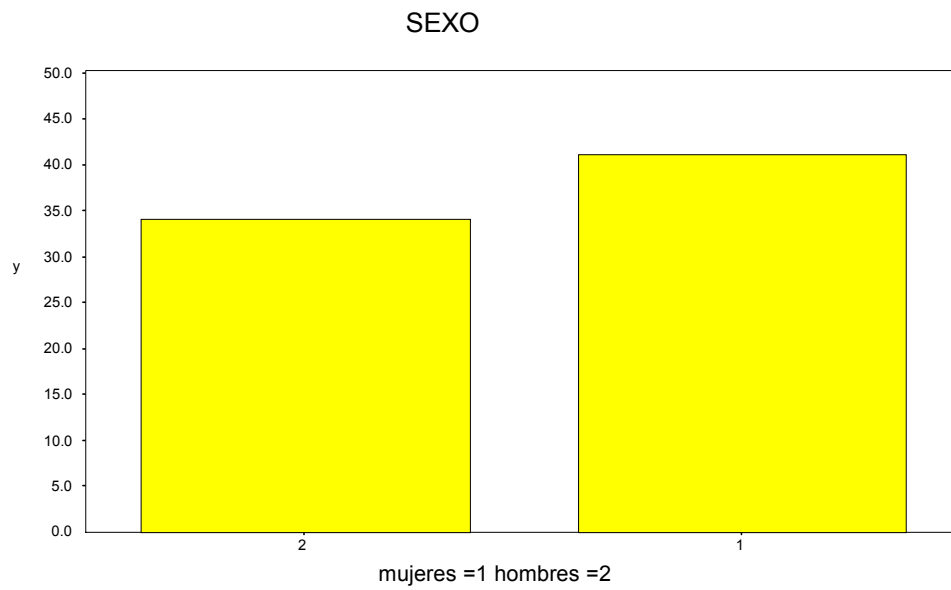
ANEXO 4**Distribución de padres por curso**

Curso	Frecuencia	Porcentaje
5	22	29.3
4	27	34.7
3	28	36.0
Total	75	100



Sexo de los Padres

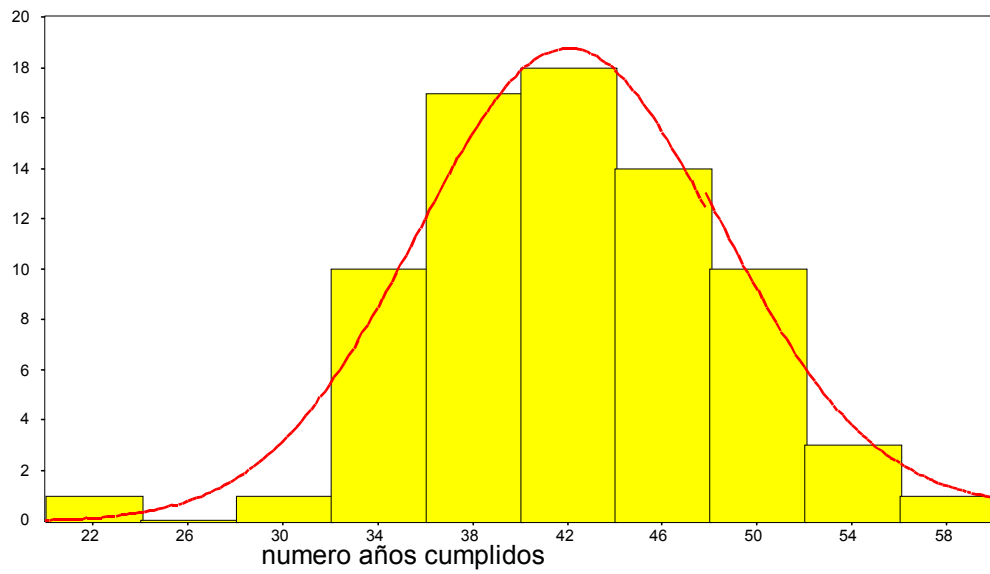
Valor	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	41	54.8
Hombres	34	45.2
Total	75	100



Edad de los Padres

Media	41.933	Error estandar	.735
Desviacion estandar	6.368		

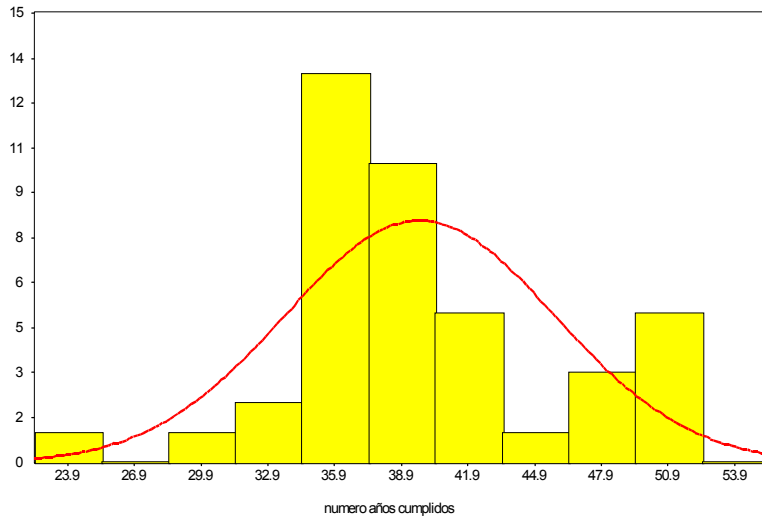
FRECUENCIA DE EDAD



Edad Mujeres

Media	39.634	Error estandar	.947
Desviación estandar	6.065		

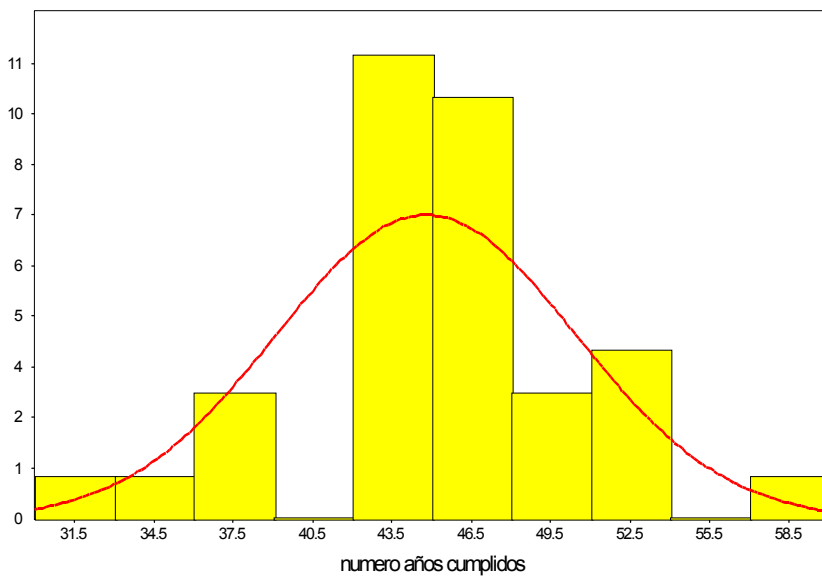
FRECUENCIA EDAD MUJERES



Edad Hombres

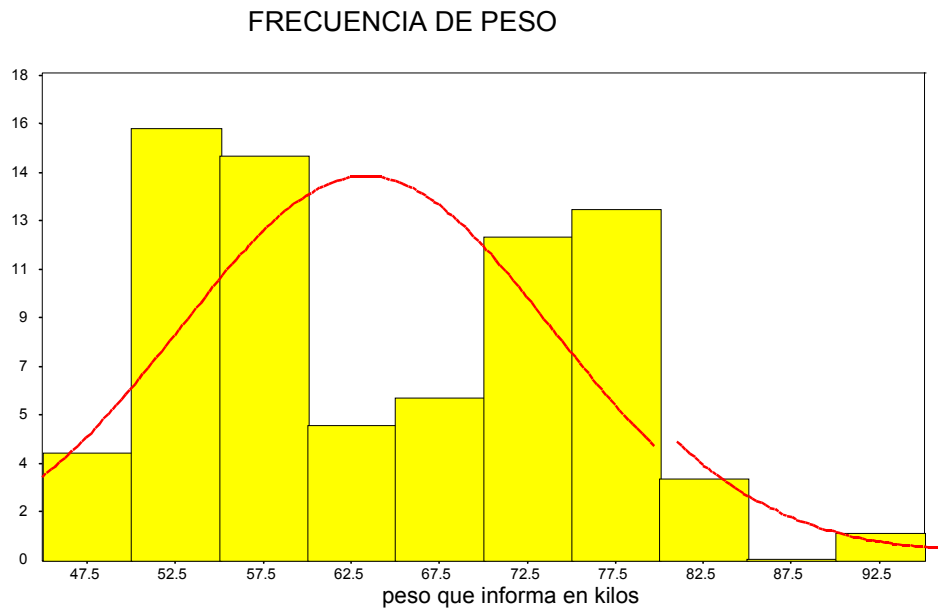
Media	44.706	Error estandar	.968
Desviación estandar	5.644		

FRECUENCIA EDAD HOMBRES



Peso de los Padres

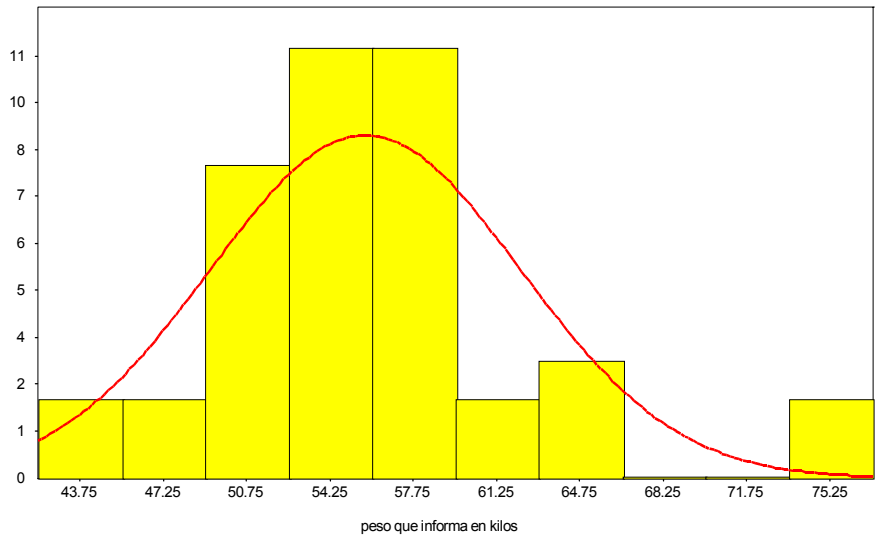
Media	63.240	Error estandar	1.212
Desviacion estandar	10.499		



Peso de Mujeres

Media	55.659	Error estandar	1.020
Desviación estandar	6.529		

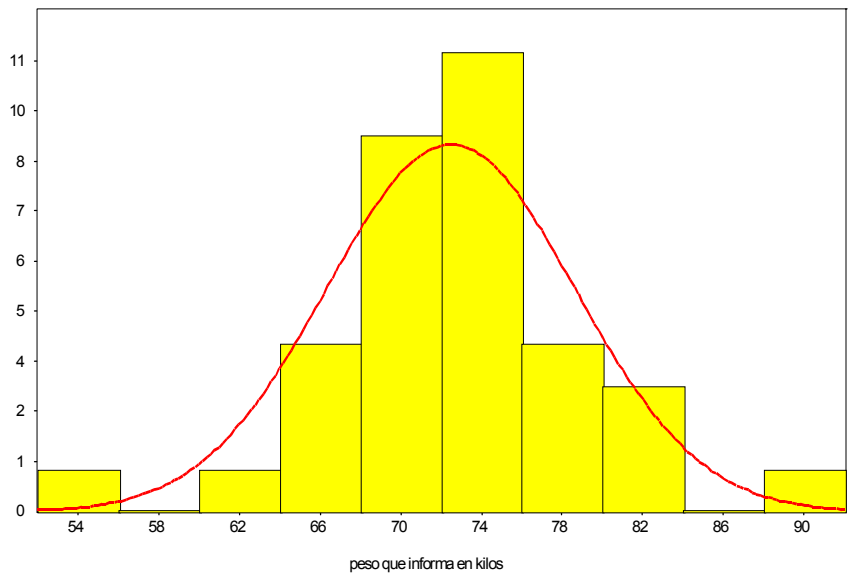
FRECUENCIA PESO MUJERES



Peso Hombres

Media	72.382	Error estandar	1.057
Desviación estandar	6.164		

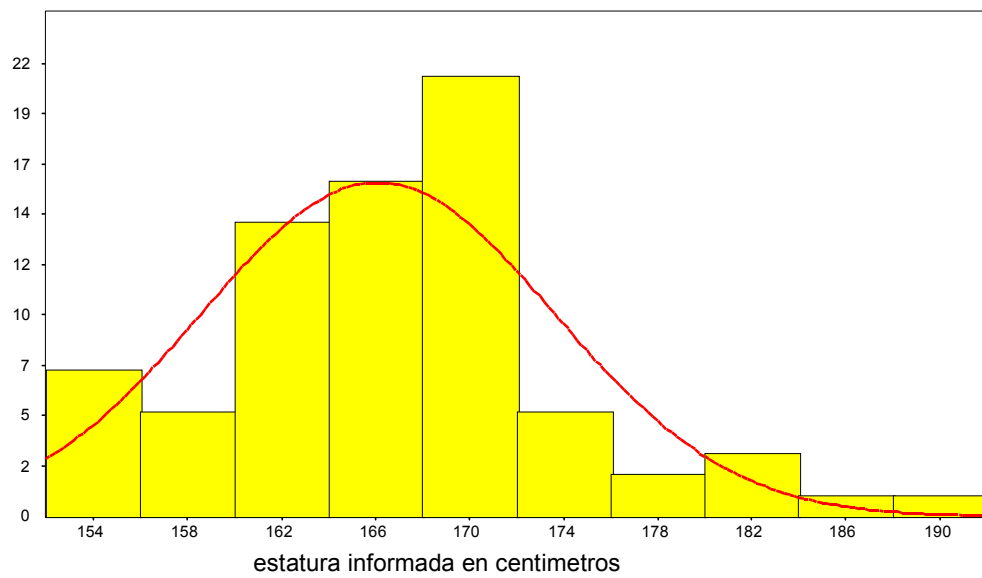
FRECUENCIA PESO HOMBRES



Talla de los Padres

Media	166.027	Error estandar	.867
Desviacion estandar	7.505		

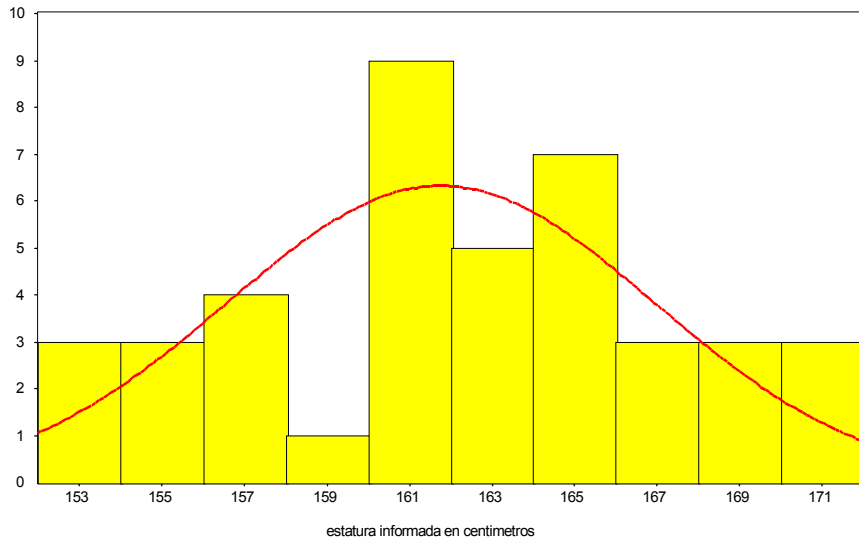
FRECUENCIA TALLA



Talla Mujeres

Media	161.707	Error estandar	.806
Desviación estandar	5.159		

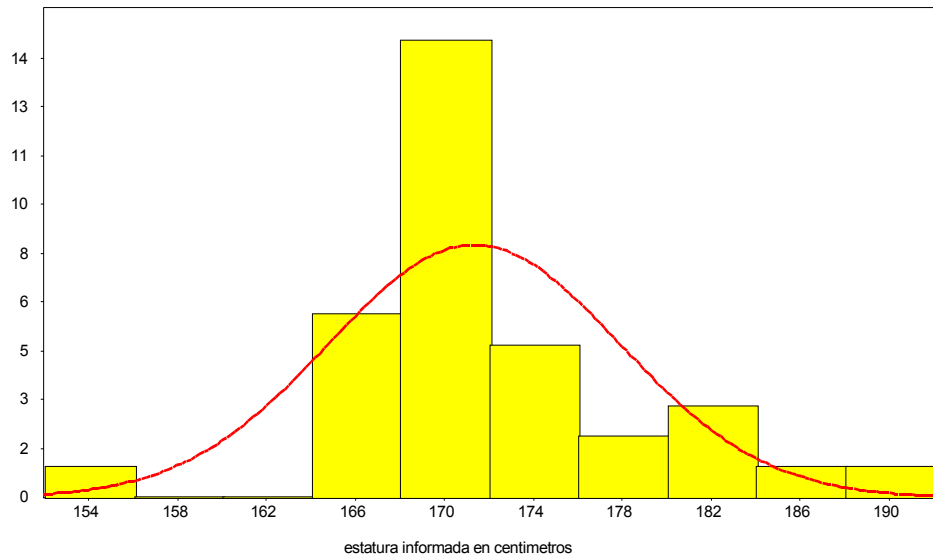
FRECUENCIA TALLA MUJERES



Talla hombres

Media	171.235	Error estandar	1.123
Desviación estandar	6.551		

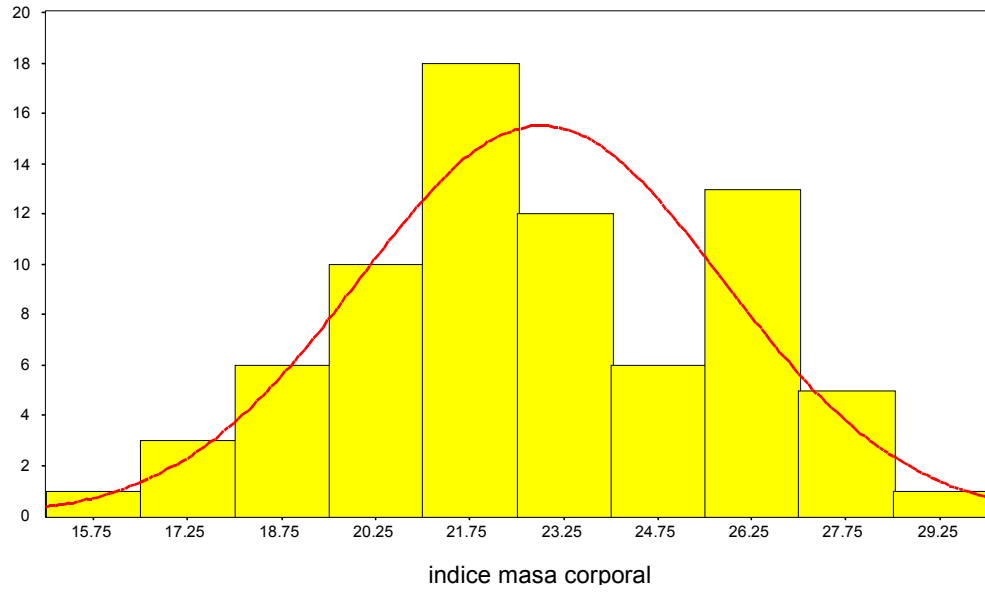
FRECUENCIA TALLA HOMBRES



Indice de Masa Corporal

Media	22.859	Error estandar	.334
Desviación estandar	2.890		

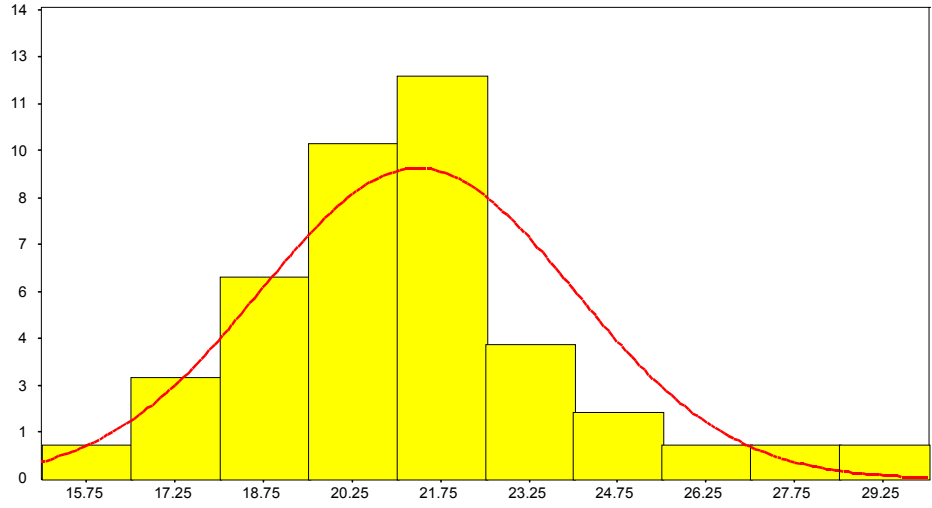
FRECUENCIA DE IMC



Índice de Masa Corporal Mujeres

Media	21.327	Error estandar	.413
Desviación estandar	2.648		

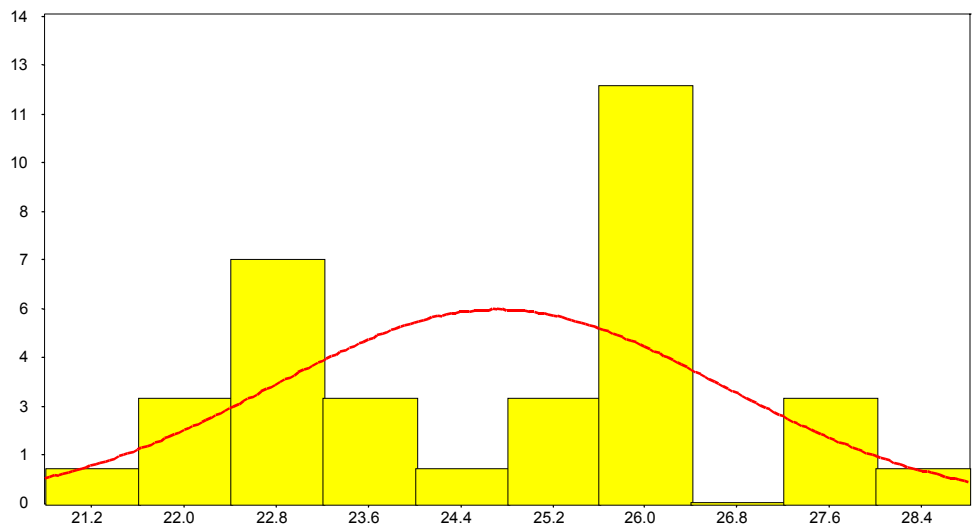
FRECUENCIA IMC MUJERES



Índice de Masa Corporal Hombres

Media	24.707	Error estandar	.335
Desviación estandar	1.950		

RECUENCIA IMC HOMBRES



Percepción Imagen Corporal

Imagen Real

Media	3.253	Error estandar	.117
Desviación estandar	1.015		

FRECUENCIA FIGURA REAL

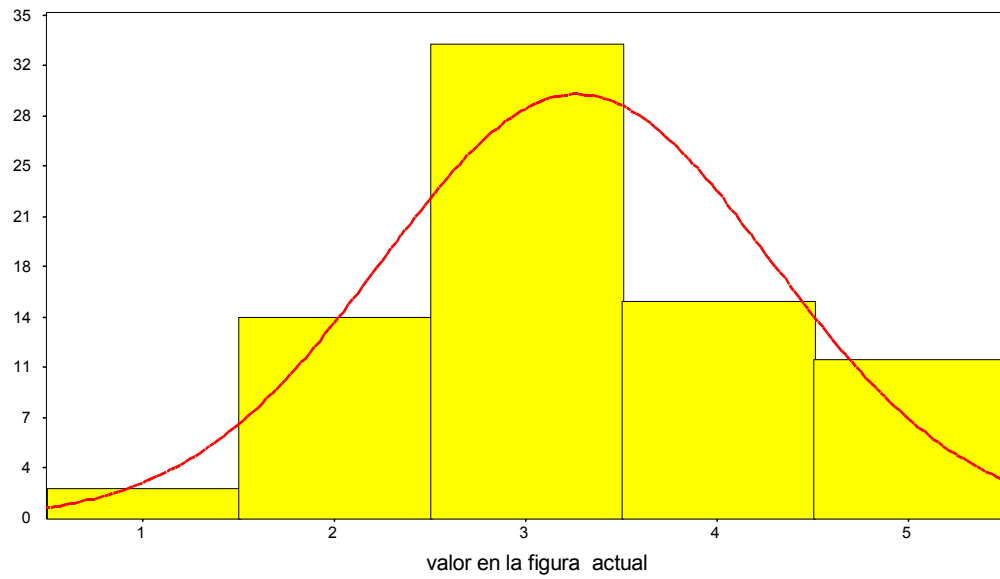


Imagen Real Mujeres

Media	2.902	Error estandar	.143
Desviación estandar	.917		

FRECUENCIA FIGURA REAL MUJERES

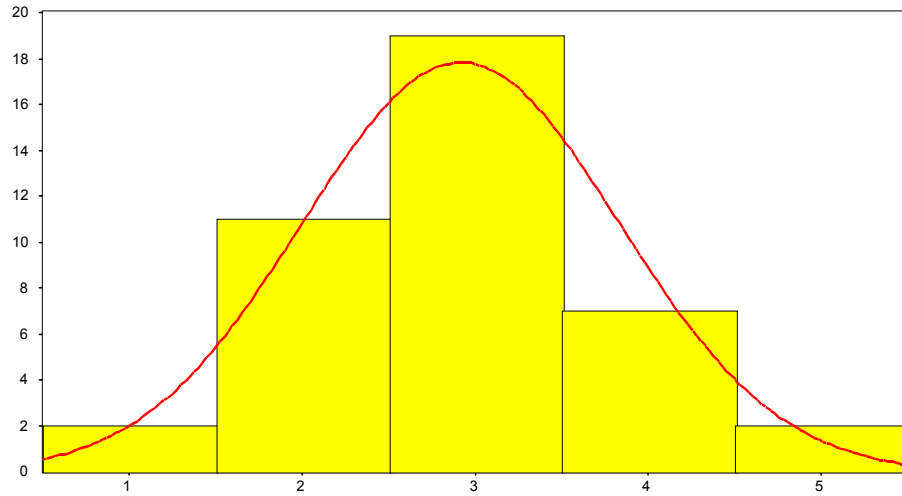


Imagen Real Hombres

Media	3.676	Error estandar	.167
Desviación estandar	.976		

FRECUENCIA FIGURA REAL HOMBRES



Imagen Ideal

Media	2.560	Error estandar	.103
Desviación estandar	.889		

FRECUENCIA FIGURA IDEAL

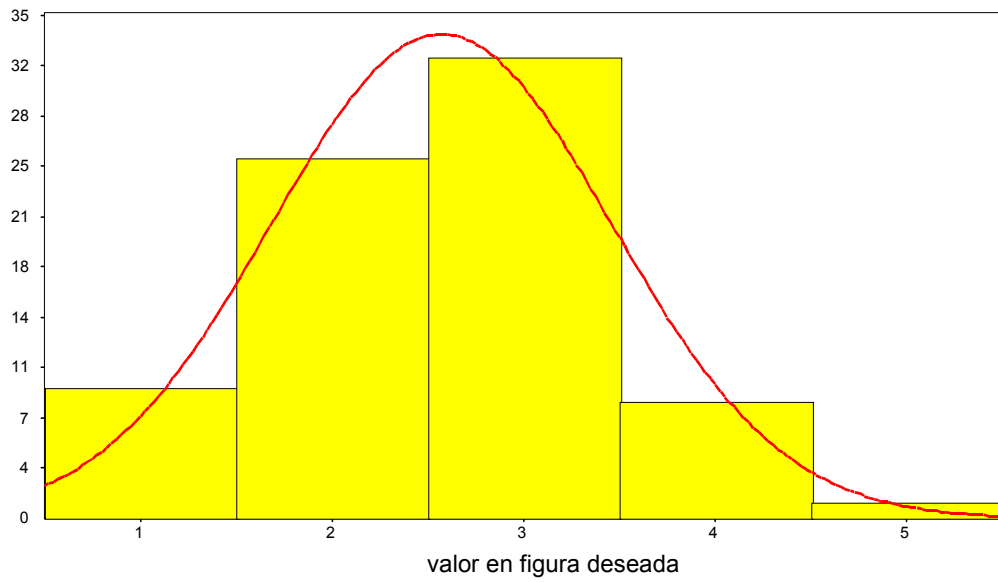


Imagen Ideal Mujeres

Media	2.073	Error estandar	.113
Desviación estandar	.721		

FRECUENCIA FIGURA IDEAL MUJERES

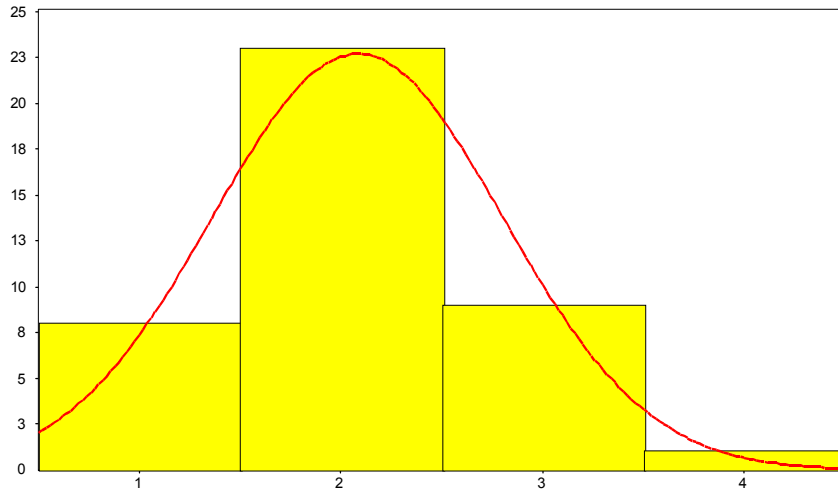
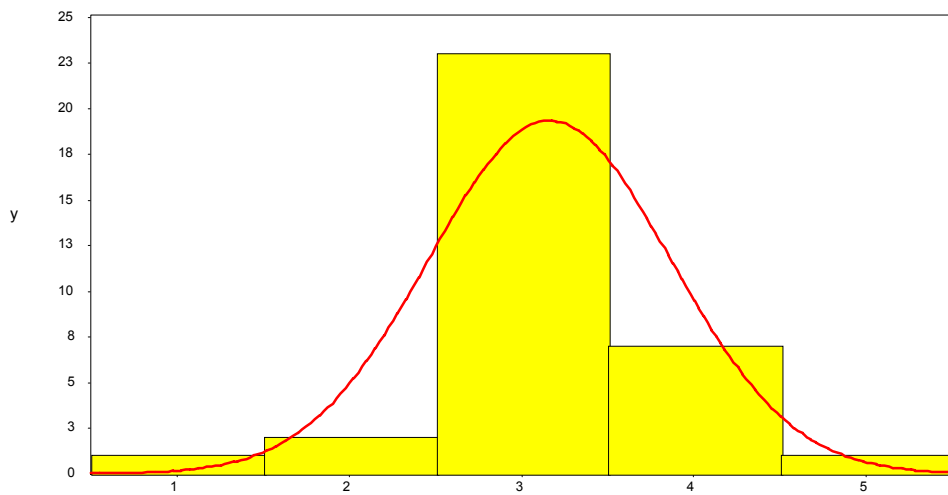


Imagen Ideal Hombres

Media	3.147	Error estandar	.120
Desviación estandar	.702		

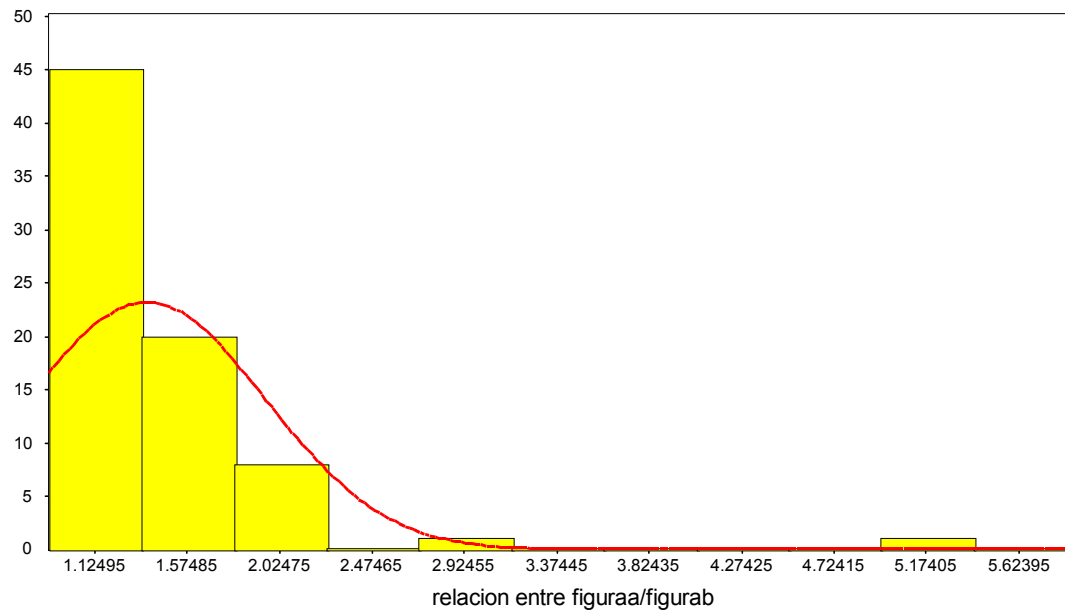
FRECUENCIA FIGURA IDEAL HOMBRES



Índice de Imagen Corporal

Media	1.365	Error estandar	.067
Desviación estandar	.580		

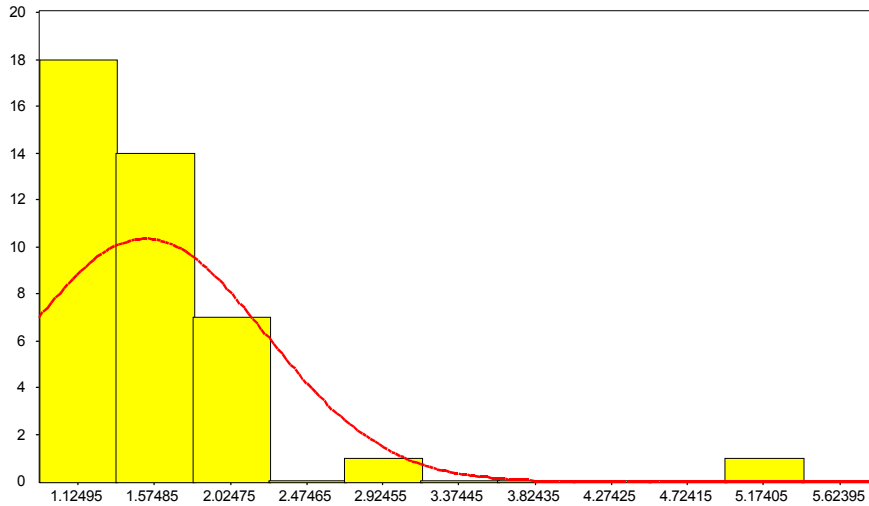
FRECUENCIA INDICE IMAGEN CORPORAL



Índice de Imagen Corporal Mujeres

Media	1.516	Error estandar	.111
Desviación estandar	.709		

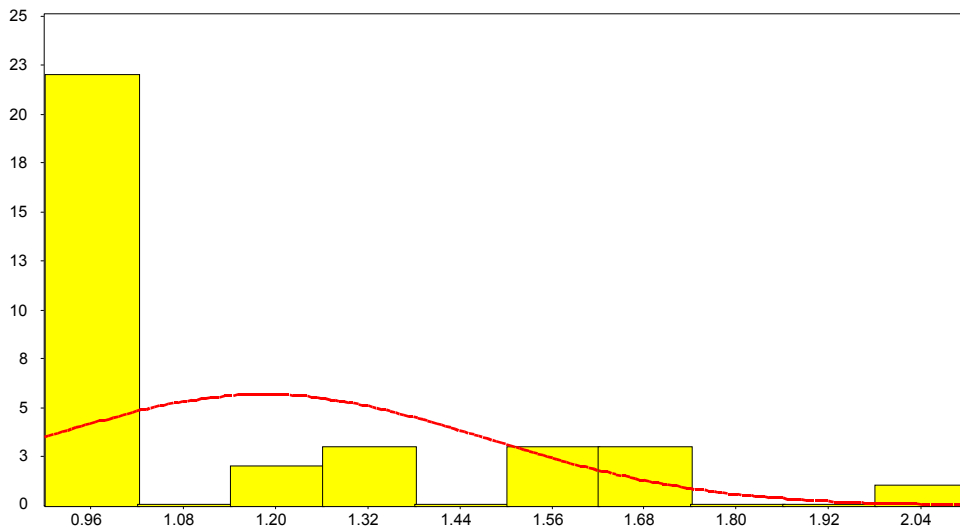
FRECUENCIA INDICE DE IMAGEN CORPORAL MUJERES



Índice de Imagen Corporal Hombres

Media	1.183	Error estandar	.049
Desviación estandar	.287		

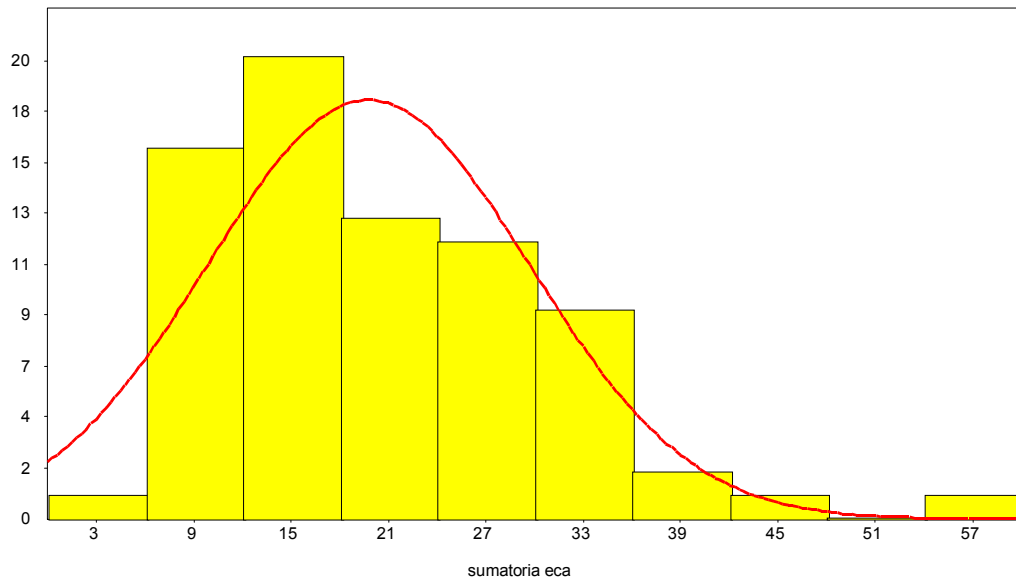
FRECUENCIA INDICE IMAGEN CORPORAL HOMBRES



Puntuaciones ECA

Media	19.627	Error estandar	1.144
Desviación estandar	9.911		

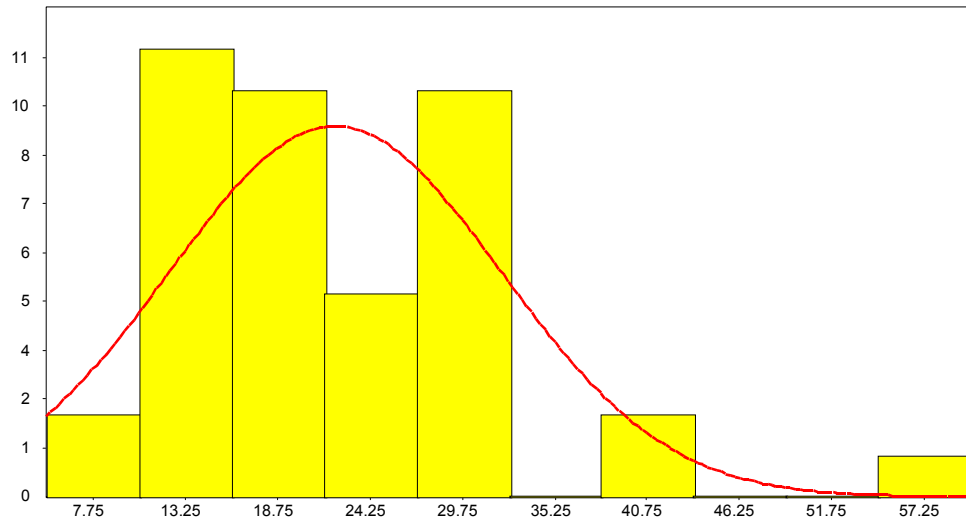
FRECUENCIA ECA TOTAL



Puntuaciones ECA Mujeres

Media	22.073	Error estandar	1.541
Desviación estandar	9.870		

FRECUENCIA ECA MUJERES



Puntuaciones ECA Hombres

Media	16.676	Error estandar	1.589
Desviación estandar	9.263		

FRECUENCIA ECA HOMBRES

