

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

**Percepción de la obesidad de madres de niños
obesos en edad escolar y su influencia en la
autoestima del niño**

Autor: María José Tinajero Trejo

**Tesis presentada para obtener el título de:
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:
Hermelinda Mendoza García**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD DE MADRES
DE NIÑOS OBESOS EN EDAD ESCOLAR Y SU
INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA DEL NIÑO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARÍA JOSÉ TINAJERO TREJO

ASESORA: LIC. HERMELINDA MENDOZA GARCÍA

CLAVE: 16PSU0004J

ACUERDO: RVOELI031211

Morelia, Michoacán, Marzo de 2011.

A mi esposo y mis tres pequeños,
con todo mi corazón.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la cantidad de bendiciones que me ha mandado, por siempre estar y por mantenerme fuerte durante estos años.

A mis papás Jorge y Lupita, por siempre creer en mí, por apoyarme a pesar de las circunstancias, porque gracias a ellos soy quien soy y he llegado hasta aquí.

A mi esposo, por crecer junto conmigo, por creer en mí y por amarme tanto.

A Marianne por su mirada, a Santiago por su sonrisa, a Gisel por su calor. A los 3 por ser mi motor, mi inspiración, mi fuerza y mi razón de luchar día a día.

A mis hermanos Mariana y Rafa, Pablo y Cali, y Juan Pedro, por sus risas, sus consejos, su apoyo y su cariño incondicional.

A mis 4 sobrinos por las mil sonrisas.

A mis amigos, en especial a Jimena y Romina por ser tan solidarias, por nunca dejarme sola, por luchar conmigo y respaldarme siempre.

A mis abuelos, tíos, primos y agregados, porque entre todos forman una red que me da seguridad y me llena de amor.

**“Tanto mis imperfecciones y fracasos como mis éxitos y dones son bendiciones de Dios, y lo deposito todo a sus pies”
Mahatma Gandhi**

A todos y cada uno de mis maestros, mil gracias por su comprensión por su apoyo, por su aliento y en muchas ocasiones su amistad, por enseñarme tanto, retarme y enriquecerme la vida.

A mi asesora Herme, por las mega-orientadas, la paciencia, la dedicación y el buen humor con el que trabajo en este proyecto.

A Claudia Aguirre, mi terapeuta, que con su ejemplo de amor y entrega me enamoró de esta profesión.

A los 16 pequeños que me regalaron un poquito de su ser en sus dibujos, a sus mamás que me abrieron las puertas de su hogar y se comprometieron con este trabajo.

A la escuela “José María La Fragua”, mi primaria, por confiar en mí.

Gracias a todos los que directa o indirectamente participaron en este trabajo.

**“Si la única oración que uno dijera en toda su vida fuera
‘Gracias’, sería suficiente”
Meister Eckhart**

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	12
ANTECEDENTES.....	14
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	15
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	16
1. EL NIÑO OBESO.....	16
1.1 ETAPAS DEL DESARROLLO.....	16
INFANCIA.....	16
1.1.1 DEFINICIÓN.....	16
1.1.2 DESARROLLO FÍSICO DURANTE LA NIÑEZ.....	17
1.1.3 ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSEXUAL.....	19
1.1.4 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL.....	23
1.1.5 DESARROLLO EMOCIONAL.....	26
OBESIDAD.....	27
1.2 CONCEPTO.....	27
1.3 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD.....	28
1.4 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD.....	30
1.5 IMPLICACIONES FÍSICAS DE LA OBESIDAD.....	34
1.6 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD.....	37
1.7 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.....	38
2. LA RELACIÓN MADRE-HIJO.....	42
MATERNIDAD.....	42
2.1 CONCEPTO.....	42
2.1.1 ANTECEDENTES.....	42
2.1.2 CONCEPTO DE MATERNIDAD.....	45
2.2 MATERNAJE.....	46

2.3 VÍNCULO AFECTIVO	48
2.3.1 TEORÍA DEL APEGO	50
2.3.2 PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN.....	52
2.3.3 VÍNCULO AFECTIVO Y ALIMENTACIÓN	55
3. PERCEPCIÓN.....	56
3.1 CONCEPTO.....	56
3.2 UMBRAL PERCEPTUAL	57
3.3 PERCEPCIÓN PERSONAL O COGNICIÓN SOCIAL.....	58
3.4 PROPIEDADES DE LA PERCEPCIÓN	58
3.5 APERCEPCIÓN	59
4. AUTOESTIMA	60
4.1 CONCEPTO.....	60
4.1.1 AUTOCONOCIMIENTO.....	61
4.1.2 AUTOCONCEPTO.....	61
4.1.3 AUTOACEPTACIÓN.....	62
4.1.4 AUTOEVALUACIÓN	62
4.1.5 AUTORRESPECTO.....	62
4.2 AUTOESTIMA Y OBESIDAD.....	62
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	64
2.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	64
2.2 TIPO DE ALCANCE	65
2.3 OBJETIVOS.....	66
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	66
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
2.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	66
2.5 SUPUESTOS TEÓRICOS	67
2.6 EJES TEMÁTICOS	68
EJE 1. OBESIDAD.....	68

EJE 2. AUTOESTIMA INFANTIL.....	68
EJE 3. PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD POR PARTE DE LA MADRE.....	69
EJE 4. INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA	69
2.7 PARTICIPANTES	69
2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70
2.8.1 REDES SEMÁNTICAS.....	70
2.8.2 TEST PROYECTIVO HTP	71
2.9 ESCENARIO.....	71
2.10 PROCEDIMIENTO	72
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	73
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS	73
CAPÍTULO IV: DISCUSION Y CONCLUSIONES	109
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	113
REFERENCIAS	115
ANEXOS	119

RESÚMEN

En México cada vez son más los casos de niños que padecen obesidad, las causas son múltiples y las consecuencias pueden llegar a ser fatales. El resultado de investigaciones previas ha demostrado que las madres de estos niños no tienen una adecuada percepción de la condición física de sus hijos.

La presente investigación tuvo como objetivo describir la percepción que tienen las madres de la obesidad y cómo influye dicha percepción en la autoestima de los niños.

Se trabajó con un grupo de 16 niños con obesidad y sus madres utilizando como técnicas las Redes semánticas y el test proyectivo HTP.

Los resultados obtenidos están relacionados con que las madres perciben a sus hijos de forma muy positiva pero ven a la obesidad como algo peligroso y negativo. Por lo que se concluyó que la percepción que las madres tienen de los niños no es adecuada y que la relación que mantienen con ellos tiene rasgos ambivalentes.

Por otro lado se confirmó que los niños con obesidad presentan una mala autoestima y que la relación con su madre es una de las principales causas de ello.

Palabras clave: Obesidad, percepción, relación madre-hijo, autoestima infantil

INTRODUCCIÓN

México se encuentra ante una creciente población de niños con sobrepeso y obesidad, Calzada (2003) menciona que en México se está viviendo una transición en donde la cantidad de niños con desnutrición está siendo igualada por la de niños con sobrepeso. Esto se está convirtiendo en un problema de salud pública y en una amenaza para el futuro, pues probablemente los niños obesos serán adultos obesos. La obesidad no sólo es un problema de salud físico sino también psicológico.

Actualmente se sabe que las madres de pequeños obesos no son capaces de identificar este problema de salud, probablemente debido al significado que le dan a la obesidad y que muy posiblemente no se relaciona con la condición que perciben de sus hijos. Es importante conocer dicho significado para poder definir estrategias que permitan a las madres entender, conocer, aceptar y ayudar a sus hijos con obesidad.

Es igualmente sabido que una sana autoestima es fundamental para relacionarse adecuadamente con el medio, diversos autores coinciden en que la percepción que se tiene de sí mismo se ve seriamente influenciada por el grado de aceptación que se recibe de la madre.

La presente investigación tiene como objetivo analizar la percepción que tienen las madres de los niños obesos y la influencia que dicha percepción tiene sobre la autoestima de los niños.

Los supuestos teóricos están relacionados con que las madres no perciben adecuadamente la obesidad de sus hijos. La relación madre-hijo obeso es ambivalente y por último los niños que padecen obesidad tienen una autoestima baja que se ve reforzada por la inadecuada percepción materna.

El primer capítulo refiere el contexto teórico que sustenta dicha información con temas como: La obesidad y sus implicaciones tanto físicas como psicológicas, que permitieron comprender la situación en la que se encuentran los niños seleccionados para el estudio.

El desarrollo infantil, desde varios enfoques (psicodinámico, social y emocional) que permitió integrar a los niños con las características propias de la etapa que están atravesando y facilitó la interpretación de los resultados.

La relación madre-hijo, desde el concepto de maternidad hasta como se forman los vínculos, lo anterior permitió analizar el nivel de funcionalidad y las características de la relación que se mantiene entre los niños y las mamás que participaron en la investigación.

Se definió percepción, y todas sus características; así como apercepción para poder dar sostén al objetivo de medir “percepción de la obesidad”, pues es importante conocer las bases de la percepción y los significados que a través de ésta le damos a los fenómenos.

Por último en el marco teórico se abordó el tema de la autoestima primero de forma general y luego enfocada a la autoestima en personas con obesidad, lo que permitió contrastar y validar los resultados de las pruebas aplicadas.

En el capítulo II se describe la metodología, en este caso se utilizó el método cualitativo con un enfoque descriptivo. Las principales técnicas de recolección utilizadas fueron “Redes semánticas”, técnica que se trabajó con las mamás y estuvo enfocada a conocer la percepción de la obesidad y el significado que le dan a ser madre; así como la concepción que tienen de la niñez, de sus hijos y de la alimentación.

La segunda técnica fue la aplicación del test proyectivo HTP con la finalidad de describir la autoestima y la relación madre-hijo.

El capítulo III contiene la descripción detallada de los resultados obtenidos de ambas técnicas divididos en 4 ejes temáticos: Obesidad, Autoestima infantil, Percepción de la obesidad por parte de la madre e Influencia de la percepción materna.

En el capítulo IV se discuten los hallazgos encontrados con la investigación, contrastándolos con la teoría del primer capítulo y el planteamiento general de la investigación.

Para finalizar se incluye un apartado describiendo las limitaciones que se presentaron con el fin de facilitar próximas investigaciones así como sugerencias de las líneas que a partir de la presenta han quedado abiertas al estudio.

JUSTIFICACIÓN

En lo particular el interés por estudiar la relación materno-infantil cuando el hijo padece obesidad surge de la observación del creciente número de niños con este padecimiento y del impacto que tiene en la calidad de vida de los niños a corto, mediano y largo plazo. Considerando a la madre factor crucial en el sano desarrollo de los niños se hace necesario conocer cómo participa en el padecimiento de su hijo.

En México culturalmente la que se encarga de la alimentación y cuidado de los hijos es la madre, por lo que se esperaría que sea ella quien pudiera detectar si alguno de sus hijos padece un trastorno alimenticio, sobre todo cuando, puede ser tan evidente como es el caso de la obesidad y el sobrepeso. El por qué las madres mexicanas no son capaces de identificar señales de alarma, al contrario, lo fomentan tiene que ver con la percepción que tienen de sus hijos y del significado que dan a la obesidad. La presente investigación busca llenar esa incógnita acerca de cuál es el significado psicológico que tienen las madres sobre la obesidad.

La importancia de esta investigación radica en que si logramos conocer el significado que las madres de niños obesos tienen sobre la obesidad; así como comprender el por qué no perciben ni ayudan a contrarrestar la obesidad en sus niños. Tomar alternativas de solución para un mejor desarrollo de los niños y su relación con sus madres

Los niños que padecen obesidad se encuentran en un constante riesgo no sólo físico sino psicológico, las enfermedades a las que están expuestos pueden mermar seriamente su calidad de vida y llevarlos incluso a sufrir una muerte prematura. En cuanto a las consecuencias psicológicas encontramos aislamiento y discriminación lo que lleva al niño a padecer depresión a corta edad, la necesidad de que las madres reconozcan la condición de sobrepeso u obesidad en sus niños radica en la necesidad de prevenir las consecuencias.

La justificación social de esta investigación está relacionada con la creciente población de niños obesos no sólo en nuestro país sino a nivel mundial, se estima

que existen alrededor de 155 millones de niños con obesidad o sobrepeso en el mundo (Méndez, 2005).

Se trabajó con madres de niños (6 a 11 años). Considerando que es una edad importante en el desarrollo de la obesidad y la prevalencia de la misma, según especialistas de la Academia Mexicana de Pediatría A.C. (2003) niños entre 6 y 10 años que padecen obesidad tienen un 41% de posibilidades de convertirse en adultos obesos y aquellos que se encuentran entre los 10 y los 13 años cuya probabilidad aumenta a un 70%, considerando los riesgos para la salud física y psicológica que trae consigo la obesidad, atacar el problema a esta temprana edad resulta crucial.

ANTECEDENTES

Se tomará como antecedente directo la investigación realizada por Tinajero (2009) acerca de la obesidad y el sobrepeso en niños y adolescentes en la ciudad de Morelia, titulada “Percepción materna de la malnutrición: ¿las madres de familia reconocen el sobrepeso y la obesidad en sus hijos?” dicha investigación obtuvo como resultado, entre otros, el hecho de que las madres no perciben de forma adecuada el sobrepeso u obesidad en sus hijos. De acuerdo a los resultados de la investigación el 95% de las madres subestiman el peso de sus hijos si estos presentan sobrepeso u obesidad.

Por otro lado se tomó como antecedente secundario la tesis realizada por Torres (2008), titulada “Psicodinamia de la obesidad infantil: estudio de caso”, los resultados obtenidos en esta investigación reflejan la relación que existe entre la presencia de obesidad en niños y una relación conflictiva con la madre.

La investigación realizada por Espino (2008), reveló que la autoestima de los niños se ve seriamente afectada cuando existe obesidad, entre los resultados obtenidos que interesan a la presente investigación es que por cada punto que aumenta la obesidad, disminuye medio punto la autoestima en estos niños. Esto es consecuencia de la discriminación de la que son víctimas.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La importancia de la presente investigación radica en las aportaciones que hechas al estudio de las relaciones madre-hijo cuando este último presenta obesidad. Al ser este un padecimiento que se está extendiendo de forma alarmante y cuyas repercusiones en la salud y la calidad de vida son tan graves, es de suma importancia conocer como la perciben las madres, culturalmente encargadas de la alimentación, para poder trabajar con ellas en la prevención y la disminución de dichas consecuencias.

Por otro lado, es sabido que el grado de autoestima que se tiene en la infancia es precursor del que se tendrá en la edad adulta y que repercutirá en los éxitos personales y en la satisfacción personal, conocer el grado de autoestima de los niños obesos permite crear planes de acción que ayuden a estos pequeños a sentirse más adecuados, si se combinan dichos planes psicológicos con intervenciones nutricionales se garantiza un buen pronóstico para estos pequeños.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. EL NIÑO OBESO

1.1 ETAPAS DEL DESARROLLO

El desarrollo humano es el resultado de la interacción de la naturaleza (factores genéticos) y el tipo de crianza. Numerosos teóricos han descrito las diferentes etapas del desarrollo por la que todo ser humano atraviesa; dichos autores difieren en cuanto a las características y edades de cada etapa de acuerdo a la corriente a la que pertenezcan; sin embargo las aportaciones coinciden congruentemente con nuestra sociedad.

INFANCIA

1.1.1 DEFINICIÓN

Popularmente se le llama niño a toda aquella persona que se encuentre entre el nacimiento y el inicio de la pubertad, es decir, que no haya alcanzado la adolescencia. Es la primer etapa de la vida, donde se levantan a cabo procesos complejos de individuación e independencia, el ser humano nace siendo un ser indefenso que necesita de los demás para todo y en todo momento, conforme avanza la infancia esto cambia, los niños adquieren diversas habilidades y conocimientos que los ayudan a adaptarse al medio y hasta cierto punto a dominarlo.

Papalia y Wendocks (2001), dividen la infancia en 3 periodos fundamentales:

- Periodo de lactancia y primeros años: Inicia con el nacimiento y termina alrededor de los tres años de edad, el bebé adquiere rápidamente habilidades sociales y motrices, aprende a hablar, a caminar, a comer por sí solo, a ir al baño logrando tener relación de juego con sus pares.
- Infancia temprana: De los 3 a los 6 años, durante este periodo los cambios continúan de una manera no tan acelerada como en la primera etapa; perfecciona su independencia, llega a ser capaz de integrar otras perspectivas y dejar a un lado su pensamiento egocéntrico. Completa la identificación sexual.

- Infancia intermedia: De los 6 años al comienzo de la adolescencia (12 años aproximadamente) el crecimiento es aún más lento, se da la primera identificación con los pares a los que se comienza a dar prioridad, se forma un auto-concepto complejo, la autoestima se puede ver afectada por múltiples causas. El estudio y aprendizaje son fundamentales, las construcciones mentales son cada vez más complejas. En cuanto al desarrollo físico, se da de forma importante un aumento en las aptitudes atléticas y se eleva la estatura.

1.1.2 DESARROLLO FÍSICO DURANTE LA NIÑEZ

El desarrollo físico del niño influye de manera determinante en su comportamiento, es decir; un niño que presenta un desarrollo físico adecuado para su edad, podrá desempeñar tareas a la par que otros niños de su edad, mientras que un niño que muestre un desarrollo inferior se verá en serias dificultades para lograrlo y muy probablemente se enfrentará a la exclusión y burlas de compañeros tanto escolares como de juegos.

En cuanto al crecimiento físico Hurlock (1998) considera 4 periodos, 2 lentos y 2 rápidos de desarrollo. El primero es el periodo que comprende la etapa prenatal y los 6 primeros meses donde el crecimiento es muy rápido. El segundo periodo es de los 6 meses hasta el inicio de la pubertad donde el crecimiento tiende a desacelerarse y se da un desarrollo lento y uniforme hasta el inicio de la pubertad, desde ahí hasta los 15 o 16 años se puede observar nuevamente un crecimiento acelerado determinado por el paso a la madurez sexual. Al terminar este periodo donde se alcanza la estatura final se comienza el envejecimiento de forma lenta y gradual hasta la defunción.

El tamaño corporal en general se ve influenciado por características genéticas y ambientales. La parte hereditaria, es ejecutada por la hormona del crecimiento, siempre y cuando no se presente alguna alteración en la tiroides o en las gónadas, estas últimas son las encargadas de ponerle fin al aumento de estatura al influir directamente en la deposición de calcio, lo que sella los huesos.

Los factores ambientales se dividen en prenatales y postnatales. Los factores prenatales incluyen:

- Condiciones nutrimentales de la madre en un inicio y del niño a partir del nacimiento, la desnutrición o la obesidad materna influye en el bajo o exceso de peso en el bebé. La obesidad materna puede desencadenar diabetes gestacional que afecta directamente al feto haciéndolo aumentar de peso desmedidamente.
- La exposición al humo de cigarro o alcohol es sabido que fumar durante el embarazo es causa directa de bajo peso en el recién nacido y que el alcohol genera serios síndromes.
- Atención médica adecuada en la cual, la prescripción de ácido fólico y hierro durante el primer trimestre del embarazo puede prevenir problemas de retraso mental y retardo en el crecimiento.

Los factores postnatales que pueden afectar el adecuado crecimiento del niño son:

- Enfermedades: contraídas durante o después del parto.
- Hábitos alimenticios: tipo de lactancia y periodo de ablactación.
- Estrés emocional: Hurlock (1988), menciona que niños sometidos a situaciones de estrés emocional como el maltrato tienden a mostrar un aumento en la ingesta de alimento.
- La situación étnica y geográfica afecta igualmente la forma en que el niño se desarrollara.

En cuanto al peso dentro del desarrollo físico del niño, al momento del nacimiento, el peso normal oscila entre 2,524 y 3,632 kg para la población norteamericana, sin embargo hay datos de neonatos que pesan tan sólo 1.362 y hasta 7.26 kg.

El desarrollo normal del niño implica que al 4º mes de nacimiento haya duplicado su peso de recién nacido, al final del primer año lo habrá triplicado a los 5 años un niño típico pesa aproximadamente 5 veces más que su peso al nacer. Entre los

10 y los 12 años la mayoría de los niños presentan un engordamiento puberal que suele durar alrededor de dos años hasta que el niño alcanza la madurez sexual, esta acumulación de grasa se da normalmente en zonas visibles: abdomen, papada, mejillas, sin llegar a significar obesidad.

Durante el crecimiento gran parte del peso corporal no lo ocupa la grasa sino los huesos y los músculos en la última parte de la infancia representan el 45% del peso corporal (Hurlock, 1988. p119).

Además de los huesos, los músculos y las grasas representan también parte primordial del peso, la proporción entre músculo y grasa depende en gran medida del tipo de cuerpo: los niños que tienden a presentar una conformación endomórfica tendrán más tejido adiposo que músculo, los de tipo mesomórfico poseerán más tejido adiposo blando que músculos, los que tienen la forma ectomórfica no tendrán predominancia de ninguno de los dos.

1.1.3 ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSEXUAL.

Freud basa su teoría en los conflictos sexuales presentes a lo largo de la vida, indica que los primeros años son decisivos en el éxito de las etapas posteriores, es cuando se aprenderá a controlar las pulsiones, se tendrá una integración de la personalidad y se aprenderán las reglas de convivencia social. Freud divide el desarrollo en cuatro etapas y un periodo, las cuales se describen a continuación:

a) Etapa oral

Denominada así, por ser la boca el principal centro de placer, el niño relaciona la seguridad con el alimento, el vínculo materno se da a través de la satisfacción de las necesidades básicas. Comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses. El bebé introyecta el mundo a través de la boca, es la forma en que puede relacionarse con los demás.

“Una primera organización sexual pregenital es la oral o si se prefiere, canibática. La actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se han diferenciado opuestos dentro de ella. El objeto de una actividad es también el de

la otra; la meta sexual consiste en la incorporación del objeto”. (Freud, 1905-1998, p180)

La etapa suele dividirse en oral y oral sádica, la primera se da de los 0 a los 6 meses de edad el niño suele dormir la mayor parte del tiempo, la interacción con el medio se da a partir de la saciedad, satisfacción de necesidades primarias, como se comentó anteriormente. El niño que es privado de alimento suele experimentar sensaciones desagradables que lo llevan a sentimientos de ansiedad y abandono, estas sensaciones sientan las bases de la tolerancia a la frustración. La segunda etapa (oral sádica) está caracterizada por la salida de los dientes y por tanto una necesidad casi irresistible por morder, el niño encuentra placer en apretar con la mandíbula ciertos objetos, incluido el pezón materno.

Esta etapa se considera auto-erótica pues el niño busca a través de la succión darse placer a sí mismo, no importándole los efectos que esto tenga sobre el medio.

b) Etapa anal

De los 18 meses a los 3 años la evacuación de los esfínteres comienza a hacerse voluntaria, dándole al pequeño sensaciones de placer vivo, cuando retiene y expulsa.

El control de esfínteres también determina una lucha de poder con la madre, que dicta cuándo y cómo se debe expulsar el contenido fecal, el niño al retener de forma excesiva demuestra a la madre que tiene cierto poder, y al expulsar de acuerdo a las reglas maternas muestra sometimiento y por tanto obtiene reconocimiento y la satisfacción de obsequiarle a su madre algo propio que para ésta tiene cierto valor.

“Aquí ya se ha desplegado la división de opuestos, que atraviesa la vida sexual; empero, no se los puede llamar todavía masculino y femenino, sino que es preciso decir activo y pasivo. La actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo. Y como órgano de meta

sexual pasiva se constituye ante toda la mucosa erógena del intestino; empero, los objetos de estas dos aspiraciones no coinciden”. (Freud, 1905-1998, p.180)

Durante este periodo, es importante que el niño aprenda tres cosas, denominadas por Freud diques: asco, pudor y vergüenza, de no introyectarlos desarrollaría una estructura de personalidad perversa. La madre es la encargada de guiar el proceso de control de esfínteres para que el niño no retenga demasiado tiempo pero de igual forma no expulse deliberadamente el contenido fecal.

c) Etapa fálica

En esta etapa el niño reconoce la diferencia entre sexos, se da cuenta de que el varón posee pene, mientras que las niñas carecen de él. Se da un incremento considerable de energía libidinal que trae consigo masturbación exploratoria, debido a la gama de sensaciones obtenidas por el niño al manipular el área genital; así, como a la necesidad de conocer su propio cuerpo en contraste con el otro.

“Entre las zonas erógenas del cuerpo infantil se encuentra una que no desempeña, por cierto, el papel principal ni puede ser la portadora de las mociones sexuales más antiguas pero que está destinado a grandes cosas en el futuro. Tanto en los varones como en las niñas se relaciona con la micción (glande, clítoris), y en los primeros está dentro de un saco de mucosa, de manera que no puede faltarle estimulación por secreciones, que desde temprano son capaces de encender la excitación sexual...La acción que elimina el estímulo y desencadena la satisfacción consiste en el contacto de frotación con la mano en una presión, sin duda prefigurada como un reflejo, ejercida por la mano o apretando los músculos”. (Freud, 1905-1998 pp170, 171)

La parte más importante de ésta etapa tiene que ver con la aparición de los complejos, de Edipo en el varón y de Elektra en la mujer. Estos complejos contribuyen de forma determinante a la identificación psicosexual.

El complejo de Edipo consiste en una atracción libidinal del niño hacia su madre, que inicia con una profunda admiración e imitación de esta, que después es

sustituida por el deseo de la misma. El niño deseara ser pareja de la madre y para conseguirlo rivalizará con el padre, al catectizar a la madre deseará tener las características del padre y así poder ser atractivo para ella, de esta forma se completa la identificación con su sexo.

Este complejo también desata la angustia de castración en el que el niño reconoce que los sentimientos que experimenta hacia la madre están prohibidos y teme ser descubierto por su padre y que este en un afán de venganza lo despoje de su pene, que es en este momento el sitio donde sitúa el placer.

El complejo de Elektra se desarrolla de la misma forma, la niña desea al padre y por tanto rivaliza con la madre, para darse cuenta de la necesidad de ser como ella para tener la atención del papá. Las niñas experimentan angustia de aniquilación en la que desarrollan la creencia de que si la madre descubre sus pensamientos las desaparecerá, pues su centro de placer es el cuerpo integrado.

Durante esta etapa la tarea del padre del sexo opuesto es la de reprimir de forma tajante los impulsos sexuales del niño, haciéndole saber que las relaciones incestuosas no están permitidas. El padre del mismo sexo debe propiciar la convivencia con el niño para así facilitar la identificación y bajar el nivel de rivalidad.

d) Periodo de latencia

Es un periodo comprendido entre la etapa fálica y la genitalidad, la evolución de la sexualidad se encuentra temporalmente detenida, el niño al superar el complejo de Edipo ayuda al niño a enfocar la energía libidinal en actividades no sexuales. La masturbación y el deseo del sexo opuesto quedan suspendidos.

Durante este periodo el niño se enfoca en la identificación con pares, comúnmente forma grupos de amigos del mismo sexo, la energía se enfoca en juegos físicos y aprendizajes, se fortalece el proceso de individuación y se fortalece la identificación sexual alcanzada en la etapa anterior.

e) Etapa genital

La principal meta es la elaboración de una identidad sexual, las etapas previas se unifican y encausan el placer hacia la zona genital únicamente, los juegos fálicos se convierten en predecesores del orgasmo.

Aparece la necesidad por compartir el placer con otro, los juegos presexuales son comunes como una expresión de la capacidad de proveer placer y como la necesidad del conocimiento del otro.

Conlleva la tarea de la renuncia a las formas infantiles y la aceptación de la sensualidad, existe una regresión al complejo edípico con nuevas formas de rivalidad pero sin la conciencia del deseo.

1.1.4 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Erick Erikson sostenía que el desarrollo del niño se da en un orden predeterminado, si bien basa su teoría en el desarrollo psicosexual de Freud, él le da un enfoque social, se interesa por como el niño se relaciona y como esto afecta su sentido de identidad personal.

La teoría fundamenta 8 etapas principales cada una con una tarea específica que determinará el éxito o el fracaso, y que de esta forma ira guiando el sentido de identidad (Maier, 1984).

Para fines prácticos y en cumplimiento de los objetivos de esta investigación únicamente se describirán las etapas correspondientes a la infancia.

Confianza básica Vs. Desconfianza

Erikson (citado por Maier, 1984) dice que la adquisición ulterior de esta etapa debe ser la esperanza, pues el recién nacido se encuentra de pronto desprovisto del cobijo y la seguridad del vientre materno, se enfrenta sin conocimiento ni

armas a un ambiente que le presenta frío, hambre, incomodidad. La esperanza se desarrolla a través del equilibrio entre confianza y desconfianza.

El sentido de la confianza exige una satisfacción de las necesidades básicas y la menor experiencia posible de incertidumbre o temor. De haber una exposición demasiado alta a la incertidumbre o al temor el niño experimentara desconfianza lo que desembocará en una negativa constante a las nuevas experiencias y una percepción temerosa de lo venidero.

Existen algunas expresiones físicas que dan pauta de que el niño está desarrollando adecuadamente la confianza y tiene que ver con: la facilidad de alimentación, la profundidad del sueño y la facilidad para evacuar.

La base de la confianza está en la adecuada relación madre-hijo, es decir es responsabilidad de la madre la adquisición de ésta o no, es de suma importancia la adquisición de la confianza pues sentará las bases para la relación del niño con su entorno.

Autonomía Vs Vergüenza y duda

A medida que crece la confianza del infante en su madre y en el entorno comienza a darse cuenta de que la conducta que desarrolla es la suya propia (Maier, 1984). Afirma el sentido de autonomía, es decir se da cuenta de que lo que hace, no depende directamente de los demás sino de su voluntad.

Como consecuencia de lo anterior el niño desea comenzar a explorar, demostrar a los demás que posee ciertas habilidades, que es capaz de realizar tareas. Esta etapa va ligada al control de esfínteres, la principal muestra de poder y autocontrol que el niño ofrece y que le produce sensación de logro.

La afirmación de la independencia se da por medio de la separación gradual de la madre y demostrando capacidad de elección (en juguete, ropa). La duda o vergüenza viene de la incapacidad del medio para reafirmar al niño, constantes críticas o represalias desembocan en la sensación de ser inadecuado, lo que lleva

al niño a esconderse del mundo por la posibilidad del fracaso y por tanto, a dudar de sus capacidades.

Iniciativa Vs Culpa

La iniciativa aparece cuando el medio presenta retos al niño, lo incita a buscar finalidades, a realizar tareas. Pone a prueba sus poderes, sus conocimientos y sus cualidades potenciales (Maier, 1984).

Durante esta etapa aumenta el nivel de conciencia, el niño es capaz de darse cuenta de que las expectativas del medio no siempre concuerdan con las suyas y que en ocasiones no es bien recibido lo que piensa o realiza; así mismo, se pone de manifiesto que quien controla el medio son los adultos y que un exagerado nivel de iniciativa puede traer como consecuencia represalias.

En esta fase, el desarrollo psicológico llega a un punto crucial donde se integra el ello, el yo y el superyó y se comienza la formación de la personalidad. Por otro lado se da la diferenciación de los sexos lo que supone una crisis de identificación y aceptación de las diferencias.

En resumen, es una etapa de intenso aprendizaje, en que el niño busca reafirmarse. Si se reprime demasiado al niño el sentido de culpa superará a la iniciativa y el niño tenderá a evitar los retos.

Industriosidad Vs. Inferioridad

Caracterizada por el inicio de la escolaridad, el niño descubre su capacidad de trabajar, obtiene reconocimiento de la producción de cosas.

Desde los 6 y hasta los 11 años los niños desarrollan sensaciones de orgullo por sus logros, son capaces de iniciar proyectos y de sortear obstáculos para finalizarlos. El éxito de esta etapa depende mucho de los padres y maestros, si se alienta a los niños por sus logros y no se desanima por sus errores, es decir, se le invita a la superación, crecerá con un sentido de suficiencia. En cambio, si no son

reconocidos los logros y por el contrario se tiende a la maximización de los errores el niño dará por sentada cierta inferioridad con respecto a sus pares y se alejara de trabajos que impliquen equipo, esto debido al miedo y la certeza de tener un mal desempeño.

1.1.5 DESARROLLO EMOCIONAL

Es muy difícil medir el desarrollo emocional en los niños debido a su poca capacidad de introspección y el hecho de que al expresar emociones se pueden ver influidos por una serie de factores externos no controlables que llegan a distorsionar la manera en que dichas emociones son manifestadas y la interpretación que se les da; los estudios acerca de las emociones infantiles se han enfocado más bien en los efectos que éstas producen sobre las adaptaciones personales y sociales de los niños.

Existen distintas concepciones acerca de en qué momento comienza el desarrollo emocional de los niños, algunos autores consideran que se da desde la concepción otros desde el nacimiento, lo cierto es que las primeras expresiones de emocionalidad en los niños se pueden observar y medir en el nivel de excitación que presentan cuando son expuestos a una fuerte estimulación.

En un inicio las respuestas emocionales son exclusivamente físicas (llanto, relajación etcétera) conforme pasa el tiempo el efecto de la interacción con otros seres hace que el niño exprese de forma más elaborada las emociones percibidas y que comience a verbalizarlas.

Durante el desarrollo emocional los niños corren ciertos riesgos que pueden traer como consecuencia afectación en su estado físico y psicológico, Hurlock (1989) reconoce como principales factores de riesgo la privación de afecto y el exceso del mismo. La privación de afecto tiene como consecuencia la predominancia de emociones negativas en el niño que lo llevan a buscar refugio en factores externos y en muchas ocasiones dañinos para él. El exceso de afecto promueve el egoísmo y la baja tolerancia a la frustración lo que repercute en la adaptación social del menor.

Enfocándonos a la población objeto de estudio, el crecimiento emocional durante la niñez intermedia implica que los niños se vuelvan más empáticos e inclinados a la conducta psicosocial. Papalia (2001) menciona que el control de las emociones negativas es una muestra del crecimiento emocional.

Durante esta etapa el niño tiende a introyectar las normas sociales con respecto a lo permitido o no en cuestión de sentir y expresar emociones tanto positivas como negativas, dicha introyección está íntimamente relacionada con su ejemplo familiar, y repercute en el nivel de angustia o vergüenza con que el niño se relaciona con los demás.

OBESIDAD

1.2 CONCEPTO

Obesidad viene del latín “*obesus*” que significa: “robusto, regordete, que se ha puesto gordo por comer”

La obesidad se puede definir como el aumento progresivo e inadecuado de grasa magra en el cuerpo lo que equivale inevitablemente a aumento de peso. En los niños se define como aumento de peso acelerado con respecto al aumento de estatura.

Está relacionado con un consumo de energía mayor al gasto de la misma. Está demostrado que es una enfermedad progresiva y crónica, Moreno (2007) menciona que es vital dejar de considerarla una enfermedad benigna cuyo principal problema es estético.

La obesidad es un padecimiento que no sólo afecta la apariencia física de la persona sino que conlleva serios problemas a nivel fisiológico, como el daño de órganos vitales y la pérdida de la homeostasis en procesos hormonales, así como una disminución considerable de la autoestima.

La obesidad está relacionada con la acumulación de grasa en proporciones diferentes a lo largo del cuerpo, ocurre cuando se rompe el equilibrio nutricional (Calzada, 2003) que consiste en:

1. La regulación del apetito por acción hipotalámica.
2. Ingesta, digestión y absorción de nutrimentos.
3. Repleción de depósitos energéticos, de glucógeno hepático, muscular y de triglicéridos.
4. Aporte constante de de glucosa y ácidos grasos durante periodos de ayuno.
5. Gasto de energía basal.
6. Gasto ligado a actividad física y crecimiento
7. Energía perdida mediante excretas (orina, heces, sudor)

Actualmente la obesidad infantil se considera una epidemia creciente y descontrolada que está invadiendo una gran parte del mundo. La obesidad tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales muy negativas. La responsabilidad sobre la presencia de este trastorno en niños no recae en éstos, sino como menciona Moreno (2007) recae en los poderes públicos, la familia, la escuela, la comunidad, la industria y la sociedad en general; que no sólo permite sino que propicia esta condición de los pequeños.

1.3 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

A través de la historia, la obesidad ha tenido diferentes significados, dependientes todos de los factores culturales que la engloban. De esta manera a pasado por ser denominada símbolo de belleza, fertilidad, prosperidad económica, salud y bendición divina.

En la cultura Griega, eran admirados los cuerpos atléticos por lo que la obesidad no era muy bien aceptada, además ya era considerada un problema de salud,

Hipócrates (citado en Méndez, 2005) decía “los muy gruesos tienden a morir antes que los delgados”

Otro que ya reconocía las implicaciones perjudiciales de la obesidad fue Cornelio Celos, al decir que las personas obesas mueren por enfermedades agudas y sofocantes y en su mayoría de forma repentina, lo que no sucede casi nunca con las delgadas (Méndez, 2005).

Galeno, distinguido médico, se acercó con sus investigaciones a la clasificación actual de obesidad. Describió un tipo de obesidad moderada que no representaba demasiados riesgos para el que la padecía y una obesidad inmoderada que podía desembocar en Polisarkía; enfermedad caracterizada por un exceso de humores malos en el cuerpo, específicamente un exceso de sangre cuyas características principales coinciden con las atribuidas a la obesidad mórbida.

Contrastante con lo anterior durante la Edad Media, debido a las constantes crisis alimenticias, se llegó a considerar a la obesidad una bendición divina, relacionada directamente con la gula, únicamente era permitido a los clérigos y los estratos más altos, ya que ésta se consideraba un pecado capital al que esperaba un castigo ejemplar según el infierno de Dante. Entre los artistas de la época es común encontrar obras alusivas al sobrepeso de personajes famosos, reyes principalmente. La obesidad en este estrato social era considerada una moda, una gracia (Méndez, 2003).

Con el paso del tiempo la demostración de que efectivamente los obesos tienen una calidad y tiempo de vida menor a aquellos que poseen pesos adecuados a su edad y estatura, al instituir la delgadez como estereotipo de belleza, sobretodo en la mujer, la constante lucha de mercado llevó a los publicistas a extremar el bajo peso de las modelos y a despreciar todo aquello que apenas sobrepasara estas medidas, esto ha tenido repercusiones serias en la autoestima de muchas personas, especialmente aquellas que padecen sobrepeso u obesidad.

En México, particularmente el aumento de la obesidad es alarmante. La 2ª Encuesta Nacional de Nutrición (citada por Calzada, 2003) realizada de octubre de 1998 a marzo de 1999 mostró que 18.8% de los niños entre 5 y 11 años padecen sobrepeso u obesidad, el norte del país resulta el más afectado, seguido

muy de cerca por el Distrito Federal. Según datos de la encuesta el inicio de las actividades escolares está directamente relacionado con el aumento en el porcentaje de niños obesos.

1.4 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen diferentes teorías acerca de la clasificación de la obesidad. Puede ser clasificada de acuerdo a sus causas, a la forma en que se encuentra distribuida la grasa en el cuerpo o la cantidad de la misma, actualmente la clasificación más aceptada es aquella que se basa en el IMC, Índice de Masa Corporal.

Wadden (2005) propone que la obesidad debe ser clasificada tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- **Anatómico:** se clasifican en hipertróficas e hiperplásicas, el primer subtipo, es aquel en que la obesidad se manifiesta por aumento en el tamaño de las células grasas, se considera menos riesgoso y de fácil revertimiento. La obesidad hiperplásica, por su parte, se presenta cuando la cantidad de células grasas aumenta considerablemente, representa muchos más riesgo para la salud.
- **Cuantitativo:** De acuerdo al porcentaje en el que se supere el peso ideal se consideran los riesgo para la salud, es decir, un 20% arriba del peso ideal se determina riesgo mínimo; 25% bajo riesgo, 30% riesgo moderado, 35% riesgo alto, 40% riesgo muy alto y del 50% hacia arriba peligroso.
- **Distributivo:** De acuerdo a las zonas donde se encuentre ubicada la grasa.
- **Energético:** Inducida por inactividad ya sea voluntaria u obligatoria debido a alguna enfermedad o discapacidad. Contrastado con un exceso de ingesta de energía calórica, que, como ya se mencionó anteriormente, tiene como consecuencia la acumulación de energía que se convertirá de no ser utilizada en exceso de peso.
- **Etiológico:** Factores fisiológicos y químicos, como desordenes endócrinos.

- Genética: predisposición o síndromes hereditarios.
- Endocrinológica: Relacionada con disfunciones en la secreción de la hormona del crecimiento, hiperfunción suprarrenal, hipotiroidismo, hiperinsulinismo.
- Fármacos: Los antidepresivos tienden a provocar la retención de grasa no abdominal.
- Factores psicológicos: El autor menciona que existe un tipo de obesidad denominada reactiva, donde, el sujeto responde comiendo de forma excesiva a sucesos de índole traumática.

Otra clasificación es la propuesta por Méndez (2005) que divide la obesidad de acuerdo a la forma en que está distribuida la grasa como:

- Androide: La grasa magra se acumula principalmente en la zona del abdomen y el vientre, también se denomina grasa visceral, este tipo de obesidad se considera el más riesgoso debido a que el hígado se encuentra expuesto directamente a una gran cantidad de ácidos grasos lo que le impide un adecuado funcionamiento. La observación y medición de la cintura puede llevar a una conclusión acertada acerca de la cantidad de grasa acumulada.
- Ginecoide: La grasa magra se encuentra distribuida alrededor de las caderas y en la parte alta de las piernas, se denomina ginecoide por ser más común en las mujeres.

Para fines prácticos y para facilitar su diagnóstico los autores concuerdan en que el Índice de Masa Corporal (IMC) es la forma más sencilla de clasificar y diagnosticar la obesidad.

Esta medición fue descrita por Quetelet en 1986 (Wadden, 2005), obteniendo la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

De acuerdo a los valores obtenidos de la medición Quetelet clasificaba la obesidad de la siguiente forma:

Grado 0 20-24.9 IMC

Grado 1 25-29,9

Grado 2 30-40

Grado 3 40 o más

La OMS (citado en Méndez, 2005) propone la clasificación en: Bajo peso, Peso saludable, Sobrepeso y Obesidad. Hace una comparación entre etnias caucásicas y orientales determinando así diferencias en el diagnóstico (Tabla 1).

Caucásicos	Clasificación de la OMS	Clasificación popular	Asiáticos	Clasificación	Riesgo de comorbilidad
<18.5	Bajo peso	Delgado	<18.5	Bajo peso	Bajo (pero aumenta el riesgo de otros problemas clínicos) Promedio
18.5-24.9	Normal	Peso saludable	18.5-22.9	Rango normal	En riesgo
25.0-29.9	Sobrepeso	Sobrepeso	≥23	Sobrepeso	Aumentado
	Obesidad	Obeso		En riesgo	

30.0-34.9	grado 1		23-24.9		Moderado
35.0-39.9	Obesidad grado 2	Obesidad grave	25-29.9	Obeso I	Intenso
≥ 40	Obesidad grado 3	Obesidad mórbida	≥ 30.0	Obeso II	

Tabla 1. La OMS (Citado en Méndez, 2005), propone diferentes valores para determinar el peso y por tanto el grado de obesidad de los individuos de acuerdo a la etnia a la que pertenecen.

En la tabla se demuestra que los índices de masa corporal varían de acuerdo a la etnia a la que se pertenece, incluso puede llegar a variar de una comunidad a otra. La acumulación y la distribución de grasa son distintas en cada individuo, por lo que se considera que la genética juega un papel determinante en la predisposición y aparición de la obesidad.

Al momento de realizar la medición es muy importante considerar el nivel socioeconómico y la edad de la población ya que, como menciona Wadden (2005):

“Sobre todo en niños de bajos recursos, la talla (altura) no siempre es la que se estandariza para su edad, es por esto que se requiere secundar con un análisis de grasa acumulada, pues se ha demostrado que estos niños que no alcanzan su altura ideal y sin embargo presenta un Índice de Masa Corporal elevado no necesariamente es grasa lo que produce el sobrepeso.”

Calzada (2003) menciona algunas de las limitaciones de IMC, que se relacionan con lo anteriormente explicado, pues este tipo de medición deja fuera el grado de madurez sexual así como la raza, condiciones de salud y nivel socioeconómico.

El autor menciona que la población latinoamericana tiene características muy distintas a la población de referencia, siendo que en muchas ocasiones el sobrepeso no está relacionado con acumulación de grasa magra sino con que el tórax tiende a ser más largo y por tanto contribuye de forma significativa al peso del individuo, el hecho de tener un segmento inferior más corto y por tanto obtener un IMC elevado no diagnóstica acumulo de grasa. Sin embargo; la efectividad del método está respaldada por los altos índices de mortalidad de los individuos que presentan Obesidad tipo III (Wadden, 2005).

Otros métodos para diagnosticar obesidad son: la ecografía y la tomografía axial computarizada, ésta última muestra claramente los depósitos de grasa a lo largo del cuerpo haciendo muy sencilla su localización y la determinación de la densidad.

1.5 IMPLICACIONES FÍSICAS DE LA OBESIDAD

Los riesgos e implicaciones físicas de la obesidad varían de acuerdo a la distribución y densidad de la grasa acumulada. Como se mencionó anteriormente la obesidad androide es la más riesgosa pues se ve comprometido el hígado que es sometido a altos niveles de ácidos grasos a los cuales responde sintetizando más triglicéridos y lipoproteínas de muy baja densidad. También presenta una sensibilidad disminuida a la insulina aunado a la disminución de insulina transportada por la vena porta.

Lo anterior tiene como consecuencia una elevación de los niveles de insulina periférica, que junto con la circulación aumentada de citosina genera una resistencia generalizada a la insulina en tejido muscular y adiposo. La adiposidad abdominal está íntimamente relacionada con el síndrome metabólico que actualmente representa en México una preocupación considerable (Méndez, 2005).

Calzada (2003) realiza una clasificación de las implicaciones físicas de la obesidad de acuerdo a su mediatez:

- Consecuencias inmediatas: Son aquellas que se presentan desde el momento en que existe un sobrepeso mayor a 15% y hasta 35%, incluyen alteraciones ortopédicas, cambios funcionales neurológicos, pulmonares, gastrointestinales y endocrinos.
- Consecuencias intermedias: Se presentan en un lapso no mayor a 4 años a partir de la aparición de la obesidad, en general están relacionados con enfermedades cardiovasculares.
- Consecuencias tardías: Aumenta el riesgo y severidad de enfermedades vasculares, así como la incidencia de cáncer.

De acuerdo al tipo de alteración, diversos autores concuerdan en que las implicaciones físicas se pueden clasificar en:

I. Alteraciones cardiovasculares

Se presentan cuando el sobrepeso es de 20% a 30% por encima del peso ideal. Entre las más significativas se encuentran:

- Hipertensión arterial, causada por un consumo excesivo de sodio lo que desencadena un gasto cardíaco mayor, también está relacionada con la aparición de resistencia periférica a la insulina.
- Hipertrofia leve de cavidades cardíacas: Predominante en el ventrículo izquierdo, se debe a la demanda de bombeo que tiene la grasa que se va acumulando.
- Ateroesclerosis. Es común durante la adolescencia, se presenta con cuadros de sudoración, palidez, palpitaciones, sensación de fatiga e incluso pérdida del conocimiento; se debe a la vasoconstricción, consecuencia directa del requerimiento de transportación de sangre oxigenada por gasto de energía que rebasa la capacidad del corazón.
- Alteraciones pulmonares: Se relacionan principalmente con hipoventilación, generado por la obstrucción parcial de los conductos

respiratorios, se presenta también apnea del sueño, tiene consecuencias directas sobre la concentración y la capacidad de retención. En momentos de actividad física se puede llegar a presentar hipoxia.

II. Alteraciones endócrinas

Testiculares (oligospermia, baja de testosterona), ovárica (menarcas tempranas, menopausias tardías, aumento de estrógenos y mayor incidencia de cáncer), hiperinsulinismo (baja del aclaramiento de insulina por el hígado), HG (una disminución de la hormona de crecimiento se relaciona con el aumento de grasa).

III. Alteraciones ortopédicas

El sobrepeso y la obesidad implican una carga mayor para las articulaciones que la que de forma normal debieran soportar lo que suele deformar la postura. Las primeras manifestaciones de estas alteraciones suelen ser: dolor de espalda, dolor de rodillas y pies. Estas alteraciones repercuten en las habilidades físicas de la persona, convirtiéndolo en “torpe” lo que conlleva ser sujeto de burlas y sobrenombres en muchas ocasiones insultantes. (Calzada, 2003).

Sin duda una de las principales consecuencias de la obesidad es la diabetes no insulino dependiente, caracterizada por la existencia de producción de insulina suficiente para la supervivencia del enfermo, comúnmente se presenta después de los 40 años pero se ha demostrado que en personas que padecen obesidad grave se puede presentar desde la juventud (Barry, 1991).

Por otro lado se encuentra el síndrome metabólico, descrito por Zimmet (2005) como el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por obesidad central (androide), disminución de las concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, aumento de concentración de triglicéridos, aumento de la presión arterial e hiperglucemia.

Se ha demostrado también una incidencia mayor de cáncer principalmente de colon, mama, próstata, gónadas y útero, en individuos que padecen obesidad.

En cuanto a las consecuencias físicas de la obesidad infantil Moreno (2007) menciona que la calidad de vida de un niño obeso es equiparable a la de un niño con cáncer.

“El estudio GALLINUT demostró que los niños y adolescentes obesos tienen 1.8 veces más probabilidades de tener niveles de grasa elevados, 7.6 de incrementar la tensión arterial sistólica, 10 de Triglicéridos elevados, 2.6 de HDL bajo. Así mismo el notable desequilibrio del metabolismo de la insulina y la glucosa favorece la aparición de diabetes tipo 2 que junto con el aumento de presión arterial aumenta el riesgo de padecer síndrome metabólico”. (Moreno, 2007, p.71).

1.6 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD

Las alteraciones psicológicas como consecuencia de la obesidad tienen que ver principalmente con un autoconcepto disminuido. Los niños con sobrepeso son agredidos dentro y fuera del núcleo familiar, tienden a ser blanco de burlas y sobrenombres ofensivos, no es raro escuchar dentro de las familias al o la “gordita”, “cachetoncito”, “bolita” etcétera, y si se traspasa el hogar se llegan a encontrar apodosos mucho más fuertes entre los compañeros de juego y escolares.

Hurlock (1988) menciona que como niño no hay conciencia del tamaño corporal a menos que represente una desviación grave. Los niños un poco más bajos o un poco más robustos no son molestados; sin embargo, niños que presentan obesidad tipo II o III sobresalen por su dificultad para realizar actividades físicas lo que les vale la exclusión de círculos sociales.

La mayoría de los niños con obesidad se reconocen como torpes y recienten el rechazo de los niños “normales”, perciben también el rechazo y en ocasiones la lástima que los adultos sienten por ellos, esto puede desencadenar un círculo vicioso pues lleva al niño a ingerir una cantidad mayor de alimentos en la búsqueda de mitigar la ansiedad.

Calzada (2003) y Hurlock (1988) coinciden en que los niños entre 10 y 11 años prefieren tener en su círculo de amigos a niños con discapacidad que a niños que padezcan algún grado de obesidad.

Lo anterior tiende a crear en los niños obesos la fantasía de tener cuerpos atléticos y agilidad física, el carecer de esto la mayoría de las veces trae como consecuencia: autoagresión, disminución de la expresividad afectiva, suicidio, promiscuidad, adicciones, bulimia, anorexia y enuresis entre otras.

1.7 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

En los últimos años, se ha reconocido a la obesidad como un problema de salud pública, la OMS en 1995 (citado en Méndez, 2005) publicó que el impacto sobre la salud es mucho mayor que el causado por el bajo peso, al terminar el estudio en 1997 la OMS concluyó que la obesidad era el mayor problema de salud no reconocido en el mundo.

Las características de la sociedad mexicana, sitúan actualmente al país en una transición epidemiológica, donde aún la prevalencia de desnutrición es alta; sin embargo, es también reconocido a nivel internacional por su alto índice de niños con obesidad. Dicha transición desencadena que al bajar el número de niños con desnutrición crece desmedidamente el porcentaje con obesidad (Méndez, 2005).

Algunos datos estadísticos que nos ayudan a ubicar la problemática; Méndez, (2005) menciona que (a ese año) existía una población de 1.7 billones de adultos obesos en el mundo y por lo menos 155 millones de niños en edad escolar con problemas de sobrepeso u obesidad. La edad promedio de desarrollo de diabetes tipo II es 10 años menor que hace 20 años.

Moreno (2007) menciona que en la unión europea se estima un total de 14 millones de niños y adolescentes con sobrepeso de los cuales 3 millones son obesos.

Con respecto a los factores de riesgo se pueden dividir en ambientales y genéticos, en general los ambientales son los componentes de la dieta, que tendría que ser alta en grasas; así, como la baja actividad física. Los factores genéticos tienen que ver con las reacciones fisiológicas a estos niveles de ingesta y de sedentarismo. Si bien es clara la correlación entre predisposición genética y ambiente en la aparición de obesidad, es importante destacar que cada individuo

presenta una combinación genética y una exposición ambiental muy particular y esto hace que varíe el grado y la distribución de la obesidad.

Los principales factores de riesgo encontrados son:

- La obesidad o adiposidad parental: Calzada (2003) menciona que los niños de padres obesos comúnmente desarrollarán obesidad, y no sólo por el componente genético sino por los hábitos alimenticios que seguramente adquirirán y que por el antecedente de obesidad se puede concluir que no son los apropiados. En las familias con obesidad se presenta una mayor preferencia y consumo de alimentos grasos y azucarados con relación a las familias con peso normal.
- El peso de recién nacido: Los niños con macrosomía neonatal tienen tendencia a la obesidad si no se les proporciona una dieta adecuada de nutrientes, por otro lado se encuentran los bebés con bajo peso al nacer que comúnmente son inducidos a la obesidad por la necesidad de la madre de verlos recuperando peso, lo que la lleva a sobrealimentarlos.
- La alimentación durante el 1º año de vida: Se ha demostrado que los niños alimentados con fórmulas lácteas tienden a aumentar de peso más rápido y menos proporcionadamente que los niños amamantados, esto puede tener que ver con los contenidos de azúcares y complementos que las fórmulas contienen y que no siempre son fácilmente metabolizados por el infante, por otro lado la alimentación con biberón permite a la madre el control de volumen de alimento proporcionado siendo en la mayoría de las veces mayor que el requerido por el niño.
- La ablactación temprana, antes de los 4 meses, influye también en el aumento desmedido de peso, ya que la introducción de alimento sólido con contenido graso, azúcares o almidones favorecen la acumulación de energía, siendo que el niño en esta etapa duerme la mayor parte del tiempo y su gasto energético es bajo.
- Hábitos alimenticios en la infancia temprana: Un estudio realizado en 1987 por Story y Brown, en E.U.A (citado en Latirgue, 1998) concluyó que si se

le da libertad al niño de elegir entre lo que desea comer de forma natural se inclinará por aquellos alimentos que cubran sus necesidades nutricionales, Latirgue, refuta la investigación basándose en que entre los alimentos presentados a los sujetos de la investigación no había grasas saturadas ni alimentos con alto contenido de azúcar (debido probablemente a la crisis que atravesaba el país en esa época).

Empíricamente se ha comprobado que los niños que tienen la posibilidad de elegir que desean comer se inclinan por alimentos con alto contenido de carbohidratos y grasas, lo anterior puede tener que ver con condicionamiento operante, el utilizar los postres como premio, es decir, se le da derecho a postre si termina los vegetales o si no deja nada en el plato, lo anterior crea la idea en el pequeño de que “el postre debe ser el mejor alimento y lo demás por lógica debe ser malo pues al ingerirlo se hace acreedor a un premio”. (Latirgue, 1998).

Por otro lado, se encuentran los niños que no acostumbran desayunar pero comen una colación durante las horas de escuela, en estos niños la acumulación energética es mayor debido a que el cuerpo al encontrarse en ayuno tiende a guardar reservas para momentos de hambre más prolongados.

También se considera un factor de riesgo la costumbre de comer fuera de casa, pues el alto contenido de grasas y azúcares que se ingieren, especialmente en los restaurantes de comida rápida son muy difícilmente equiparables con los ingeridos si la comida es preparada en casa.

- Factores hormonales: Moreno (2007) menciona que el inicio temprano de la pubertad influye en la aparición de obesidad, niños y niñas que presentan madurez sexual prematura tienden a acumular mayor cantidad de grasa que los que llevan un proceso normal a retardado.
- Nivel socioeconómico: Se observa que en los estratos más bajos el consumo de alimento con altos valores calóricos contrasta con la ingesta de alimentos frescos que se da en los más altos (Moreno, 2007), esto está relacionado directamente con la economía familiar, se observa que mientras los alimentos frescos (frutas, verduras, carnes de alta calidad) tienden a aumentar sus precios de forma periódica, los alimentos altos en

azúcares y grasas (refrescos, carnes procesadas, comida rápida) los mantienen haciéndose más accesibles para personas de bajos recursos.

- Sedentarismo: Se debe a diversos factores: El aumento en tecnologías que no estimulan el gasto físico de energía es uno de ellos.

Factores ambientales como la falta de espacios de recreación o deporte, o la inaccesibilidad a estos son también influyentes en el hecho de que los pequeños no realicen actividad física, podemos aumentar a esto la creciente inseguridad y la preferencia de los padres por mantenerlos en casa.

Las horas que un niño pasa frente a la televisión, están relacionadas directamente con el gasto de energía, la posición que adopta el cuerpo al ver la televisión nulifica cualquier movimiento y por tanto existe una carencia total de actividad física que repercute en la acumulación de energía y por tanto el aumento de peso. Cada hora que se pasa frente al televisor aumenta un 10% más de riesgo de obesidad. (Moreno, 2007).

- Estrategias mercadotécnicas: Aunado al sedentarismo encontramos variadas campañas publicitarias enfocadas a niños y adolescentes ofreciendo productos con altos niveles de azúcar, grasa y sodio que ofrecen complementos adecuados a la nutrición “adicionado con vitaminas”, los pequeños que pasan horas frente al televisor suele introyectar estas campañas e ingerir de forma periódica dichos productos, si se suma esto a la ignorancia de los padres que permiten la ingesta de estos alimentos ya sea como un premio para el niño o como suplemento de aquello que el niño no desea comer, sólo para completar la cantidad o el número de comidas que se cree que requiere.

Otro factor de riesgo muy importante es la percepción errónea de la obesidad de los hijos, estudios han demostrado que los padres de hijos obesos no los perciben como tal y que en caso de hacerlo no dan la importancia o muestran la preocupación debida por la condición de su hijo y el alto riesgo en el que se encuentra su salud.

La estimulación por parte de los padres es fundamental en la creación de hábitos de ejercicio o bien de sedentarismo, estos representan la principal motivación para el niño a realizar alguna actividad que represente gasto calórico, la poca preocupación de los padres o bien la falta de un hábito propio influye de forma muy significativa en el ahorro y por tanto acumulación de energía de los pequeños.

2. LA RELACIÓN MADRE-HIJO

MATERNIDAD

2.1 CONCEPTO

Se ha visto influido por una serie de factores sociales y culturales a través del tiempo, el término se ha modificado a la par de la noción que se tiene de la mujer, la reproducción y la crianza.

2.1.1 ANTECEDENTES

En un inicio se consideraba a la mujer como la única dadora de vida, es decir, corría a su cargo la preservación de la especie por lo que la organización era matriarcal, se respetaba y veneraba la feminidad.

Eisler (citado en Molina, 2006) menciona que este tipo de organización no era de dominación, sino que eran regidas por un principio de vinculación cuya principal base era la solidaridad. Las civilizaciones que poseían esta ideología fueron poco a poco sustituidas por civilizaciones patriarcales donde la mujer fue rebajada y sometida al hombre.

Particularmente en la cultura griega la diosa (representación divina de la mujer) fue convertida en esposa y madre; así mismo, aparecieron muchas deidades femeninas que representaban una distinta característica de la mujer. Algunas de

ellas las denominadas “Vírgenes” muestran la faceta fuerte e independiente, siendo diosas egocéntricas y autosuficientes.

Por otro lado se veneraban las diosas “vulnerables” aquellas que jugaban el rol de madre, hija y esposa abnegada y sobajada por las deidades masculinas. De lo anterior, podemos decir que la mujer, en cuanto se convierte en madre deja de lado su independencia sustituyéndola por la abnegación y le entrega incondicional a los hijos y el esposo.

Dicha entrega incondicional se ve representada en las diosas representativas de la tierra, siendo símbolo de fertilidad y de preocupación por la alimentación y subsistencia de todo aquel que se encuentre bajo su protección.

El nacimiento de la religión cristiana impactó el concepto de maternidad, pues la mujer religiosamente hablando pasó a convertirse en un complemento del hombre, sin autonomía, subordinada a este. De acuerdo al Génesis la mujer fue creada para cubrir la necesidad de compañía del hombre, lo que colocó a éste en un lugar privilegiado con múltiples requerimientos y a la mujer como la satisfactora, metiendo a la pareja en un rol de madre-hijo.

Otro legado al concepto de maternidad tiene que ver con la figura de María la Virgen, que por un lado regresa a la mujer ese empoderamiento que poseía en la época del matriarcado al ser elegida para humanizar a Dios, por otro la coloca, hasta cierto punto, como mártir que camina el mundo cargada de sufrimiento y de hijos (Molina, 2006).

Con la llegada de la Edad Media se acentuó la concepción de la mujer como corrompedora del hombre y por tanto indigna. La visión de la maternidad es dominada por los aspectos fisiológicos: procreación, gestación, parto y amamantamiento. Siendo el amor materno algo entendido como natural y obligatorio pues la mujer siente más placer al amar que al ser amada (Molina, 2006). La maternidad en esta época era vista como obligación, y aquella que no conseguía engendrar era señalada como castigada o condenada.

En cuanto a las obligaciones de educación eran repartidas entre ambos padres, siendo mayoritariamente responsable el padre dejando a la madre únicamente las

tareas de guía religiosa para la salvación del alma. En cuanto a las hijas se encargaban de la educación sexual, es decir, inculcaban los valores necesarios para la veneración de la virginidad y la prevención de la promiscuidad.

Teniendo en cuenta esta visión histórica de lo que es maternidad, podemos decir que la mujer en su condición de madre ha sido venerada y a la vez sobajada, a lo largo del tiempo la maternidad se ha reducido a simples tareas mecánicas e instintivas. Ahora bien en la era actual también se ha visto seriamente afectado el término con la inclusión de nuevas actividades en la rutina femenina así como la inclusión de estudios científicos en los métodos de crianza de los niños.

Con la llegada del S. XX comienza a identificarse maternidad con crianza. Hays (1998, citado por Molina, 2006) menciona que la madre es ahora la encargada de mejorar la sociedad a través del apoyo moral y emocional que brinda a su esposo e hijos. Esto reivindica a la mujer-madre sin menospreciar su labor biológica pero acrecentando su actividad en el acompañamiento y educación de los hijos.

En este aspecto la importancia de la mujer crece a tal grado que menosprecia al hombre, volviéndolo dispensable en la crianza de los hijos, el hombre no tiene las habilidades necesarias para cubrir al 100% las necesidades de los niños por lo que es mejor dejarlo a un lado, para así evitar que los niños no sean atendidos de la mejor manera.

La inclusión de la ciencia en el campo de la crianza infantil trajo grandes avances en cuanto a la comprensión de la conducta pero también elevó el nivel de responsabilidad de la madre, dando por entendido que las fallas de la mujer como madre son la causa de la psicopatología del adulto, la mujer sigue siendo la más comprometida con la educación de los niños.

A la par de lo anterior llega la idea de la madre omnipotente, es decir, se habla de que la mujer tiene las herramientas suficientes para formar seres humanos perfectamente funcionales y cualquier fallo en dicha funcionalidad es culpa de la criadora (Hays, 1998, citado en Molina 2006).

En esta primera mitad del siglo los estilos de crianza se inclinaron hacia lo permisivo, la libre demanda del niño regía en su mayoría los hogares, las

exigencias y reprimendas eran mal vistas y era el niño el que de acuerdo a su necesidad o deseo movía al resto de la familia, en este contexto continúa siendo la madre la encargada de la satisfacción total de las necesidades de los pequeños.

La segunda mitad del siglo ha sido marcada por una fuerte revolución femenina, la mujer ha luchado por obtener espacios en el área educacional y laboral; así mismo, ha defendido su derecho a decidir sobre si desea o no tener hijos y cuando traerlos al mundo. En muchos ámbitos se le ha dado la libertad de elegir si interrumpir un embarazo cuando las condiciones no son consideradas, por ella misma, las óptimas. La permisividad ha sido rechazada en muchos ámbitos sociales, argumentando que los niños criados de esta forma se vuelven incompetentes para la vida adulta pues no están acostumbrados a la obediencia ni al trabajo duro (Hays 1998, citado en Molina, 2006).

Es importante identificar la influencia de la cultura en el desempeño de la maternidad, siendo esto algo que definitivamente es influido por el aprendizaje y las exigencias del medio. Si bien gran parte de la maternidad viene de lo biológico, esta parte sólo afecta un pequeño fragmento del espectro de crianza.

2.1.2 CONCEPTO DE MATERNIDAD

Dentro de los estudios sociológicos, existen ciertas concordancias que se pueden resumir en 3 principios fundamentales que parten del hecho de que la crianza es algo natural.

La primera afirmación tiene que ver con la crianza como algo instrumental, la satisfacción de las necesidades fisiológicas del niño corre a cargo de la madre, la forma en que satisfacen dichas necesidades es en gran parte aprendido de la propia experiencia con la madre o de la observación del cuidado y crianza de niños a nuestro alrededor. La satisfacción de dichas necesidades asegura la supervivencia del niño y se puede interpretar como las primeras señales de “amor” por parte de la madre.

La segunda afirmación asegura que el amor materno-filial es algo natural, hasta cierto punto instintivo que carece de valor social, la madre se ve obligada a amar a sus hijos por su constitución biológica.

La última afirmación tiene que ver con que el proceso de crianza es privado, se concibe a la madre y el bebé como una sociedad aparte, donde, mientras dure el proceso de crianza, nadie es admitido.

2.2 MATERNAJE

Se considera como la práctica de dedicar tiempo al cuidado de la vida, a sostener y cuidar la vida (Magallón, 2006). Para Ruddock (citado en Magallón, 2006) madre es la persona que toma para sí la responsabilidad de la vida de los niños y niñas; aquella para la que proporcionar cuidado a la infancia es una parte sustancial y regular de su trabajo y de su vida.

El maternaje exige el desarrollo de una serie de habilidades cognitivas, conductuales y afectivas, el cuidar de otro ser humano implica no sólo procurar el crecimiento físico, sino también el ahuyentar las amenazas, propiciar el crecimiento y desarrollo psicológico e intelectual así como la preparación para la integración a la sociedad, es decir, la madre debe darle al niño las herramientas necesarias para socializar y por tanto tener sentido de pertenencia en el medio en que se desenvolverá.

La práctica del maternaje comienza con la imagen de vulnerabilidad que proyecta un niño pequeño, lo que despierta la necesidad de protegerlo. Para Ruddock (1989, citado en Magallón, 2006) el maternaje es una práctica que no requiere amor sino simplemente el compromiso con la vida, la adecuada percepción de la vulnerabilidad del pequeño que lleva a proveerle seguridad en vez de abuso. Otra característica del maternaje es darle responsabilidades y libertades al niño para propiciar el crecimiento y aprendizaje del niño.

Con la llegada del embarazo, la mujer deja de ser mujer para convertirse en madre, es un proceso con el cual se refuerza el rol materno y se resta importancia al rol femenino en el resto de sus ámbitos. Algunas mujeres lo pueden percibir como

detrimento de su sexualidad y rol. Dicho proceso denominado maternaje está sujeto a un sinnúmero de acontecimientos que sólo terminan cuando lo hace la vida de la mujer.

El proceso del maternaje conlleva una serie de implicaciones que González (2001) enlista:

- Comenzando con el miedo que puede generar en la mujer el parto, debido a las creencias y especulaciones que se generan en torno a este, la mujer que comienza su carrera en el maternaje puede crear fantasías de extremo dolor e incluso la posible pérdida de la vida, propia o la del producto.
- Todo lo respectivo a la crianza del hijo, que va desde la distribución del tiempo que antes era administrado a propia conveniencia ahora debe ser repartido de acuerdo a los horarios y condiciones del hijo, el temor por no saber criar o las expectativas de cada una de las etapas de la vida con respecto a la educación suelen generar en la madre un gran temor, por otro lado la conservación de la salud, la nutrición y la seguridad que deben transmitir al niño también puede generar tensión en la madre y en la pareja.
- El maternaje en cuestión de relaciones de pareja coloca a la mujer en el dilema de no sólo tener que entregarse en cuerpo y alma a los hijos sino también a su esposo, es decir, no puede darse el lujo de dejar de ser una buena esposa, quedando ella siempre después de todos los demás.
- Aunado a lo anterior esta la posposición de todas sus necesidades biológicas y materiales pues no se concibe una madre que se satisfaga a sí misma cuando sus hijos no están satisfechos.
- La madre durante el cumplimiento de su labor se ve sometida al juicio de prácticamente todas aquellas personas que conviven con ella y que son testigos de su estilo de crianza, dichos juicios pueden ser en ocasiones agradables o reconfortantes, pero también pueden contribuir a la baja autoestima e inseguridad de la mujer en relación a su figura como madre, pues las comparaciones y/o correcciones de lo que hace o deja de hacer pueden resultar lacerantes.

2.3 VÍNCULO AFECTIVO

Hoy sabemos que la necesidad de establecer vínculos afectivos es tan primaria como la de comer, dichos vínculos constituyen una poderosa fuerza de unión con los demás y las causa primordial de la conducta prosocial. Los principales componentes de los vínculos afectivos son: la empatía, el apego, el afecto y la amistad. La vinculación permite hacer cosas por el otro, identificarse con él e incluso mostrar conducta de obediencia hacia la persona con la que se ha vinculado.

El niño recién nacido se muestra ante el mundo como un ser totalmente indefenso que presenta respuestas sensoriomotrices (reflejos) no controladas y respuestas emocionales poco específicas dependientes de la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades básicas.

Aún cuando la interacción del niño con el medio es precaria, su capacidad de aprendizaje y percepción es muy grande, lo anterior le permite hacer distinción entre las personas que están en contacto con él y por tanto no generar vínculos de la misma magnitud con todos. López (s/f) menciona que es por esto que durante el primer año de vida el niño se convierte en un activo buscador de la interacción con las personas que logra identificar.

Como se mencionó anteriormente las personas con las que se vincula el niño tienen cierto poder sobre él y son las responsables de moldear su conducta, estimular la independencia y satisfacerle las necesidades básicas.

En la actualidad la generación del vínculo afectivo materno-infantil está influida no sólo por las características personales de la madre y del niño sino por el bombardeo de información acerca de lo que se debe o no hacer con el niño respecto a sus demandas expresadas por llanto, por ejemplo el que si el niño ha comido, está limpio y no está enfermo se debe dejar llorar, este tipo de argumentos pueden llegar a confundir a las madres con respecto a cómo relacionarse con sus hijos.

López describe una secuencia mediante la cual el niño elige a las personas con las que se vinculará y la forma en que lo hace:

- Preferencia por la propia especie: Es un estadio donde el niño no logra diferenciar personas de su familia y desconocidos, acepta igualmente los cuidados de su madre que de cualquier otra persona, sin embargo parece darse cuenta de las características globales de los cuidadores. Este periodo dura hasta los 3 meses.
- Interacción privilegiada con las figuras de apego sin rechazo a los desconocidos: Si bien el niño aún acepta los cuidados de extraños, reconoce cuando está en contacto con sus cuidadores primarios (madre por lo general), cambia su conducta y tiende a tranquilizarse cuando se acercan.
- Interacción privilegiada con figuras de apego y rechazo a los desconocidos: La vinculación con los padres es sumamente fuerte, se ven claras muestras de júbilo cuando estos aparecen y angustia cuando no están cerca, el cuidado de extraños es en general rechazado sobre todo si el encuentro es inesperado o involuntario.

En un primer lugar la vinculación afectiva está al servicio de la supervivencia pues las figuras de apego son aquellas que satisfacen las necesidades fisiológicas del menor. En segundo término la vinculación está al servicio de la salud física y psíquica. Los niños con vínculos afectivos estables son aquellos que logran sentirse contentos, seguros y confiados. Al relacionarse con adultos y otros niños es notoria su facilidad para entablar relaciones adecuadas.

Los niños que no logran establecer vínculos afectivos adecuados o bien que los pierden a corta edad, tienden a ser agresivos, inseguros y desconfiados. Buscan constantemente vincularse con personas que perciben como posibles satisfactoras, dichos vínculos son ansiosos.

2.3.1 TEORÍA DEL APEGO

Bowlby (2006) designa como teoría del apego a la descripción de la forma en que los humanos creamos vínculos con personas determinadas y a los múltiples trastornos emocionales que se derivan de la amenaza de pérdida o bien de la pérdida de dicho vínculo. La base de su teoría son todas las consideraciones acerca de relaciones objetales, dependencia, necesidad, simbiosis e individuación.

Los partidarios de la teoría del apego sostienen que múltiples trastornos psíquicos pueden atribuirse a deficiencias en el desarrollo del apego o bien, en menor medida, al fracaso de éste.

Esta teoría menciona que los seres humanos forman vínculos a partir de la consciencia de que para la satisfacción de la mayoría de las necesidades es indispensable un "otro". El bebé por ejemplo es incapaz de valerse por sí mismo en ningún aspecto, por lo que genera un vínculo afectivo con la persona encargada de su cuidado.

Las necesidades o impulsos que son disminuidos o satisfechos por la interacción con otros se clasifican en primarios (nutrición, sexo) y secundarios (dependencia).

Bowlby (2006) argumenta que existe una íntima relación causal entre la experiencia de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, las alteraciones en la formación de dichos vínculos se ve reflejada en problemas maritales y problemas con los hijos.

La formación del vínculo se basa en dos principales variables: a) La capacidad de los padres para proporcionar al niño una base segura y b) La posibilidad que le dan de explorar a partir de ellos.

El éxito del proceso de vinculación según Bowlby tiene que ver con la capacidad que tienen los padres de identificar la necesidad de apego en sus hijos y en la disposición que tengan para proporcionarle una base segura desde la satisfacción de sus necesidades primarias, complementado por el reconocimiento de que una de las principales causas de ira y enfado por parte del niño es la frustración de su

necesidad de amor y que su ansiedad refleja la incertidumbre acerca de si podrá o no seguir contando con su padres como fuente de satisfacción y seguridad.

La segunda variable es también responsabilidad de los padres, pues deberán tener la apertura suficiente para distinguir el deseo de un apego fuerte con el niño y la necesidad de tenerlo y cuidarlo siempre y de todo, es decir, es fundamental darle la libertad de explorar su entorno y poco a poco ampliar sus relaciones tanto con otros niños como con adultos cercanos.

En la teoría del apego una persona que tiene un apego adecuado, es considerada capaz de ayudar a los demás y merecedora de la ayuda de otros en caso de necesitarla (Bowlby, 2006). En psicoanálisis se le considera una persona con un Yo fortalecido a aquella que es capaz de considerar al otro y estar dispuesto a ayudarlo y permitir que éste le ayude.

Las personas que no desarrolla un apego adecuado tienden a presentar síntomas neuróticos, de inmadurez, inseguridad, dependencia. En general los patrones de los progenitores que no permiten el adecuado desarrollo del vínculo son:

- Uno o ambos de los padres no reaccionan a las peticiones del niño y lo ignoran o descuidan activamente.
- Discontinuidades en los cuidados parentales.

Amenazas controladoras por parte de padres que no aman al hijo.

- Amenazas de abandonar el hogar como medio para controlar la conducta del niño o bien de la pareja.
- Amenazas de lastimar al otro padre o al niño, o incluso de cometer suicidio.
- Inducir al niño a sentirse culpable de la enfermedad o muerte de uno de los progenitores.
- La presión por parte de la madre para que el niño se convierta en figura del vínculo invirtiendo los papeles.

El apego entre el niño pequeño y su madre o cuidador primario puede ir desde el apego seguro hasta el trastorno de apego reactivo en la infancia, en los niveles intermedios se encuentra el apego inseguro que se divide en evitante y resistente, el apego desorganizado y las alteraciones de la base de seguridad (Boris y Zeanah, 1999 citado en Reyes, 2000).

Reyes (2000) postula que la expresión de afectos positivos como sonrisas, gestos y tonos de voz especiales generan en el niño reacciones igualmente positivas, en cuyo modelo descansa 5 hipótesis acerca de la interacción madre-infante:

- 1) El proceso de interacción comienza cuando la madre recibe positivamente la actuación de su hijo.
- 2) La expresión positiva del infante es una respuesta a la expresión positiva de la madre.
- 3) Aún cuando el niño pase por un estado neutral y se voltee cuando la madre busque contacto, el estado positivo de la madre no se altera.
- 4) La madre y el bebé no cambian de estado de ánimo sino en turnos.
- 5) La interacción y los cambios de ánimo están regidos por estado de la diada madre-infante y no por otras causas.

Así mismo, se postula que la interacción madre-hijo es bidireccional y mutuamente regulada. La regulación normal consiste en la fluctuación de estados positivos a negativos llegando a estados incoordinados y posteriormente de regreso a afectos positivos. Entendiendo que los procesos negativos son cortos y limitados.

2.3.2 PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

El infante humano nace biológicamente en un proceso rápido, observable y espectacular; en cambio, su nacimiento psicológico se da de forma lenta.

Mahler (1995), llama al nacimiento psicológico proceso de separación-individuación, el resultado de dicho nacimiento es la posibilidad de diferenciar el propio cuerpo del resto del mundo sin dejar de estar consciente que se es parte de dicho mundo. El proceso de individuación es tan extenso como el ciclo vital, en

cada parte de dicho ciclo se alcanzan nuevas metas en cuanto al desarrollo psicológico; sin embargo, los mayores logros se dan entre el 4º y el 30º mes de vida.

El proceso de separación e individuación se conciben como complementarios, el primero consiste en dar por terminada la fusión simbiótica con la madre y el segundo es la detección de las características individuales que facilitan al niño el alcance de logros. Estos dos procesos si bien son complementarios no necesariamente ocurren al mismo tiempo, puede darse uno de forma más acelerada sobre todo si se ve influido por aceleración del desarrollo físico-motriz del niño.

Mahler (1977) define la separación como un logro intrapsíquico de separación de la madre y con ésta del resto del mundo. Por otro lado define simbiosis como un estado intrapsíquico, un estado inferido, donde dentro del desarrollo cognitivo-afectivo no ha ocurrido la diferenciación entre sí-mismo y la madre.

El proceso de separación-individuación es crucial para el desarrollo adecuado del Yo y para el establecimiento funcional de la relaciones objetales, tiene como principal característica la ansiedad de separación que es la prueba de que el niño se da cuenta de que es una persona distinta a su madre y que esta lo puede dejar.

Mahler describe el proceso de separación individuación en 4 sub-fases:

- Fase autística normal: en esta fase hay una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos, el infante permanece en un estado de semisueño y semivigilia, es decir sólo es despertado cuando alguna necesidad no está cubierta (hambre, frío, suciedad). Ribble (1943, citado en Mahler 1977) menciona que lo que saca gradualmente al infante de este estadio de autismo normal es el maternaje, es decir la madre es la encargada de propiciar que la catexia libidinal fluya del interior (principalmente en los órganos abdominales) hacia el exterior. Aún cuando durante esta fase la relación con el medio es únicamente en función de satisfacción de necesidades internas y no existe consciencia de la existencia de otros, esto

no significa que el niño no reconozca y reaccione a cierto estímulos externos.

- Comienzo de la fase simbiótica: A partir del segundo mes de vida aparece una percepción limitada (consciencia oscura) de la figura materna como la que se encarga de satisfacer las necesidades del niño, dicha satisfacción va en complemento de lo que él mismo hace por reducir su ansiedad (vomitar, defecar, orinar, estornudar etc.). Al percibir que él junto con su madre son capaces de reducir al mínimo la ansiedad provocada por los impulsos internos del niño éste lo interpreta como una dualidad omnipotente, donde existe una mutua dependencia (siendo la del niño absoluta hacia la madre y la de la madre relativa hacia el niño). La característica principal de la simbiosis es la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria o delusiva del límite entre los dos individuos, es decir, dicho límite no es percibido. La simbiosis en esta etapa de la vida tiene una función adaptativa pues proporciona al niño las bases para las relaciones sociales y le garantiza la supervivencia.

En el campo de la imagen corporal “el cambio de una catexia predominantemente propioceptiva-enteroceptiva a una catexia sensorio-perceptiva de la periferia es un paso fundamental en el desarrollo” este paso constituye un prerrequisito fundamental para la formación de un Yo corporal adecuado.

El proceso de simbiosis normal: en este estadio el niño ya logra diferenciar estímulos internos de externos, aunque no ha conseguido diferenciar entre sí mismo y el otro (madre), logra percibir la forma en que la madre se relaciona con él, una madre cariñosa y atenta logra un proceso de simbiosis mucho más exitoso que la madre que aunque esté pendiente de todas las demandas del niño las cubra de forma mecánica o siendo exigente para con las respuestas del infante.

- Consolidación de la individualidad: Esta etapa tiene una doble tarea la primera consiste en el logro de una individualidad definida y en hasta cierto punto, vitalicia; la segunda, el logro de cierta constancia objetal. La constancia objetal consiste en la catexia de la madre en tanto esta sea suficientemente buena en el cumplimiento de su labor, por otro lado es

también la integración de lo bueno y lo malo dentro de ésta y la regulación del odio cuando aparece ira hacia el objeto de amor; en este punto el objeto de amor permanece aún cuando físicamente se encuentre ausente y es añorado y no odiado por dicha ausencia. En cuanto a la individuación definida se observa por la capacidad del niño de jugar alejado de la madre por periodos más prolongados; sin embargo, se presenta la necesidad de acercamiento cuando se percibe peligro. El niño en esta etapa está capacitado para entrar al jardín de niños pues es capaz de alejarse de mamá sin someterse a altas dosis de ansiedad por el abandono de ésta.

2.3.3 VÍNCULO AFECTIVO Y ALIMENTACIÓN

Entre los cuidados que la madre debe proporcionar al bebé están el de la alimentación y nutrición, una madre ansiosa de sus propios hábitos alimenticios durante y después del embarazo, así como aquella que se encuentre inconforme con su corporalidad puede interferir seriamente con la alimentación de sus hijo lo que puede repercutir en la aparición de trastornos alimentarios posteriores.

La relación del niño con la madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia, la responsabilidad de la satisfacción del niño recae completamente en la madre.

Bowlby (citado en Betancourt, 2007) menciona tres factores de riesgo en cuanto a la crianza a la relación madre hijo: La actitud inconsciente de rechazo oculta tras otra de afecto, la exigencia exagerada de cariño por parte de la madre o el padre, la satisfacción desmedida experimentada por la madre o padre a partir de la conducta del niño a pesar de condenarla abiertamente.

Bowlby (citado en Betancourt, 2007) describe una situación llamada vinculación angustiante donde la presencia de la madre es constante pero muestra insensibilidad a las necesidades del hijo.

Winnicott (citado en Betancourt, 2007) define las bases de la salud mental como dependencia, menciona que el niño sólo puede salir adelante si la madre le proporciona las bases suficientes. El Yo de la madre suple al Yo del niño teniendo

una función de espejo, si la madre no logra reflejar realmente al niño y sólo expresa sus propia rigidez y defensas el niño no consigue tener un adecuado intercambio con el medio.

Los trastornos alimentarios denotan la no individuación del hijo, es decir, prevalece la diada simbiótica no permitiendo una diferenciación entre el hijo y su madre, resultado de ésta simbiosis es la alteración perceptiva del niño con respecto a sí mismo y a su entorno. En la mayoría de los trastornos alimenticios hay una excesiva involucración entre madre e hijo como si la existencia de uno dependiera de la existencia del otro.

Existen ciertos comportamientos favorecidos por la madre que sirven como predispositores para los trastornos alimenticios como son: la pica, la rumiación, el packing y la intolerancia a cambios de texturas y sabores.

Investigaciones demuestran que los hijos de madres con historial de trastornos alimenticios son más propensos a presentar disfunciones en los patrones alimentarios a partir de los 5 años volviéndose cada vez más graves conforme avanza la infancia. Agres (citado en Betancourt, 2007), concluye que las madres con sobrepeso e inconformidad con su apariencia corporal tienden a preocuparse demasiado por el peso de sus hijos, dicha ansiedad lleva a los pequeños a evitar comer o bien a comer en exceso.

3. PERCEPCIÓN

3.1 CONCEPTO

La manera como el individuo obtiene conocimientos de su medio a fin de lograr que una conducta sea adaptativa es de suma importancia. Dicha información proviene de la extracción de información a partir de la gran cantidad de energía física que estimula sus sentidos.

La percepción está incluida dentro de los procesos cognoscitivos a la par del aprendizaje y el pensamiento.

En el proceso de percibir es importante diferenciar entre reconocimiento e identificación para Forgas (1989) reconocer implica tener consciencia de que algo nos es familiar mientras que identificar implica poder decir qué es ese algo y nombrarlo.

Otra definición de percepción es la propuesta por Bartley (1976) que sostiene que “la percepción es la inclusión en el organismo de una serie de vinculaciones con su ambiente, cuya sutilidad es tal que ninguna lista de adjetivos le hace justicia, sin que se presenten superposiciones definidas”.

3.2 UMBRAL PERCEPTUAL

Se concibe como un punto fijo sobre el continuo de la experiencia sensorial, los estímulos debajo de este umbral no se experimentan y los que se encuentran por encima del mismo suelen ser molestos para el sujeto.

Aunado al umbral perceptual se encuentra el concepto de error de juicio que tiene que ver con la tendencia que tiene la mente a percibir u omitir ciertos estímulos bajo ciertas condiciones, lo anterior lleva al sujeto a creer que se percibió un estímulo cuando éste era inexistente, a modificar la intensidad del mismo si es que si estuvo presente o a negar su existencia.

Forgas (1989) menciona que el nivel del umbral no es fijo si no que está en constante cambio y se ve afectado por variables motivacionales, consideraciones de juicio y otros factores personales.

La percepción es tanto una forma de pensamiento como una conducta inmediata, la definición puede convertir a la percepción en un sinónimo de consciencia.

Langfeld y Weld (citado en Bartley, 1976) menciona que “La percepción es el primer fenómeno en la cadena que conduce del estímulo a la acción” y también “la percepción es la experiencia de los objetos y fenómenos del aquí y el ahora”.

3.3 PERCEPCIÓN PERSONAL O COGNICIÓN SOCIAL

Los aspectos prácticos de la percepción de los atributos personales tienen gran importancia, ya que muy posiblemente se vinculen con la naturaleza de las relaciones interpersonales. La percepción personal es sinónimo de cognición social, es decir, como conocemos las características de los otros.

Los sentimientos que nos provocan los sujetos percibidos influyen en la manera en que los vemos, dichos sentimientos están a su vez influidos por las condiciones culturales en las que se da la interacción.

La percepción está también influida por factores de necesidad, en cualquier nivel en que esta se presente. La necesidad defensiva de la psique entra también en el juego del umbral perceptivo permitiendo o no el reconocimiento y la identificación de ciertos estímulos de acuerdo a las consecuencias emocionales que puedan traer al sujeto.

3.4 PROPIEDADES DE LA PERCEPCIÓN

Las propiedades de la percepción se dividen en:

- *Simbolismo*: Se refiere al carácter subjetivo de la percepción, es decir, lo que una persona percibe no es precisamente idéntico a lo que el resto de las personas ven, oyen o sienten, esto, como ya se mencionó, tiene que ver con situaciones personales.
- *Clasificación*: Depende de los conceptos que a través del tiempo el sujeto a formado a partir de situaciones (estímulos) similares. El reconocimiento y la identificación de objetos o sujetos depende de la categorización que le asigna el que lo percibe
- *Evaluación*: Está íntimamente relacionada con las anteriores, depende tanto de la subjetividad con la que recibe como de la clasificación que se le da a cierto estímulo. La evaluación está íntimamente relacionada con los sentimientos que dicho estímulo despierta, comúnmente se relaciona con lo “bueno” y lo “malo” en el punto medio se encuentra lo “indiferente”.

- *Predicción e interpretación:* Se basan en las percepciones pasadas, de acuerdo al estímulo y al recuerdo que se tiene de él o de estímulos similares el percipiente puede decidir cómo reaccionar.
- *Autoconsistencia interna:* Se relaciona con la constancia con que un estímulo es percibido aún cuando cambien las condiciones en las que es presentado.
- *Determinación del campo:* Es la integración del ambiente que expone el estímulo con las condiciones internas de quien lo percibe.

3.5 APERCEPCIÓN

Se habla de apercepción como la interpretación que da el sujeto a la percepción, para Bellack (2000) “la apercepción es el proceso mediante el cual la nueva experiencia se asimila y transforma en función del residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo. El residuo de la experiencia pasada se denomina masa aperceptiva.”

Los estímulos perceptuales pueden ser reconocidos o identificados de la misma manera por varios sujetos; sin embargo, la interpretación profunda que se le da a cada uno de los estímulos suele ser particular, esto último es el grado de distorsión aperceptiva que el estímulo provoca en la persona.

Bellack (2000) menciona la existencia de 5 formas de distorsión aperceptiva:

- *Proyección invertida:* Se refiere primero al proceso de formación reactiva en el que el sujeto rechaza un sentimiento inaceptable y deja ver uno que socialmente es aprobado, el segundo punto es cuando el sujeto adjudica el sentimiento subjetivo al mundo exterior.
- *Proyección simple:* Es la adjudicación de un sentimiento desagradable al mundo exterior.
- *Sensibilización:* Cada sujeto de acuerdo a su experiencia reacciona con mayor o menor intensidad a los estímulos (umbral perceptual) dicha reacción tiene que ver con el nivel de sensibilidad que el sujeto presenta ante dicha situación.

- *Percepción autista*: El proceso de esta percepción es muy similar a la proyección simple, únicamente difieren en el grado de complejidad, la percepción autista conduce a distorsiones gratificantes sencillas, en lugar de las situaciones complejas que permite la proyección.
- *Externalización*: Se refiere a aquellos procesos aperceptivos que fácilmente son traídos a la consciencia, el sujeto puede darse cuenta que es lo que lo lleva a dar tal o cual interpretación sin necesidad de un proceso terapéutico.

4. AUTOESTIMA

4.1 CONCEPTO

González-Arratia (2001) define a la autoestima como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa de del yo. Interna en cuanto al valor que atribuimos a nuestro yo y externa que se refiere al valor que creemos que otros nos dan.

La estima se reconoce como una necesidad básica del ser humano, todos necesitamos sentirnos valorados por alguien, el hecho de que otros nos reconozcan y respalden es la base de la autoestima, por lo tanto, la autoestima se convierte también en una necesidad básica del hombre.

González-Arratia (2001) resume el concepto de autoestima de la forma siguiente:

1. La confianza en la capacidad de pensar y enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.
2. El sentimiento de ser responsables, dignos y tener derecho de alcanzar metas y gozar de los esfuerzos.

Madrazo (1997, citado por González-Arratia, 2001) menciona que la imagen corporal está relacionada con sentimientos de aceptación que le dan al niño la

posibilidad de sentirse querido y le proveen seguridad y sentimiento de pertenencia el cual es esencial para sentirse valorado.

Según Mussen, Conger y Kagan (1982, citados por González-Arratia, 2001) existen cuatro factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

1. La cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para él.
2. El nivel de triunfos y el status que éstos proporcionan.
3. El individuo obtiene autoestima únicamente de las áreas que le son significativas.
4. Los sentimientos de control y defensa como modo de protección de situaciones que le causen daño y puedan disminuir su valor.

Es importante no confundir autoestima sana, con egocentrismo. Los sentimientos positivos hacia nosotros mismos nos permiten desarrollar nuestro potencial, fijar metas, afrontar problemas relacionarnos con otros, asumir riesgos, aportar algo a la sociedad y convertirnos en adultos felices y autorrealizados (Feldman, 2003).

4.1.1 AUTOCONOCIMIENTO

Rodríguez (1988) lo define como el conocimiento de las parte que componen el Yo, sus manifestaciones, necesidades y habilidades; es conocer por qué y cómo actúa y siente.

4.1.2 AUTOCONCEPTO

Se compone por una serie de creencias que se tienen acerca del sí mismo y que son manifestadas en la conducta. El autoconcepto puede ser un factor estimulante o restringente en el sentido de que si es positivo lleva a la persona a fijarse metas y caminar en dirección de su cumplimiento, un autoconcepto negativo comúnmente lleva a la persona a sentirse inútil y por tanto limita su capacidad de esforzarse.

En la formación del autoconcepto influyen una serie de factores externos a la persona, si bien la experiencia de lo que se puede y no se puede lograr es

determinante también lo que se escucha y percibe, sobre todo de las figuras de autoridad, confirma o desvaloriza al sujeto.

4.1.3 AUTOACEPTACIÓN

Es el reconocimiento de todo lo que se es tal y como se es. No es sinónimo de resignación sino de conciencia clara de lo que somos.

4.1.4 AUTOEVALUACIÓN

De la mano con el autoconocimiento permite darse cuenta de si las cosas, situaciones sentimientos etcétera son buenas o dañinas para el sujeto de acuerdo a sus necesidades, intereses, creencias, habilidades.

4.1.5 AUTORRESPECTO

Es entender y satisfacer las propias necesidades y valores, ser capaz de expresar y manejar emociones sin dañar a otro, no permitir que las emociones de otros sean dañinas. Buscar por encima de todo lo que le haga sentir orgulloso.

4.2 AUTOESTIMA Y OBESIDAD

El nivel de autoestima en las personas con obesidad depende básicamente del nivel de entendimiento y aceptación que tienen de su padecimiento. La mayoría de las personas que padecen sobrepeso u obesidad no entienden cuál es la causa de dicho padecimiento y tienen a adjudicárselo a situaciones externas y fuera de su alcance de este modo no sólo dan una explicación que los deslinda de toda responsabilidad sino que no se permiten dar solución al problema.

La aceptación de la obesidad consistiría según Álvarez (2006) en darse cuenta de que la única razón por la que enfermaron es por que ingieren mayor cantidad de energía de la que utilizan. Dicha aceptación es crucial para el enfrentamiento del padecimiento ya que introduce el término responsabilidad en la vida del paciente obeso.

El respeto hacia sí mismo y el recibido del medio es también de suma importancia para la autoestima de los pacientes con obesidad, el entender que es un padecimiento médico y que como tal debe llevar un tratamiento y tiene cura

propicia el autorrespeto, sin embargo las agresiones del medio sobre todo las familiares y de los pares llevan a las personas con obesidad a desarrollar sentimientos de impotencia, incapacidad, inutilidad, y sobretodo imposibilidad de encontrar un solución para su obesidad.

La falta de autoestima trae a las personas con obesidad serias consecuencias Álvarez (2006) menciona que la personas con obesidad viven tristes, aún cuando tratan de disfrazar dicha tristeza con comicidad, el sentimiento se ve reflejado en su mirada y su postura. Las personas con obesidad tienden a esperar de los demás lo peor, el menosprecio, la burla, agresiones y violencia. En su mayoría las personas con obesidad llevan consigo una fuerte carga de agresividad y rencor reprimido, que muchas veces buscan ocultar por medio de atenciones excesivas o intentos de agradar.

El amor, el respeto y autoaceptación no sólo permiten al sujeto con obesidad desenvolverse de forma más saludable en su entorno sino que lo empoderan para enfrentar su problema y al darse cuenta de que es algo vencible la autoestima se ve reforzada volviéndose un círculo muy positivo para el enfermo.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación fue seleccionada mediante el paradigma cualitativo. Los principales intereses de este enfoque de investigación se pueden resumir en:

1. Significado atribuido a los hechos por parte de los actores.
2. Acciones e interacciones en un contexto histórico-social.
3. Significado atribuido a los hechos por parte del investigador.

En general la investigación cualitativa busca comprender desde adentro la interacción sujeto-objeto, penetrar a profundidad en la complejidad dialéctica, contradictoria y en permanente movimiento del hecho social, abordar pocos casos para facilitar la profundización, comprender holísticamente la esencia tras las apariencias, explicitar los supuestos ideológicos del investigador y exponer resultados a través del lenguaje natural (Sirvent,2003).

Grinell y Creswell (1997, citados en Hernández-Sampieri, 2006) describen a las investigaciones cualitativas como estudios:

1. Que se conducen en ambientes naturales, donde las variables no se definen con la intención de ser manipuladas por el investigador.
2. Donde las preguntas de investigación pueden no estar definidas por completo.
3. La recolección de los datos está fuertemente influido por las experiencias y las prioridades de los participantes y no tanto por la aplicación de instrumentos estandarizados.
4. Donde los significados se extraen de los datos y no necesitan reducirse a números ni deben analizarse estadísticamente.

Para la presente investigación se utilizó este enfoque debido a la posibilidad que ofrece de construir creencias propias sobre fenómenos estudiados como se realiza en un grupo de personas único.

El enfoque cualitativo de la investigación fue complementado con la utilización de la técnica “Redes semánticas” que es considerada cuantitativa; sin embargo por la naturaleza de la presentación de los resultados el enfoque se mantiene como cualitativo.

2.2 TIPO DE ALCANCE

Se define de acuerdo al conocimiento actual del tema de investigación y a la perspectiva que el investigador pretenda dar a su investigación.

En los antecedentes de esta investigación encontramos variables suficientes para sustentarla por lo que el tipo de alcance es descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989, citado en Hernández-Sampieri, 2006).

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción que tienen las madres de la obesidad y la influencia que ejerce la relación madre-hijo en la autoestima del niño obeso.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la relación teórica entre la obesidad y el estado psicológico de la persona.

Describir las relaciones madre-hijo cuando este último padece obesidad.

Describir la autoestima que presentan niños con obesidad en edad escolar.

Conocer la relación del concepto de alimentación, obesidad y maternidad con la realidad del niño.

2.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El sobrepeso y la obesidad son trastornos que ponen en riesgo no sólo la salud física de las personas sino también su estabilidad psicológica. Calzada (2003) menciona que en México se está viviendo una transición en donde la cantidad de niños con desnutrición está siendo igualada por la de niños con sobrepeso. La realidad es que niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad corren el riesgo de ser adultos con el mismo problema.

En los últimos años se ha reconocido a la obesidad como un problema de salud pública, la OMS en 1995 (citado en Méndez, 2005) publicó que el impacto sobre la salud es mucho mayor que el causado por el bajo peso, al terminar el estudio

en 1997 la OMS concluyó que la obesidad era el mayor problema de salud no reconocido en el mundo.

Existen numerosos estudios acerca de las causas de la obesidad, el diagnóstico y el tratamiento de la misma, sin embargo la gran mayoría de los niños que la padecen no llegan a recibir atención médica a menos que les ocasione un problema de salud subyacente como: diabetes, fatiga crónica o incluso discapacidad motriz.

Las madres de niños obesos no logran ver que sus hijos tienen un serio problema de salud y menos aún buscan ayuda para ellos.

La pregunta que se pretende responder con esta investigación es:

¿Cómo es la percepción de la obesidad en madres de niños obesos y cuál es la influencia de dicha percepción en la autoestima del niño?

2.5 SUPUESTOS TEÓRICOS

1. Las madres de niños obesos perciben de forma errónea el grado de obesidad de estos últimos.
2. La relación madre-hijo cuando este último presenta obesidad tiene rasgos de ambivalencia por parte de la madre.
3. Los niños con obesidad presentan baja autoestima reforzada por la falta de una correcta percepción por parte de sus madres.

2.6 EJES TEMÁTICOS

EJE 1. OBESIDAD

Se puede definir como el aumento progresivo e inadecuado de grasa magra en el cuerpo lo que equivale inevitablemente a aumento de peso. En los niños se define como aumento de peso acelerado con respecto al aumento de estatura.

La obesidad es un padecimiento que no sólo afecta la apariencia física de la persona sino que conlleva serios problemas a nivel fisiológico, como el daño de órganos vitales y la pérdida de la homeostasis en procesos hormonales, así como una disminución considerable de la autoestima.

Se abordaron:

- a) Signos
- b) Síntomas
- c) Causas y factores de riesgo

EJE 2. AUTOESTIMA INFANTIL

González-Arratia (2001) define a la autoestima como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa de del yo. Interna en cuanto al valor que atribuimos a nuestro yo y externa que se refiere al valor que creemos que otros nos dan.

Se abordaron:

- a) Factores: Autoconcepto, autoimagen, autoconocimiento, autoevaluación, autoaceptación.

EJE 3. PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD POR PARTE DE LA MADRE

Los aspectos prácticos de la percepción de los atributos personales tienen gran importancia, ya que muy posiblemente se vinculen con la naturaleza de las relaciones interpersonales. La percepción personal es sinónimo de cognición social, es decir, como conocemos las características de los otros.

Los sentimientos que nos provocan los sujetos percibidos influyen en la manera en que los vemos, dichos sentimientos están a su vez influidos por las condiciones culturales en las que se da la interacción.

EJE 4. INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA

La relación del niño con la madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia, la responsabilidad de la satisfacción del niño recae completamente en la madre.

Winnicott (Citado en Betancourt, 2007) define las bases de la salud mental como dependencia, menciona que el niño sólo puede salir adelante si la madre le proporciona las bases suficientes. El Yo de la madre suple al Yo del niño teniendo una función de espejo, si la madre no logra reflejar realmente al niño y sólo expresa sus propia rigidez y defensas el niño no consigue tener un adecuado intercambio con el medio.

2.7 PARTICIPANTES

Para la investigación se seleccionó un grupo de 16 niños de entre 6 y 12 años, alumnos de la Escuela Primaria Urbana Federal “José María La Fragua” de la ciudad de Morelia que presentan sobrepeso y obesidad. La segunda parte de la población está conformada por las madres de los niños antes mencionados.

2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1 REDES SEMÁNTICAS

Esta técnica se basa en la teoría de que existen dos tipos de memoria, la episódica que recibe y almacena datos sobre sucesos y las relaciones temporales que se dan entre dichos sucesos; por otro lado se encuentra la memoria semántica encargada de la organización del conocimiento acerca de palabras y símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos (Valdez, 2000, citado en Álvarez-Gayou, 2003).

Álvarez-Gayou (2003) cita a Figueroa como autor de la técnica de Redes Semánticas Naturales como respuesta a la necesidad de analizar significados dados por personas reales y no sólo en el ámbito de los sistemas computacionales.

La aplicación de la técnica consiste en presentar a la persona una palabra o frase denominada estímulo y pedirle que a partir de ésta proporcione un número dado de definiciones, dichas definiciones deben ser jerarquizadas por el individuo de acuerdo a la coherencia y congruencia con la palabra o frase “estímulo”. La jerarquía es lo que da lugar a la red semántica entendida como: “El proceso de reconstrucción de la memoria, en la que participan las propiedades y clases de los elementos que la componen” (Vivas, 2007). Es decir a partir de las definiciones jerarquizadas se puede llegar a la construcción del significado total y real de lo que la persona ha introyectado de la palabra o frase estímulo.

Al momento de presentar los resultados de la recolección se agrupan en tablas por valor semántico, para fines prácticos se sombrean aquellas palabras consideradas sinónimos.

2.8.2 TEST PROYECTIVO HTP

Test cuyo principal objetivo es medir funciones del Yo, autoimagen y conflictos de personalidad. Es aplicable a niños, adolescentes y adultos con duración variable entre 30 y 90 minutos.

Según la teoría psicoanalítica el dibujo es una expresión simbólica que alude a los niveles más básicos y profundos de la personalidad.

Los antecedentes del HTP se encuentran en el test de la Figura Humana de Machover y el test del Árbol de Koch. En este test cada dibujo revela información sobre niveles complementarios de la personalidad. Mientras que la persona nos habla de la autoimagen del sujeto así como de sus defensas yoicas, el árbol deja ver el Yo más profundo y la casa aporta información sobre el ambiente familiar del individuo (INDEPSI, 1998).

De acuerdo a los objetivos de la investigación únicamente se pidió a los participantes, en este caso los niños, que dibujasen la persona y la casa, pues se busca medir autoimagen y relación con la madre.

2.9 ESCENARIO

La investigación se llevo a cabo en la Primaria Urbana Federal “José María La Fragua” ubicada en José María Ponce de León #250 Col. Constituyentes de Apatzingán en la ciudad de Morelia Michoacán.

La escuela labora oficialmente desde el año 1992 ubicada en la Sección 215 del Sector 12 con clave de registro ante la SEE 16DPR4832J. Actualmente se encuentran al frente de la institución el maestro Joel Ávalos Meza (Director) y el maestro Cubier Salmerón (Auxiliar de dirección), asisten a ella 190 alumnos divididos en 6 grados escolares y bajo la tutela de 6 profesores de planta y 3 adicionales en las salas de computación, programa CAS (capacidades y aptitudes sobresaliente) y educación física.

En cuanto a instalaciones cuenta con 8 salones más la dirección, 6 de estos son destinados a los grupos de 1º a 6º, 1 más es para CAS y el último es denominado

de usos múltiples. Cuenta con todos los servicios, agua, luz, pavimentación, teléfono e internet.

Para el levantamiento de la información de nuestra investigación se no asigno el salón de CAS, de medidas estándar cuenta con 8 mesa-bancos para 2 alumnos cada uno dispuestos en herradura, perfectamente iluminado con suficiente ventilación.

2.10 PROCEDIMIENTO

La realización se comenzó estableciendo contacto con la escuela, una vez conseguidos los permisos correspondientes se solicitó el apoyo de la profesora de educación física para la canalización de los niños detectados con sobrepeso y obesidad.

Se seleccionó a los sujetos por la evidencia de su sobrepeso y se concentro a los niños en el salón asignado para la aplicación del HTP, lo que llevó alrededor de 90min.

Al termina la aplicación del HTP se entregó a los niños un citatorio con la explicación de los objetivos de la investigación para que sus madres se presenten 10 días después para complementar con la aplicación de Redes Semánticas la recolección de datos.

Se hizo la interpretación de los dibujos de los niños, al reportar los resultados se sustituyó el nombre de los menores por sus iniciales, seguidas de una V si es varón o una M si es niña; así como, de su edad cronológica en años. Finalmente se realizó el cruce de la información con las redes obtenidas de sus madres.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS

EJE 1. OBESIDAD

A continuación se muestran la interpretación del dibujo de la persona con respecto a la imagen corporal y los datos obtenidos de la técnica de redes semánticas en el mismo eje.

	H.T.P	REDES SEMÁNTICAS
J.E.R.G-V-10	Se observa una Inadecuada percepción del propio cuerpo, refleja la necesidad de ser pequeño.	Relacionado con enfermedad y problemas de índole social.
L.E.C.M-M-11	Existe énfasis en la delgadez; así como, por conservar una figura infantil.	Relacionado con problemas de salud y muerte prematura.
E.F.R-V-6	Percepción de sí mismo, como muy voluminoso, sentimiento de fuerza física.	Relacionado con malos hábitos alimenticios y enfermedad.
R.C.A-V-8	Tiende a anular la posibilidad de alimentarse, se percibe como pequeño e indefenso.	Relacionado con alimentarse sin ser necesario y comidas inadecuadas.
G.T.M-V-7	Percepción del propio cuerpo voluminoso	Relacionado con incapacidad, problemas psicológicos y sociales serios.
I.A.B-M-11	Hay datos de reocupación por la estética, proyecta la necesidad de ser esbelto.	Relacionado con mala alimentación y baja autoestima.

E.O.E.G-M-8	Se observa conflicto en la percepción del propio cuerpo, hay tendencia a la rigidez.	Relacionado con holgazanería, enfermedad y malos hábitos alimenticios.
E.H.G-M-10	Percepción de la estructura corporal grande e imponente.	Relacionado con salud y autoestima.
V.V.V.C-M-7	Percepción pequeña y delgada	Relacionada con enfermedad y fealdad, considerada como tratable con determinación
M.J.O.C-M-6	Preocupación por la estética, percepción de la persona como sumamente delgada, estilizada y sensual.	Relacionado con enfermedad física y psicológica (trauma, miedo)
J.P.M-M-11	Hay una inclinación por lo infantil acompañando de la percepción de ser delgado y pequeño.	Relacionado con palabras despectivas, holgazanería y malos hábitos.
S.M.G-V-10	Se percibe como adecuado corporalmente.	No hay datos.
A.C.R.V-M-10	Énfasis en su percepción de ser pequeño y esbelto.	Relacionado con algo malo, desorden.
J.J.M.I-M-8	Adecuada percepción de la imagen corporal.	Relacionado con excesos, falta de conciencia e información
I.R.N.L-V-6	Se percibe como grande y amenazador, además de inadecuado en el medio.	Relacionado con descuido, riesgos.
D.R.E-M-8	Percepción delgada e infantil de sí mismo.	No hay datos.

Cuadro 1. Obesidad

Análisis:

La percepción de los niños sobre su condición de sobrepeso u obesidad es en su mayoría errónea, en todos se observa la necesidad de aceptación e inseguridad causada relacionada con las características corporales. Por otro lado la mayoría de las madres relacionan la obesidad con situaciones de enfermedad seria y descuido; así mismo, reconocen su impacto sobre la autoestima y la aceptación social.

Eje 2: AUTOESTIMA INFANTIL

A continuación se muestra la interpretación del dibujo de la persona humana en cuanto a rasgos de personalidad enfocados a la autoestima.

	H.T.P	Dictamen
J.E.R.G-V-10	Agresividad oral, sensación de inadaptación, necesidad de afecto, severa inseguridad, énfasis en el control.	Mala
L.E.C.M-M-11	Tendencia a la infantilidad, poca aceptación de los cambios sexuales, necesidad de afecto, agresividad y rebeldía, dificultad en el control de impulsos, dificultad para ver estímulos displacenteros, rigidez y tensión, dificultad para relacionarse íntimamente con el medio, preferencia por la fantasía.	Mala
E.F.R-V-6	Muy grande, defensivo, poca aceptación de la oralidad, dificultad para la relación con los demás, sensación de insatisfacción, retraimiento y timidez.	Mala
R.C.A-V-8	Inseguridad, inadaptación, retraimiento, posible depresión, agresividad, importancia al control, desafío, altos niveles de angustia, resistencia a comunicarse con los demás, negación de impulsos	Mala

	orales.	
G.T.M-V-7	Datos de sensación de inferioridad, necesidad de afecto, tendencias orales, necesidad de control, actitudes defensivas, necesidad de fuerza.	Mala
I.A.B-M-11	Actitud muy defensiva, dificultad para ver estímulos displacenteros, hay retraimiento y complicación para comunicarse con los demás, sensación de tener fuerza para luchar, existe necesidad de ocultar sentimientos de inseguridad, renuencia a hacer concesiones a los demás, desafío y necesidad de seguridad.	Mala
E.O.E.G-M-8	Sensación de inadaptación, dificultad para interactuar con el medio, tendencia al control, introversión, negación de estímulos visuales displacenteros, poca aceptación de impulsos orales, rigidez y tensión.	Mala
E.H.G-M-10	Impulsividad no satisfecha, rigidez, control interno, dificultad para relacionarse con los demás, inseguridad, muy voluminosa, dificultad para ver estímulos displacenteros, retraimiento y timidez.	Mala
V.V.V.C-M-7	Se ve a sí misma como necesitada de afecto, muestra agresividad, se puede observar cierta ambivalencia, existe tendencia a evitar estímulos visuales displacenteros, retraimiento y timidez.	Mala
M.J.O.C-M-6	Agresividad, conflicto con los impulsos, sensación de inferioridad, retraimiento y timidez, voracidad, dependencia.	Mala
J.P.M-M-11	Sentimiento de inadecuación, agresividad, necesidad de afecto, retraimiento, inseguridad, dificultad para adaptarse al medio, cierto desafío.	Mala

S.M.G-V-10	Agresividad, actitud desafiante, preocupación por la necesidad de fuerza y poder, tendencia a poner demasiada atención en lo que los demás dicen.	Regular
A.C.R.V-M-10	Inseguridad, retraimiento, sentimiento de inadecuación, necesidad de protección, dificultad para relacionarse con los demás.	Regular
J.J.M.I-M-8	Poca aceptación de la oralidad, sentimientos de inferioridad, timidez, dificultad para relacionarse con el medio, dificultad para ver el mundo de igual forma que el resto de las personas y de ira o rebeldía reprimida.	Mala
I.R.N.L-V-6	Marcada sensación de inadecuación e inferioridad intelectual, poco control, agresividad, necesidad de protección y seguridad (indefensión), poca aceptación de estímulos visuales displacenteros, retraimiento y timidez.	Mala
D.R.E	Muy infantil, negación de estímulos visuales displacenteros, negación de la oralidad, necesidad de afecto, inseguridad y necesidad de agradar, dependencia.	Mala

Cuadro 2. Autoestima infantil

Análisis:

Los niños expresan en sus dibujos sensaciones de inadecuación e inferioridad, la mayoría de ellos presentan conductas agresivas y desafiantes de la mano con una gran necesidad de protección y afecto. Lo niños en general tienen problemas con la aceptación de la oralidad pueden ser muy voraces o bien buscar la forma de negarla. Se observa una seria tendencia al retraimiento que los lleva a estar en riesgo de depresión, complementando lo anterior se observa falta de sostén psicológico, lo que los lleva a tener gran necesidad de aceptación. La fantasía es parte importante en sus dibujos y se relaciona con las dificultades para aceptar la realidad física y de relaciones interpersonales que viven.

Eje 3: PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD POR PARTE DE LA MADRE

A continuación se muestran los resultados de la aplicación de la palabra estímulo “Obesidad” en la técnica de redes semánticas a las madres de los niños sujetos de investigación.

	Redes Semánticas
J.E.R.G	Principalmente la relaciona con enfermedad física e incapacitante, que trae consigo consecuencias sociales como la discriminación.
L.E.C.M	La relaciona principalmente con enfermedad física que involucra la mayor parte de órganos y sistemas y que finalmente traerá consigo la muerte.
E.F.R	Diversidad de enfermedades físicas y malos hábitos alimenticios.
R.C.A	Percibe a la obesidad como consecuencia de malos hábitos alimenticios y sedentarismo.
G.T.M	La relaciona con riesgos para la salud, consecuencias físicas como depresión y trauma, la percibe como incapacitante y causante de burlas por parte de los pares.
I.A.B	Principalmente la percibe como consecuencia de mala alimentación, la relaciona también con pasividad y baja autoestima.
E.O.E.G	Percibe a la obesidad como consecuencia de la inactividad y los malos hábitos.
E.H.G	La percepción de obesidad va en sentido de la salud y el quererle a sí mismos, la relaciona principalmente con diabetes.
V.V.V.C	Ve a la obesidad como causa de enfermedad y fealdad; sin embargo, la concibe como algo curable si es atendido.
M.J.O.C	La relaciona con problemas principalmente psicológicos y sociales, como miedo, ansiedad y burla.

J.P.M	Mala alimentación y pasividad, aunado a una serie de características físicas como: panzón, cachetón.
S.M.G	La mamá de este niño confundió la palabra obesidad con obediencia, se interpreta que niega la palabra estímulo y la sustituye por una que le causa menos ansiedad.
A.C.R.V	Se percibe como algo malo que repercute tanto en lo físico como en lo emocional.
J.J.M.I	Considera a la obesidad como algo malo que afecta tanto a niños como adultos y que está relacionado con inconsciencia y gula.
I.R.N.L	Se percibe como consecuencia del descuido, provoca riesgos, miedo y preocupación.
D.R.E	Fue imposible localizar a la madre de esta niña debido a que sale continuamente de la ciudad.

Cuadro 3. Percepción de la obesidad por parte de la madre

Análisis:

La percepción que tienen las madres de estos niños de la obesidad está en general relacionada con enfermedad tanto física como psicológica, perciben al obeso como una persona holgazana y que tiene muy malos hábitos alimenticios, personas que comen de más y que no hacen actividades, también es de recalcar la importancia que le dan a la discriminación que sufren y lo malo que es estar obeso. (Ver análisis Redes semánticas)

Eje 4: INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA

A continuación se muestran la interpretación del dibujo de la casa con respecto a cómo percibe el niño la relación con su madre.

	H.T.P
J.E.R.G	Imponente, fría, inaccesibilidad, rígida, fantasía, figura externa presente.
L.E.C.M	Nula accesibilidad, imponencia, estructura muy rígida, no hay percepción de calidez, mucha necesidad de refugiarse en la fantasía, hay apoyo o sostén externo probablemente el padre que se percibe como pequeño.
E.F.R	Imponente, inaccesible, no hay estabilidad, fría, sombría.
R.C.A	Hay datos para creer que existe cierto retraso en el desarrollo.
G.T.M	Imponente, inaccesible, fría, existen datos de dependencia.
I.A.B	Existe cierto grado de ansiedad o preocupación en la relación con el medio ambiente, poca accesibilidad y estructura rígida, hay datos de sentirse insegura.
E.O.E.G	Imponente, colores cálidos, se puede ver dentro pero no ha forma de entrar. Necesidad de la presencia de terceros para facilitar la interacción con la madre.
E.H.G	Mucha rigidez, fantasiosa, ausencia de calidez, poca accesibilidad, imponente.
V.V.V.C	Prácticamente inaccesible no hay percepción de calor de hogar, no existe forma de que salga la tensión.
M.J.O.C	Rigidez, poca accesibilidad, imponencia, sin percepción de calidez, figura externa importante.
J.P.M	Imponente, rígida, cierta calidez, inaccesibilidad, capacidad de

	liberar tensión.
S.M.G	Sin forma definida, percibida como vieja y sin color, fría, no existe posibilidad de acceso, sensación de posible derrumbe, hay cierta división somática.
A.C.R.V	Inestable, inaccesible.
J.J.M.I	Inseguridad y necesidad de agradar, necesidad defensiva.
I.R.N.L	Inestable, pérdida de límites, no accesible, imponente.
D.R.E	Inestabilidad, sensación de derrumbe, se siente sumamente presionada por el medio, amenazante, existen figuras externas que se perciben como poco estables.

Cuadro 4. Influencia de la percepción materna

Análisis:

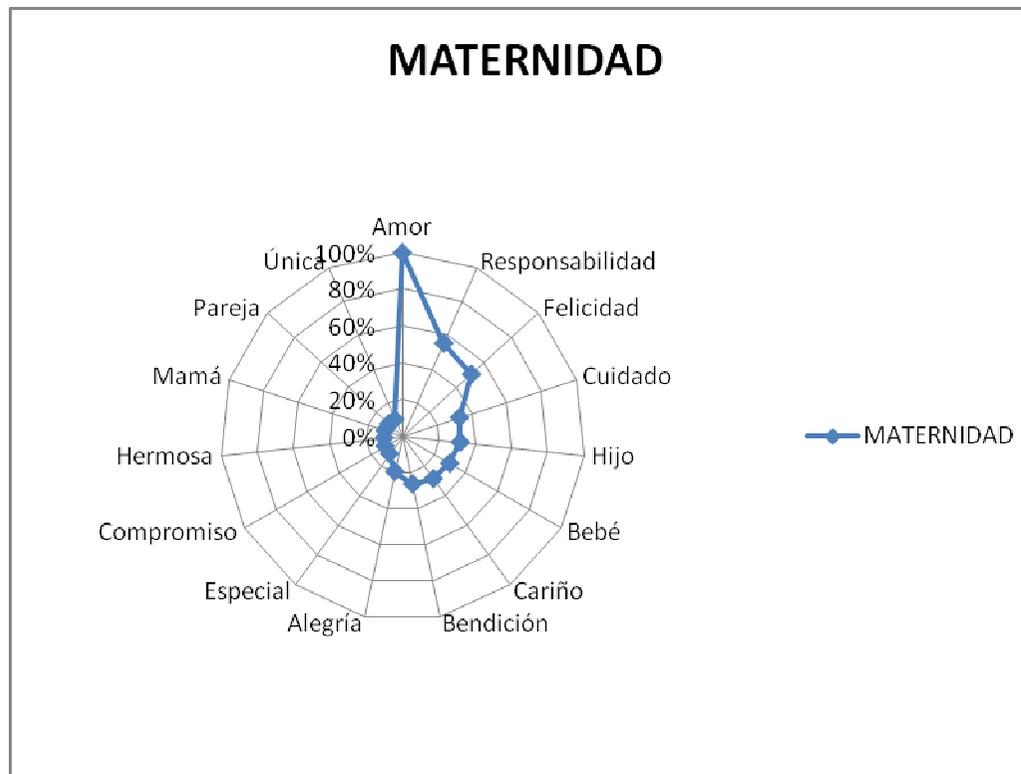
La mayoría de los niños perciben a su madre como inaccesible e imponente, hay muy pocos datos de calidez, en general los dibujos muestran inseguridad y preferencia por la fantasía, la mayoría de la estructuras son rígidas y en algunos casos se puede observar la necesidad de recurrir a terceros para facilitar la relación con el medio.

MATERNIDAD										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J.E.R.G	Bendición	Felicidad	Amor	Dar vida	Compromiso	Paz	Enseñanza	Disfrutarlo	Compartir	Energía
L.E.C.M	Cuidar	Educar	Crear	Hablar	Comprender	Acariciar	Amar	Oír	Escuchar	Querer
E.F.R	Hermosa	Amor	Responsabilidad	Cariño	Respeto	Edgar	Educación	Compromiso	Salud	
R.C.A	Pareja	Amor	Felicidad	Esperado	Bebé	Cuidarse	Especial	Cuidado	Hijo	Biberón
G.T.M	Amor	Responsabilidad	Comprensión	Obligación	Alimentación	Apoyo	Hogar	Comunicación	Convivencia	Protección
I.A.B	Bendición	Amor	Cuidados	Hijos	Responsabilidad	Ilusión	Proyecto de vida	Comunicación	Etapas de la vida	
E.O.E.G	Amor	Ser mamá	Responsabilidad	Alegría	Gusto	Tolerancia	Tristeza	Deseo		
E.H.G	Felicidad	Cuidados	Emociones	Alegrías	Preocupaciones	Amor				
V.V.V.C	Única	Amor	Especial	Responsabilidad	Por siempre	Alegría	Dura	Sincera	Felicidad	Grande
M.J.O.C	Hijos	Responsabilidad	Felicidad	Bendición	Alegría	Preocupación	Miedos	Dudas	Compromiso	Educación
J.P.M	Mamá	Embarazo	Felicidad	Bebé	Papá	Proceso	Hijos	Amor	Cuidado	Pancita
S.M.G	Hijos	Matrimonio	Familia	Hogar	Paciencia	Amor	Responsabilidad	Educación	Labores domésticas	Escuela
A.C.R.V	Amor	Responsabilidad	Esfuerzo	Bonito	Cariño	Bienestar	Milagro	Fantasia	Sueño	Emoción
J.J.M.I	Bebé	Amor	Cariño	Confianza	Soporte	Casa	Paseos	Ropita	Juguete	Fotos
I.R.N.L	Amor	Hijos	Cariño	Bebés	Felicidad	Dificultades	Deberes	Trabajo duro		

Cuadro 5. Palabra estímulo “Maternidad”. Resultados obtenidos de las madres.

VALORES SEMÁNTICOS	10	OP	T	9	OP	T	8	OP	T	7	OP	T	6	OP	T	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VMT
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			
Acariciar													1	1x6	6															6	
Alegría										2	2x7	14	1	1x6	6															20	
Alimentación													1	1x6	6															6	
Amar																			1	1x4	4									4	
Amor	4	4x10	40	5	5x9	45	1	1x8	8							1	1x5	5				1	1x3	3						101	
Apoyo																1	1x5	5												5	
Bebé	1	1x10	10							2	2x7	14	1	1x6	6															30	
Bendición	2	2x10	20							1	1x7	7																		27	
Biberón																										1	1x1	1	1		
Bienestar																1	1x5	5												5	
Bonito										1	1x7	7																		7	
Cariño							2	2x8	16	1	1x7	7	1	1x6	6															29	
Casa																1	1x5	5												5	
Compartir																									1	1x2	2		2		
Comprender													1	1x6	6															6	
Comprensión							1	1x8	8																					8	
Compromiso													1	1x6	6							1	1x3	3	1	1x2	2		2		
Comunicación																						2	2x3	6						6	
Confianza										1	1x7	7																		7	
Convivencia																									1	1x2	2		2		
Crear							1	1x8	8																					8	
Cuidado				1	1x9	9	1	1x8	8													1	1x3	3	1	1x2	2		2		
Cuidar	1	1x10	10																											10	
Cuidarse																1	1x5	5												5	
Dar vida										1	1x7	7																		7	
Deberes																			1	1x4	4									4	
Deseo																						1	1x3	3						3	
Dificultades																1	1x5	5												5	

CONJUNTO SAM PARA MATERNIDAD		
conjunto SAM	valor M total	valor FMG
Amor	101	100%
Responsabilidad	56	55.44%
Felicidad	51	50.49%
Cuidado	33	32.67%
Hijo	32	31.68%
Bebé	30	29.70%
Cariño	29	28.71%
Bendición	27	26.73%
Alegría	20	19.80%
Especial	12	11.88%
Compromiso	11	10.89%
Hermosa	10	9.90%
Mamá	10	9.90%
Pareja	10	9.90%
Única	10	9.90%



Gráfica 1. Análisis de resultados de la palabra estímulo “Maternidad”

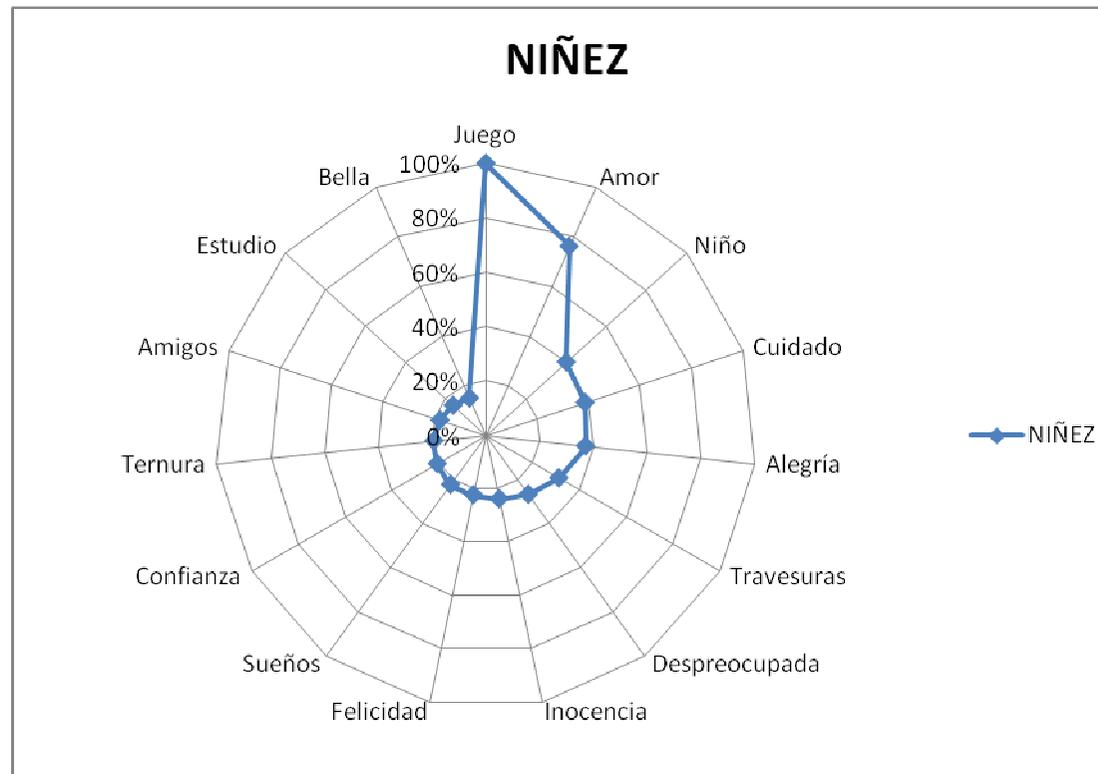
Los resultados obtenidos para esta palabra estímulo revelan que las madres en general al pensar en maternidad piensan en sentimientos y sensaciones agradables, lo ven como algo único y que debe ser tomado con seriedad y responsabilidad.

	NIÑEZ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J.E.R.G	Juegos	Alegría	Maduración	Retos	Cambios	Enseñanza	Respeto	Aprendizaje	Compromiso	Paciencia
L.E.C.M	Buena	Cariñosa	Educada	Sociable						
E.F.R	Bella	Mamá	Papá	Amor	Jugar	Amigos	Escuela	Diversión		
R.C.A	Niño	Amor	Cuidado	Protección	Querido	Comida	Juegos	Compañía	Amigos	Mamá
G.T.M	Inocencia	Aprender	Explorar	Amor	Ternura	Travesuras	Experimentar			
I.A.B	Amor	Cuidados	Juego	Niños	Comprensión	Orientación	Confianza	Estudio	Límites	
E.O.E.G	Alegres	Juego	Portarme bien	Ir a la escuela	Hacer tareas	Bañarme	Ser obediente	Ser cariñoso	Mojarme cuando llueve	Travesuras
E.H.G	Tranquila	Jugar	Convivir con todos	Tener muchos amigos	Saltar	Correr				
V.V.V.C	Irrepetible	Única	Sueños	Sinceridad	Inocencia	Felicidad	Amistad	Confianza	Libertad	Confusa
M.J.O.C	Alegría	Despreocupada	Infantil	Juegos	Diversión	Amigos	Miedos	Dudas	Rebeldía	Egoísta
J.P.M	Amor	Cuidado	Paciencia	Ternura	Alegría	Juegos	Travesuras	Llanto	Dulces	Juguetes
S.M.G	Niños	Ser feliz	Juegos	No responsabilidad	Juguetes	Paseos	Ropa manchada	Risas	Miedos	Comida
A.C.R.V	Divertida	Travesuras	Dulces	Sueños	Responsabilidad	Obligación	Estudio	Juguetes	Fiestas	Parientes
J.J.M.I	Niños	Abrazos	Apoyo	Confianza	Descubrimiento	Dedicación	Estudio	Juegos	Travesuras	Dientes
I.R.N.L	Felicidad	Sin preocupaciones	Amor	Nostalgia	Juegos	Papás	Risas	Atención		

Cuadro 7. Palabra estímulo “Niñez”. Respuestas obtenidas de las madres.

VALORES SEMÁNTICOS	10	OP	T	9	OP	T	8	OP	T	7	OP	T	6	OP	T	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			VMT
Abrazos				1	1x9	9																									9
Alegres	1	1x10	10																												10
Alegría	1	1x10	10	1	1x9	9							1	1x6	6																25
Amigos																2	2x5	10							1	1x2	2				12
Amistad																			1	1x4	4										4
Amor	2	2x10	20	1	1x9	9	1	1x8	8	2	2x7	14																			51
Apoyo							1	1x8	8																						8
Aprender				1	1x9	9																									9
Aprendizaje																								1	1x3	3					3
Atención																							1	1x3	3						3
Bañarme																1	1x5	5													5
Bella	1	1x10	10																												10
Buena	1	1x10	10																												10
Cambios													1	1x6	6																6
Cariñosa				1	1x9	9																									9
Comida																1	1x5	5													5
Compañía																							1	1x3	3						3
Comprensión													1	1x6	6																6
Compromiso																									1	1x2	2				2
Confianza										1	1x7	7								1	1x4	4	1	1x3	3						14
Confusa																												1	1x1	1	1
Convivir con todos							1	1x8	8																						8
Correr																1	1x5	5													5
Cuidado				2	2x9	18	1	1x8	8																						26
Dedicación																1	1x5	5													5
Descubrimiento													1	1x6	6																6
Despreocupada				2	2x9	18																									18
Dientes																												1	1x1	1	1

CONJUNTO SAM PARA NIÑEZ		
conjunto SAM	valor M total	valor FMG
Juego	67	100%
Amor	51	76.11%
Niño	27	40.29%
Cuidado	26	38.80%
Alegría	25	37.31%
Travesuras	21	31.34%
Despreocupada	18	26.86%
Inocencia	16	23.88%
Felicidad	15	22.38%
Sueños	15	22.38%
Confianza	14	20.89%
Ternura	13	19.40%
Amigos	12	17.91%
Estudio	11	16.41%
Bella	10	14.92%



Gráfica 2. Análisis de resultados de la palabra estímulo “Niñez”

Los resultados obtenidos con esta palabra estímulo revelan que las madres relacionan la niñez con una etapa agradable, donde existen pocas responsabilidades y en general la atmosfera es de juego e inocencia.

	HIJO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J.E.R.G	Amor	Comprensión	Valioso	Paciencia	Compromiso	Disciplina	Educación	Respeto	Igualdad	Vida
L.E.C.M	Buena	Amable	Cariñosa	Juguetera	Estudiosa	Enojona	Gritona	Caprichosa		
E.F.R	Edgar	Amor	Razón de vivir	Educación	Responsabilidad	Diversión	Alegría	Cariño	Preocupación	
R.C.A	Amor	Pareja	Tener a quien querer	Responsabilidad	Esperado	Complemento	Felicidad	Es mi vida	Estado	Necesidad humana
G.T.M	Amor	Comprensión	Responsabilidad	Alimentación	Apoyo	Hogar	Protección	Obligación	Comunicación	Convivencia
I.A.B	Bendición	Amor	Responsabilidad	Comunicación	Valores	Reglas	Derechos	Obligaciones		
E.O.E.G	Ser amoroso	Comunicación con su padre	Respetuoso	Responsable	Compartido	Amigable	Sincero	No ser egoísta	Ser obediente	
E.H.G	Feliz	Tranquilo	Consentir	Querer	Cuidarse	Jugar				
V.V.V.C	Amor	Por siempre	Único	Fuerza	Lucha	Apoyo	Constancia	Responsabilidad	Preocupación	Amistad
M.J.O.C	Bendición	Adoración	Orgullo	Todo	Amor	Responsabilidad	Compromiso	Educación	Compañía	Juego
J.P.M	Amor	Ternura	Cariño	Alegría	Bonito	Travieso	Inquieto	Educación	Valores	Ilusión
S.M.G	Amor	Escuela	Saber escuchar	Respeto	Paciencia	Amigo	Responsabilidad	Trabajo	Educación	Apoyo
A.C.R.V	Primordial	Vida	Amor	Obligación	Educación	Valores	Cariño	Familia	Amistades	Logros
J.J.M.I	Hija	Amor	Protección	Abrazos	Amiga	Juguetes	Juegos	Muñecas	Colores	Televisión
I.R.N.L	Eliseo	Gabriel	Isaac	Amor	Preocupación	Obligaciones	Atención	Bebés		

Cuadro 9. Palabra estímulo “Hijo”. Respuestas obtenidas de las madres.

VALORES SEMÁNTICOS	10	OP	T	9	OP	T	8	OP	T	7	OP	T	6	OP	T	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			VMT
Abrazos										1	1x7	7																			7
Adoración				1	1x9	9																									9
Alegría										1	1x7	7							1	1x4	4										11
Alimentación										1	1x7	7																			7
Amable				1	1x9	9																									9
Amiga													1	1x6	6																6
Amigable																1	1x5	5													5
Amistad																												1	1x1	1	1
Amistades																									1	1x2	2				2
Amor	5	5x10	50	3	3x9	27	1	1x8	8	1	1x7	7	1	1x6	6																98
Apoyo													1	1x6	6	1	1x5	5													11
Atención																			1	1x4	4										4
Bebés																								1	1x3	3					3
Bendición	2	2x10	20																												20
Bonito													1	1x6	6																6
Buena	1	1x10	10																												10
Caprichosa																							1	1x3	3						3
Cariño							1	1x8	8										1	1x4	4	1	1x3	3							15
Cariñosa							1	1x8	8																						8
Colores																									1	1x2	2				2
Compañía																									1	1x2	2				2
Compartido													1	1x6	6																6
Complemento																1	1x5	5													5
Comprensión				2	2x9	18																									18
Compromiso													1	1x6	6					1	1x4	4									10
Comunicación										1	1x7	7													1	1x2	2				9
Comunicación con su padre				1	1x9	9																									9
Consentir							1	1x8	8																						8

CONJUNTO SAM PARA HIJO		
conjunto SAM	valor M total	valor FMG
Amor	98	100%
Responsabilidad	37	37.75%
Educación	23	23.46%
Bendición	20	20.40%
Comprensión	18	18.36%
Cariño	15	15.30%
Obligación	13	13.26%
Valores	13	13.26%
Protección	12	12.24%
Alegría	11	11.22%
Apoyo	11	11.22%
Buena	10	10.20%
Compromiso	10	10.20%
Feliz	10	10.20%
Primordial	10	10.20%

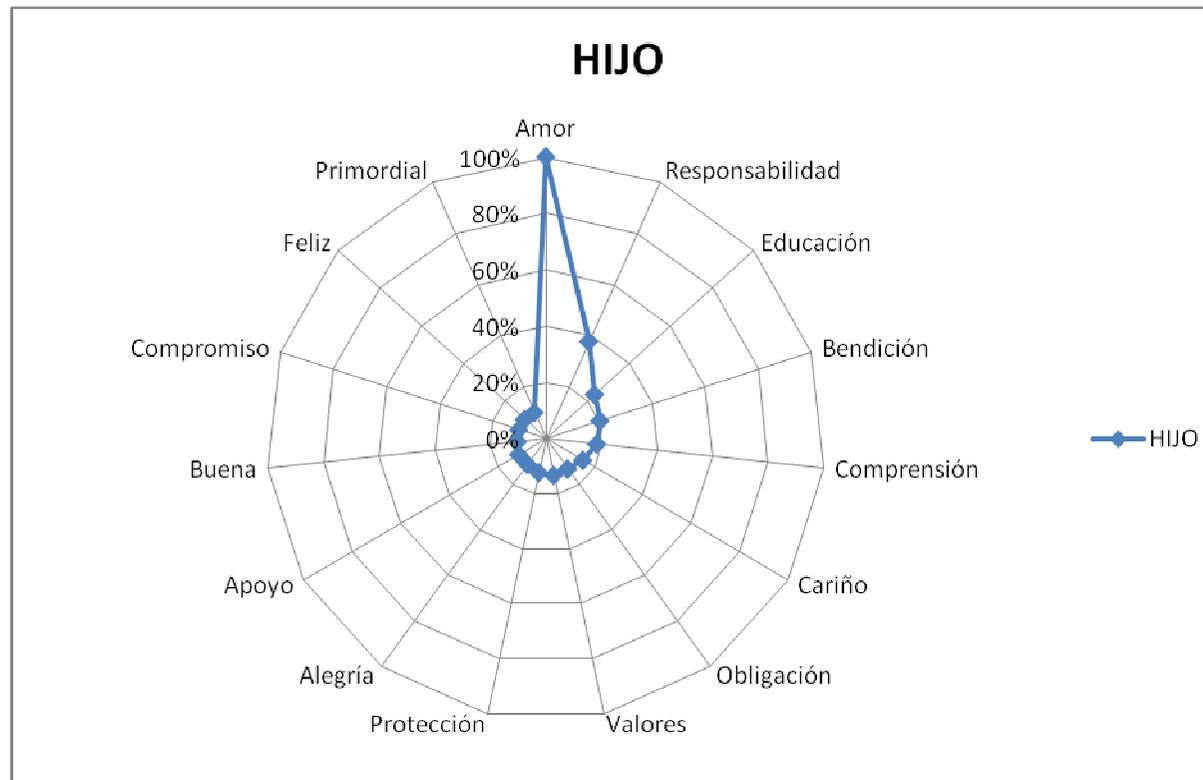


Tabla 3. Análisis de resultados. Palabra estímulo “Hijo”

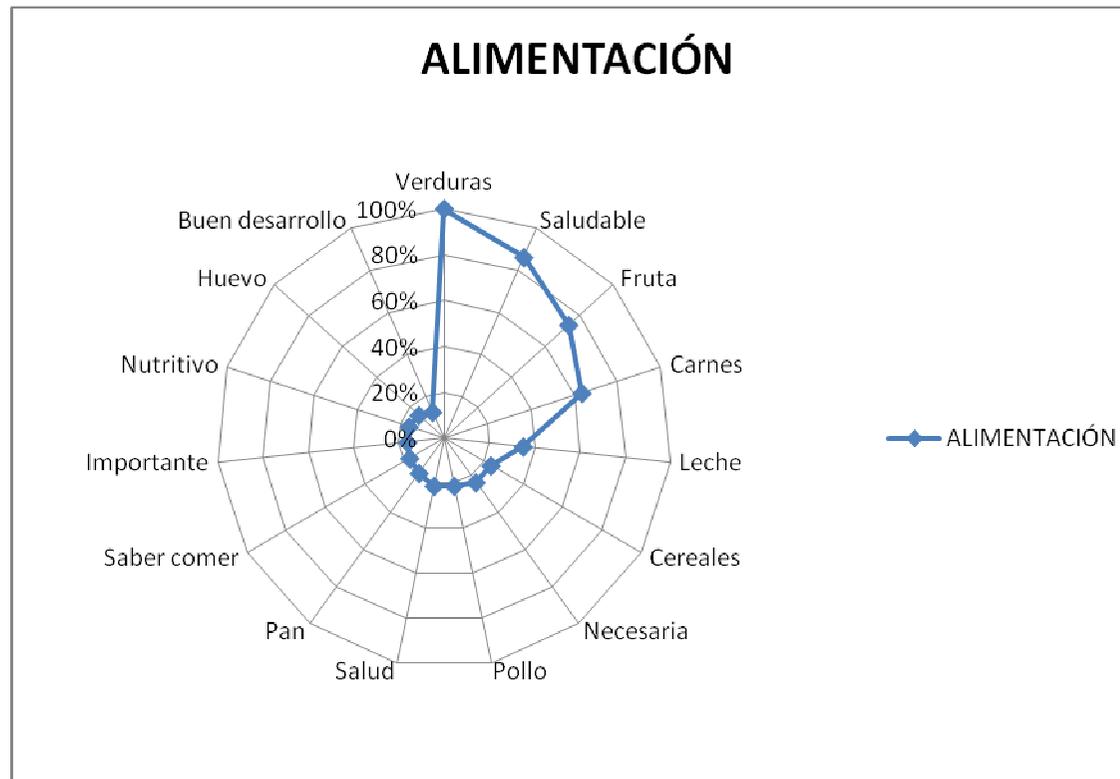
Los resultados obtenidos con esta palabra estímulo revelan que las madres relacionan “hijo” con amor y responsabilidad, consideran que conlleva mucho esfuerzo y dedicación y que si bien es una obligación también es una bendición.

ALIMENTACIÓN										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J.E.R.G	Sano	Para la salud	Equilibrado	Con medida	Variada	Racionada	Crecimiento	Sin enfermedades	Educación	Desarrollo
L.E.C.M	Tortilla	Pan	Verduras	Carne	Frutas	Cereales	Leche	Chayotes	Dulces	
E.F.R	Sana	Saludable	Frutas	Verduras	Necesaria	Crecimiento	Rica			
R.C.A	Sana	Frutas	Verduras	Cereales	Carnes	Leche	Poca cantidad	Necesaria	Las 3 comidas	Indispensable
G.T.M	Frijoles	Arroz	Verduras	Fruta	Pan	Leche	Caldos	Sopa	Cereal	
I.A.B	Buen desarrollo físico	Fruta	Verduras	Salud	Gusto	Carne	Enfermedades	Limpieza		
E.O.E.G	Comer bien	Frutas y verduras	Carne	Huevo	Leche	Tubérculos	Cereales	Pescado	Pollo	Jamón, salchicha
E.H.G	Alimentarse y hacer ejercicio	Saber comer	Verduras	Comer a sus horas	Sana	Saber que comer				
V.V.V.C	Salud	Básica	Necesaria	Importante	Vida	Tormentosa	Duda	Descuido	Insatisfacción	Innecesaria a veces
M.J.O.C	Sana	Verduras	Carne	Nutritivo	Importante	Indispensable	Fruta	Obligación	Responsabilidad	Juego
J.P.M	Verduras	Frutas	Leche	Carne	Pollo	Huevo	Queso	Cereales	Pan	Jugo
S.M.G	Fruta	Verduras	Cereales	Carne	Orientar en la elección	Respetar sus gustos	Estar al pendiente de que sí coman	Elegir un buen menú	Responsable	Saber preparar comida
A.C.R.V	Buena	Primordial	Necesaria	Autoestima	Saludable					
J.J.M.I	Carne	Pollo	Verduras	Sopas	Gelatinas	Postres	Picante	Golosinas	Hamburguesas	Buena
I.R.N.L	Buenos hábitos	Malos alimentos	Sana	Frutas	Verduras	Cereales				

Cuadro 11. Palabra estímulo “Alimentación”. Respuestas obtenidas de las madres.

VALORES SEMÁNTICOS	10	OP	T	9	OP	T	8	OP	T	7	OP	T	v	OP	T	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			VMT
Alimentarse y hacer ejercicio	1	1x10	10																												10
Arroz				1	1x9	9																									9
Autoestima										1	1x7	7																			7
Básica				1	1x9	9																									9
Buen desarrollo físico	1	1x10	10																												10
Buena	1	1x10	10																												10
Buenos hábitos	1	1x10	10																												10
Caldos																			1	1x4	4										4
Carnes	1	1x10	10				2	2x8	16	2	2x7	14	1	1x6	6	1	1x5	5													51
Cereal																									1	1x2	2				2
Cereales										1	1x7	7				2	2x5	5	1	1x4	4	1	1x3	3							19
Chayotes																						1	1x3	3							3
Comer a sus horas										1	1x7	7																			7
Comer bien	1	1x10	10																												10
Con medida										1	1x7	7																			7
Crecimiento																1	1x5	5	1	1x4	4										9
Desarrollo																												1	1x1	1	1
Descuido																						1	1x3	3							3
Duda																			1	1x4	4										4
Dulces																									1	1x2	2				2
Educación																									1	1x2	2				2
Enfermedades																			1	1x4	4										4
Equilibrado							1	1x8	8																						8
Frijoles	1	1x10	10																												10
Fruta				3	3x9	27	1	1x8	8	2	2x7	14	1	1x6	6					1	1x4	4									59
Frutas y verduras				1	1x9	9																									9
Gelatinas													1	1x6	6																6

CONJUNTO SAM PARA ALIMENTACIÓN		
conjunto SAM	valor M total	valor FMG
Verduras	80	100%
Saludable	69	86.25%
Fruta	59	73.75%
Carnes	51	63.75%
Leche	28	35%
Cereales	19	23.75%
Necesaria	19	23.75%
Pollo	17	21.25%
Salud	17	21.25%
Pan	15	18.75%
Saber comer	14	17.50%
Importante	13	16.25%
Nutritivo	13	16.25%
Huevo	12	15%
Buen desarrollo	10	12.50%



Gráfica 4. Análisis de resultados. Palabra estímulo “Alimentación”.

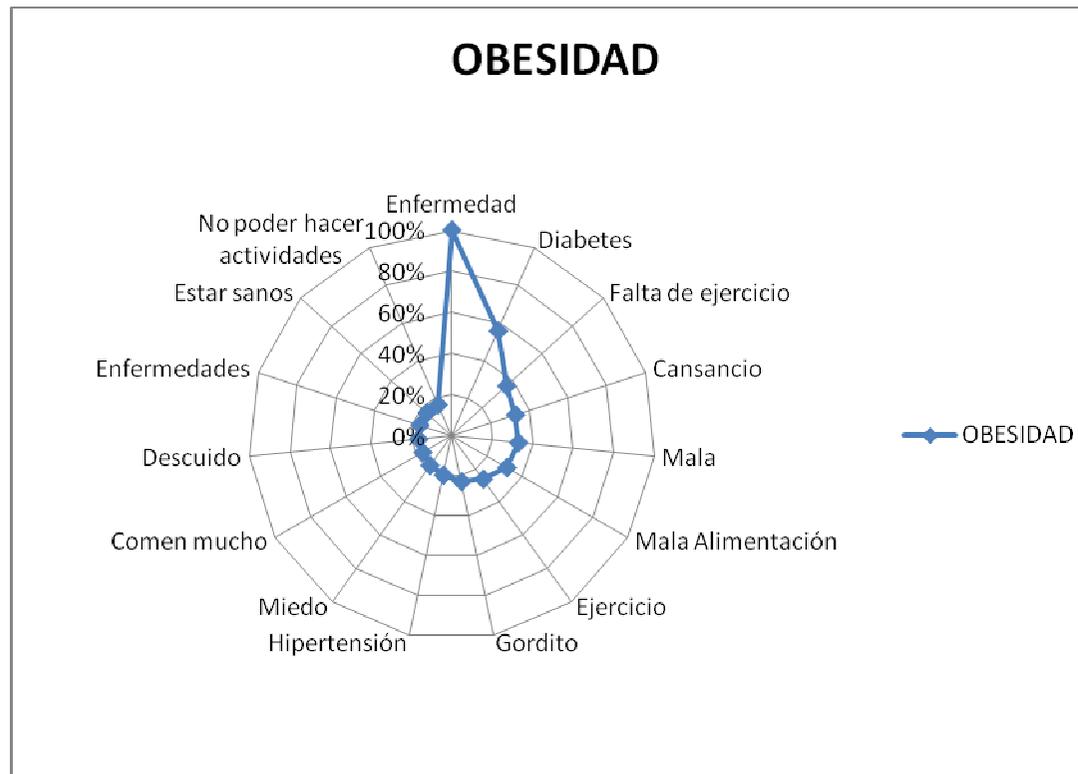
Los resultados obtenidos con ésta palabra estímulo hablan de lo importante que es para la madres que la alimentación sea balanceada y saludable.

OBESIDAD										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J.E.R.G	Diabetes	Enfermedad	Cansancio	Problemas	Complicaciones	Hereditario	Limitaciones	Discriminación	Complejos	Estética
L.E.C.M	Sedentarismo	Falta de ejercicio	Diabetes	Presión	Riñones	Embolia	Circulación	Muerte		
E.F.R	Enfermedad	Mala alimentación	Comida grasosa	Comida chatarra	Diabetes	Hipertensión	Ejercicio	Comer mucho		
R.C.A	Enfermedad	Problemas cardiacos	Falta de ejercicio	Hipertensión	Comer de más	Diabetes	Comer sin hambre	Tomar refresco	Frituras	Comer grasas
G.T.M	No poder hacer actividades	Riesgo de enfermedad	Molestan compañeros	Problemas a largo plazo	Trauma	Depresión	Se sienten aislados	Se molestan por no comer lo que quieren	Cansados	
I.A.B	Mala alimentación	Gordito	Malas costumbres	Enfermedad	Baja autoestima	Falta de ejercicio	Pasividad	Dificultad		
E.O.E.G	Comen mucho	Enfermos de algo	Alimentos altos en grasa	Personas que no hacen nada	Hamburguesas	Están gorditas	No hacen ejercicio	Nada más comen y duermen		
E.H.G	Estar sanos	Cuidarse	Quererse	Corazón	Enfermedad	Diabetes				
V.V.V.C	Enfermedad	Solución	Disciplina	Continuidad	Curable	Determinación	Ejercicio	Alimentación sana	Fealdad	Trauma
M.J.O.C	Enfermedades	Ansiedad	Inseguridad	Burla	Miedo	Cansancio	Comida	Fritangas	Problema	Peligro
J.P.M	Mala alimentación	Enfermedad	Ejercicio	Cansancio	Flojera	Gordito	Cachetón	Panzón	Dulces	Galletas
S.M.G	Tener respeto	Ser responsable	Ser atento	Tener mi cuarto ordenado	Cumplir con mis tareas	Cumplir con horarios	Tener disposición	Saber escuchar	Hacer lo que me manden	Confianza
A.C.R.V	Mala	Desorden	Algo falta	Físico	Imagen	Autoestima	Esfuerzo			
J.J.M.I	Mala	Gula	Obsesivo	Niños	Adultos	Información	Inconsciencia	Casa	Vacaciones	Vacío
I.R.N.L	Descuido	Gordura	Peligrosa	Cuidado	Preocupación	Miedo	Atención			

Cuadro 13. Palabra estímulo "Obesidad". Respuestas obtenidas de las madres.

VALORES SEMÁNTICOS	10	OP	T	9	OP	T	8	OP	T	7	OP	T	v	OP	T	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VMT	
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4				5		6			7			8			9			10				VMT
Adultos													1	1x6	6																	6
Algo falta							1	1x8	8																							8
Alimentación sana																						1	1x3	3								3
Alimentos altos en grasa							1	1x8	8																							8
Ansiedad				1	1x9	9																										9
Atención																			1	1x4	4											4
Autoestima																1	1x5	5														5
Baja autoestima													1	1x6	6																	6
Burla										1	1x7	7																				7
Cachetón																			1	1x4	4											4
Cansados																									1	1x2	2					2
Cansancio							1	1x8	8	1	1x7	7				1	1x5	5														20
Casa																						1	1x3	3								3
Circulación																			1	1x4	4											4
Comen mucho	1	1x10	10																													10
Comer de más													1	1x6	6																	6
Comer grasas																												1	1x1	1		1
Comer mucho																						1	1x3	3								3
Comer sin hambre																			1	1x4	4											4
Comida																			1	1x4	4											4
Comida chatarra										1	1x7	7																				7
Comida grasosa							1	1x8	8																							8
Complejos																									1	1x2	2					2
Complicaciones													1	1x6	6																	6
Continuidad										1	1x7	7																				7
Corazón										1	1x7	7																				7
Cuidado										1	1x7	7																				7
Cuidarse				1	1x9	9																										9

CONJUNTO SAM PARA OBESIDAD		
conjunto SAM	valor M total	valor FMG
Enfermedad	61	100%
Diabetes	34	55.73%
Falta de ejercicio	22	36.06%
Cansancio	20	32.78%
Mala	20	32.78%
Mala Alimentación	19	31.14%
Ejercicio	16	26.22%
Gordito	14	22.95%
Hipertensión	12	19.67%
Miedo	11	18.03%
Comen mucho	10	16.39%
Descuido	10	16.39%
Enfermedades	10	16.39%
Estar sanos	10	16.39%
No poder hacer actividades	10	16.39%



Gráfica 5. Análisis de resultados. Palabra estímulo "Obesidad"

Los resultados obtenidos al presentar esta palabra estímulo a las madres revelan que la percepción de la obesidad está relacionada con trastornos y enfermedades tanto físicas como psicológicas; así como, con incapacidad para realizar actividades e inadecuación social.

CAPÍTULO IV: DISCUSION Y CONCLUSIONES

A continuación se presentan una serie de conclusiones parciales obtenidas a lo largo de la investigación que posteriormente serán integradas en conclusiones generales de acuerdo a las teorías consultadas, la metodología utilizada, los objetivos planteados; así como los supuestos teóricos y las preguntas de investigación.

- Al contrastar los resultados de la palabra estímulo “hijo” con los obtenidos de la palabra estímulo “obesidad” podemos concluir que existe ambivalencia por parte de la madre en la concepción de su hijo, lo anterior se basa en el hecho de que conciben al hijo como algo muy positivo, una prioridad que implica alto grado de responsabilidad; sin embargo, la obesidad es para ellas un estado indeseable de enfermedad que trae consigo serias consecuencias, por tanto el hecho de tener un hijo obeso es contradictorio pues representa por un lado algo maravilloso que a su vez refleja enfermedad y rechazo social.
- Por otro lado la ambivalencia se puede observar en el significado que tiene para ellas ser madre. La maternidad es concebida en la mayoría de los casos como cuidado, se ven a sí mismas como responsables de sus hijos y de proveerles cariño y atención, se sabe que la principal característica física de estos pequeños es el sobrepeso y la obesidad, dicha condición es percibida por las madres como consecuencia del descuido por lo que se puede interpretar que no han puesto la suficiente atención a sus hijos.
- Siguiendo la línea de la percepción que tienen de la obesidad se puede interpretar que las madres presentan agresividad y rechazo reprimido hacia sus hijos, pues la holgazanería y la incapacidad para realizar actividades son conceptos relacionados con el estar obesos que inconscientemente adjudican a sus hijos que padecen de esta enfermedad.
- Todos los niños sujetos de investigación se encuentran atravesando la niñez, al presentar esta palabra estímulo a sus madres encontramos que perciben esta etapa como de juego y diversión, con pocas

responsabilidades y llena de inocencia, en el caso de sus hijos dicha etapa se ve ensombrecida por la obesidad que los incapacita y los vuelve socialmente inadaptables, víctimas de burlas y rechazo.

- En cuanto al significado que le dan a la alimentación, se concluye que las madres tienen claro que es algo muy importante para un sano desarrollo y que debe ser balanceada, en general mencionaron alimentos altamente nutritivos; sin embargo al ver que en general relacionan la obesidad con malos hábitos alimenticios se puede interpretar que buscan aceptación social al mencionar dichos alimentos y que en general no es esto lo que promueven en sus hogares.
- Las madres de estos niños han promovido una barrera entre ellas y sus hijos, esto se ve reflejado en la percepción que tienen los niños de que sus madres son inaccesibles y rígidas, dicha barrera provoca en el niño inseguridad y repercute en su autoestima, pues como se puede comprobar en el marco teórico los autores coinciden en que la base de una buena autoestima está en la relación con la madre y en la aceptación que está proyecta en su hijo. La teoría de Bowlby al respecto menciona como uno de los factores de riesgo en la crianza el rechazo inconsciente oculto tras una actitud cariñosa.
- La concepción que las madres tienen de la obesidad y su propio rechazo hacia las personas obesas, (incluyéndose a sí mismas pues en la mayoría de los casos ellas también padecen obesidad), repercuten en el autoconcepto y la autoaceptación de los niños pues su autoestima refleja necesidad de aceptación y la preferencia por ser pequeños o esbeltos, la mayoría de ellos se perciben como inadecuados y tienen problemas para relacionarse con el medio.
- En cuanto al nivel de autoestima de los niños, en general se observó que tienen una baja autoestima, son agresivos y retraídos, proyectan inseguridad y se sienten inadecuados, retomando el marco teórico podemos confirmar lo dicho por Álvarez (2006) en cuanto a los rasgos de

autoestima cuando se padece obesidad, menciona que son personas tristes, agresivas, retraídas, que se sienten rechazadas e inadecuadas.

En base a lo anterior se concluye que el objetivo general de la investigación se cumplió satisfactoriamente pues se logró por medio de la técnica de redes semánticas describir la percepción que tienen las madres de la obesidad en general y contrastarla con la percepción que tienen de sus hijos.

El test proyectivo HTP permitió conocer la influencia de la percepción de la obesidad por parte de las madres que afecta de forma negativa la autoestima de los niños, pues les transmite inseguridad y provoca falta de autoaceptación lo que los lleva a sentirse inadecuados y preferir la fantasía a la realidad.

Los objetivos específicos de la investigación fueron igualmente alcanzados pues se logró describir el estado psicológico de los niños con obesidad, en los aspectos de autoestima y autoimagen, cabe destacar que al contrastar los resultados con la teoría utilizada como marco de referencia los datos cobran validez pues coinciden con los propuestos por los autores.

La relación entre alimentación, maternidad y obesidad fue descrita de forma satisfactoria por medio de los resultados de las redes semánticas donde se obtuvieron datos acerca de la importancia que las madres le dan a los primeros dos conceptos y como al observar la realidad de los niños dicha importancia pierde consistencia convirtiéndose únicamente en conceptualizaciones socialmente aceptadas pero no aplicables a la relación que mantienen con sus hijos.

El primer supuesto teórico de la investigación estaba encaminado a confirmar el hecho de que las madres presentan cierta incapacidad para percibir adecuadamente el grado de obesidad de sus hijos; como se ha venido mencionando esto se comprobó pues las concepciones de sus hijos contrastadas con las de la obesidad no tienen consistencia y en general son totalmente opuestas, por lo que se interpreta que la madre no logra integrar adecuadamente al niño con su condición física.

Lo anterior permite confirmar el segundo supuesto teórico que está relacionado con la ambivalencia existente en la relación madre-hijo y que es evidente al contrastar (como ya se hizo) los resultados de la técnica de redes semánticas para las palabras “maternidad”, “hijo”, “niñez”, que son tres condiciones existentes en los sujetos de investigación con los resultados de la palabra “obesidad” que se considera como una de las principales características físicas de los niños estudiados.

El último de los supuestos teóricos planteados al inicio de la investigación hace alusión a la baja autoestima que presentan los niños con este padecimiento, lo cual se comprueba ya que 15 de los 16 niños estudiados tienen autoestima baja y se plantea que esto es consecuencia en gran medida del rechazo y la frialdad percibida de la relación con su madre.

El enfoque metodológico planteado, mixto, ha sido eficaz para el tipo de estudio que se realizó pues permitió profundizar en cada uno de los casos y obtener mucha mayor riqueza de información, el número de participantes fue suficiente para que se justificaran los resultados a la luz de las teorías utilizadas como marco referencial.

En cuanto a las técnicas utilizadas se consideran adecuadas para el tipo de estudio pues, como ya se mencionó, arrojaron los datos suficientes para cumplir con los objetivos de la investigación y permitieron hacer los cruces de información pertinentes, por lo que se concluye que la técnica de “Redes semánticas” y el test HTP fueron compatibles en el tipo de investigación realizada.

A manera de conclusión final la respuesta a la pregunta de investigación ¿Cómo es la percepción de la obesidad en madres de niños obesos y cuál es la influencia de dicha percepción en la autoestima del niño?

La percepción de la obesidad se compone de factores negativos que influyen igualmente negativamente en la autoestima de los niños.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las principales limitantes que se encontraron al realizar la presente investigación fueron:

- El no encontrar una escuela donde se pudiera trabajar, en un inicio se pensó en llevar a cabo la investigación en un colegio privado; sin embargo cuando se les planteo la posibilidad a las mamás, éstas se negaron alegando que sus hijos no tenían problemas y que por tanto no era necesaria una intervención de ningún tipo en el instituto.
- Cuando se logró el permiso para trabajar en la primaria “José María La Fragua” el siguiente obstáculo que se presentó fue la forma en que se seleccionaría la muestra, pues se corría el riesgo de herir susceptibilidades tanto de los niños como de sus mamás, para lo anterior se recurrió al apoyo de la maestra de deportes quien seleccionó a los pequeños sin evidenciar las causa de la canalización.
- Al trabajar con las madres, la forma en que se les presentaría la investigación se convirtió también en un conflicto pues si se les presentaba como un estudio de obesidad infantil podían entrar en juego sus defensas y rehusarse a participar, por lo que únicamente se les mencionó que se trataba de un estudio con respecto a la relación madre-hijo.
- Al terminar la aplicación del HTP se les envió un citatorio a través de los niños a las mamás, algunos de ellos no fueron entregados por lo que las señoras no asistieron, otras faltaron por motivos de trabajo u olvido. Las madres que sí se presentaron a la reunión no eran suficientes para justificar la muestra por lo que se debió dar seguimiento al resto y visitarlas una a una en sus casas para el levantamiento de la información. Una de las madres fue imposible de localizar pues viaja constantemente.
- Quizá una de las limitantes más significativas está relacionada con la madre de S.M.G que al contestar el cuadernillo de redes semánticas en la

palabra estímulo “obesidad” leyó “obediencia” dejando anulado el instrumento.

Las sugerencias que se desprenden de esta investigación tienen que ver con:

- La realización de talleres de autoestima en la niñez enfocados principalmente a niños con obesidad.
- Talleres de reforzamiento del vínculo madre-hijo si éste último padece obesidad, enfocados a promover la aceptación.
- Intervención nutricional en escuelas primarias.

Se considera importante continuar estudiando la vinculación madre-hijo y dar seguimiento al desarrollo personal de los niños obesos, se recomienda hacer estudios de caso para conocer las similitudes y diferencias en la crianza de los niños con este padecimiento y de esta forma poder plantear estrategias de prevención y solución desde lo psicológico.

En el caso de los niños sujetos de estudio se recomienda acudir a tratamiento psicológico y nutricional para corregir el problema físico y disminuir lo más posible sus efectos psicológicos.

REFERENCIAS

- Álvarez, R. (2006). *Obesidad y autoestima*. México: Plaza y Valdez.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Asebey, A. (2004) ¿Maternidad versus sexualidad? En: Revista electrónica de psicología la misión facultad de Psicología de la Universidad de Querétaro. Feb.
- Bartley, H. (1976). *Principios de percepción*. México: Trillas.
- Bellak, L. (2000). *T.A.T, C.A.T Y S.A.T., uso clínico*. México: Manual Moderno.
- Barry T. (1993) *La relación más temprana padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós: Barcelona
- Betancourt, L. (2007) *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. En: Revista Universidad medica 48 nº3
- Bowlby J. (2006). *Vínculos afectivos, formación desarrollo y pérdida*. Morata: Madrid.
- Calzada, R. (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. México: ETM
- Carterette, P. (1982). *Manual de percepción: Raíces históricas y filosóficas*. México: Trillas.
- Dolto, F. (2004). *Psicoanálisis*. Francia: SXXI.
- Espino, E. (2008). *La autoestima ante la presencia de obesidad infantil: un estudio comparativo*. Tesis. Michoacán: UMSNH.
- Everingham C. (1997). *Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología*. Narcea: España.
- Forgus, H. (1989). *Percepción, estudio del desarrollo cognoscitivo*. México: Trillas.
- Freud, S. (1905-1998). *Tres ensayos de una Teoría Sexual*. Obras completas. Col. VII. Argentina: Amorrortu.

González-Arratia, N. (2001). La autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. México: UAEM

Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ªed). México: McGraw Hill.

Hurlock E. (1988). *Desarrollo del niño*. México: Mcgraw hill

Instituto de desarrollo psicológico (1998). Test HTP (House, Tree, Person). En www.indepsi.cl.

Koppitz, E. (1984). El dibujo de la figura humana en los niños. Argentina: Guadalupe.

Latirgue, B. (1998) *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Una visión de profesionales de la salud*. México: Plaza y Valdés

López, F. (s/f) La formación de vínculos sociales.

Magallón, C (2006). Mujeres en pie de paz. S. XXI: España.

Mahler, M. (2002). El nacimiento psicológico del infante humano, simbiosis e individuación. Enlace editorial

Maier, H. (1984). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu.

Méndez-Sánchez, N. (2005). *Obesidad, conceptos clínicos y terapéuticos*. México: Masson Doyma.

Molina M. (2006) Psykhe Santiago de Chile v.15 n2

Moreno, B. Charro A. (2007). Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategia Naos. Barcelona: Panamericana.

Papalia, E. (2001). *Desarrollo Humano. Colombia: McGraw Hill*.

Peña, M. (2000). La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública. México: Organización Panamericana de la salud.

- Reyes N. (Comp.) (2000) Observación de bebés. Plaza y Valdés: México.
- Rodríguez, M. (1988). Autoestima: Clave del éxito personal. México: Manual Moderno.
- Ruiz, M. (2003). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes*. España: Díaz de Santos.
- Shaffer, D. (1999). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thompson.
- Sirvent, M. (2003) "El proceso de investigación, las dimensiones de la metodología, y la construcción del dato científico. México: Facultad de Filosofía y letras.
- Tinajero, M. (2009). Percepción materna de la malnutrición: ¿las madres de familia reconocen el sobrepeso y la obesidad en sus hijos? Michoacán: UVAQ.
- Torres, E. (2008). *Psicodinamia de la obesidad infantil: Estudio de caso*. Tesis. Michoacán: UMSNH.
- Vázquez, V. (2001). *Psicología y la obesidad*. En: Revista de endocrinología y Nutrición (vol. 9, nº2), (versión electrónica). México: Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología.
- Vera, J., Pimentel C. (2005). *Redes semánticas: Aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos*. En: Ra Ximha (v1, nº003) (Versión electrónica) México: Universidad Autónoma Indígena de México.
- Vivas, J. (2007). *Evaluación de las redes semánticas de conceptos académicos en estudiantes universitarios*. En: Psico-USF (v1, nº12). (Versión electrónica). Madrid.
- Wadden T. (2005) Obesidad guía para los profesionales de la salud mental. Barcelona: Masson
- Zazzo, R. Tratado de psicología del niño. 2ªed. Morata. Francia. 1980.245-252.

Zimmet, P. (2005). Una nueva definición mundial de síndrome metabólico propuesta por la federación Internacional de diabetes: fundamentos y resultado. En *Revista española de cardiología* (58,12).

ANEXOS

ANEXO 1

Citatorio para madres de familia

Estimada madre de familia:

Por medio del presente me permito informarle que si hijo (a) fue seleccionado para participar en la investigación titulada “La percepción materna y su influencia en la autoestima de los niños”, por lo que solicito su presencia en el aula CAS de esta institución educativa el día 20 de septiembre a las 10 am para resolver cualquier duda acerca de la investigación; así como terminar el levantamiento de la información.

Agradeciendo su atención quedo a sus apreciables órdenes.

P.Psic. María José Tinajero Trejo.

ANEXO 2

Cuadernillo de “Redes semánticas”



Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Hijo (a):

Fecha de aplicación:

Observaciones:

Maternidad

1. _____ ()

2. _____ ()

3. _____ ()

4. _____ ()

5. _____ ()

6. _____ ()

7. _____ ()

8. _____ ()

9. _____ ()

10. _____ ()

Hijo

1. _____ ()
2. _____ ()
3. _____ ()
4. _____ ()
5. _____ ()
6. _____ ()
7. _____ ()
8. _____ ()
9. _____ ()
10. _____ ()

Obesidad

1. _____ ()
2. _____ ()
3. _____ ()
4. _____ ()
5. _____ ()
6. _____ ()
7. _____ ()
8. _____ ()
9. _____ ()
10. _____ ()

Alimentación

1. _____ ()

2. _____ ()

3. _____ ()

4. _____ ()

5. _____ ()

6. _____ ()

7. _____ ()

8. _____ ()

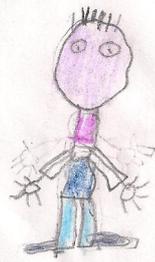
9. _____ ()

10. _____ ()

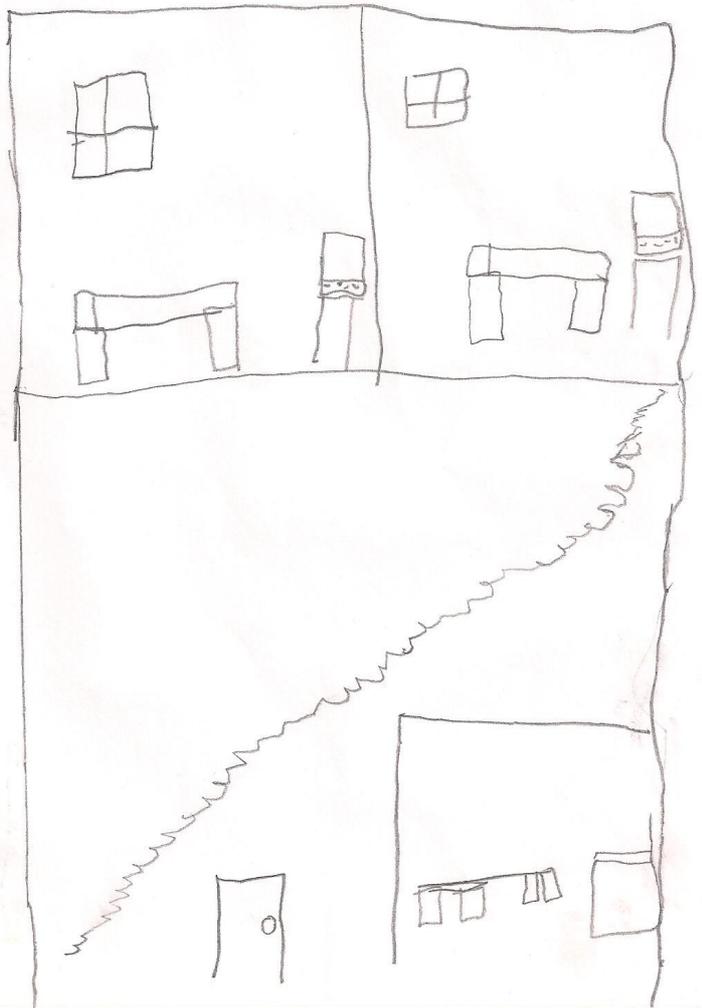
ANEXO 3

TEST HTP, Dibujos de casa y persona realizados por los 16 niños objeto de estudio

R.C.A.



R. C. A.



E.O.E.

M



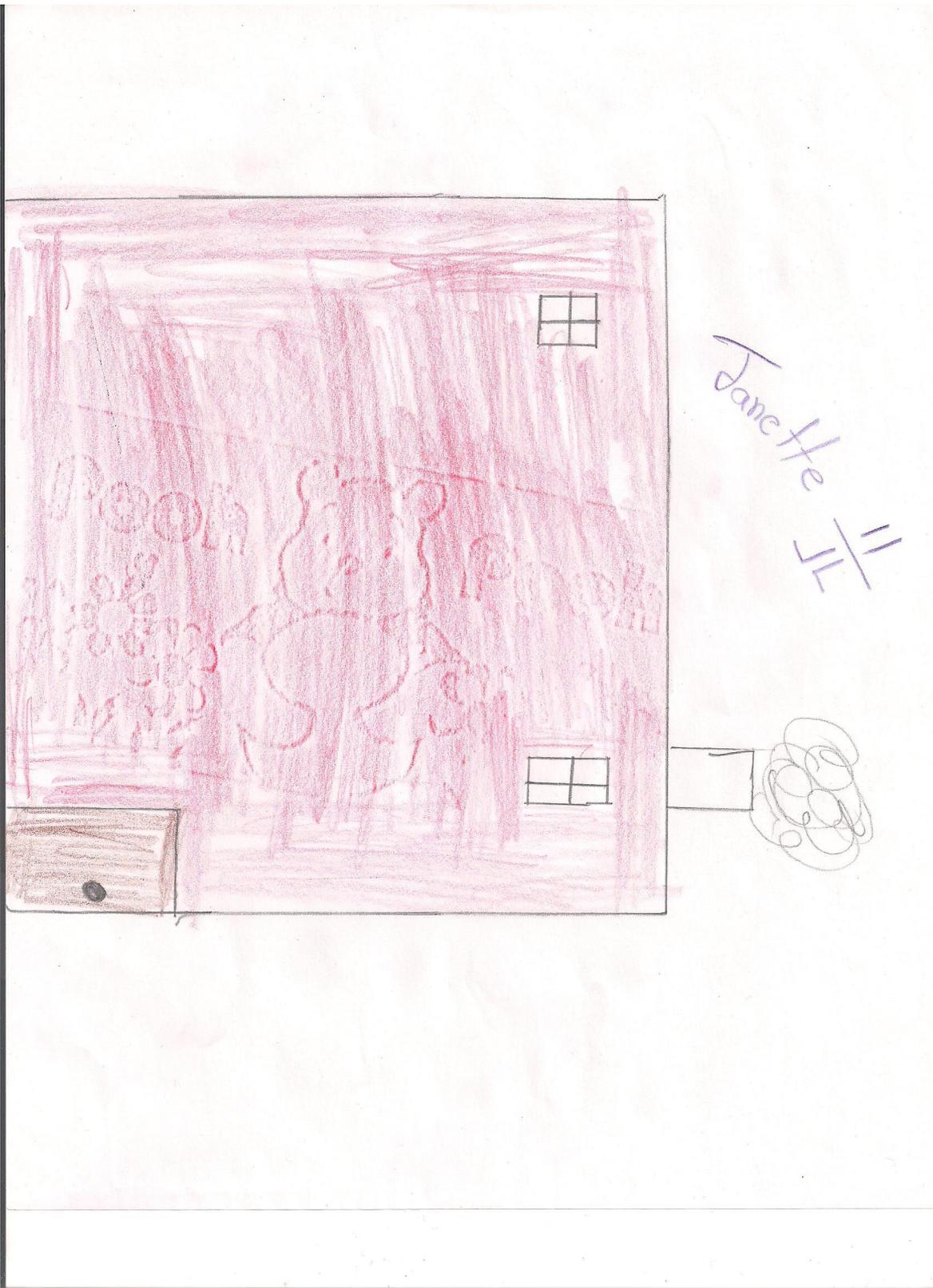
W



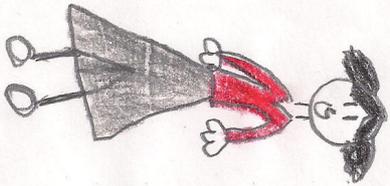
5.0 5.6

4.P.M

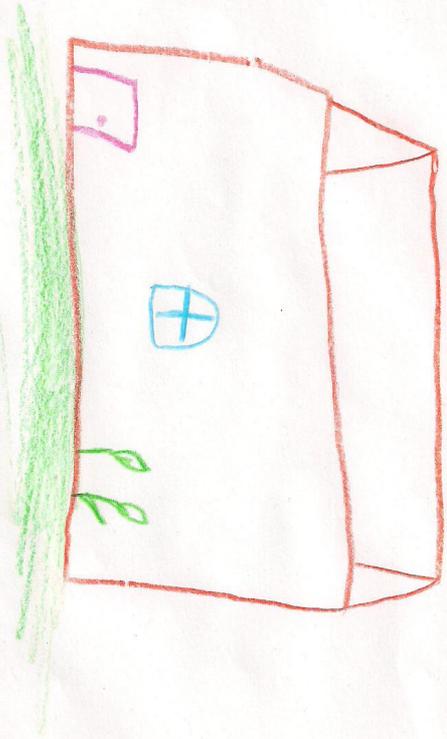




Janette 11/11



A.C.R.V.

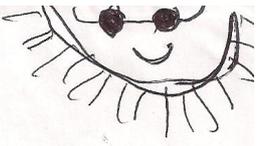


ACRY

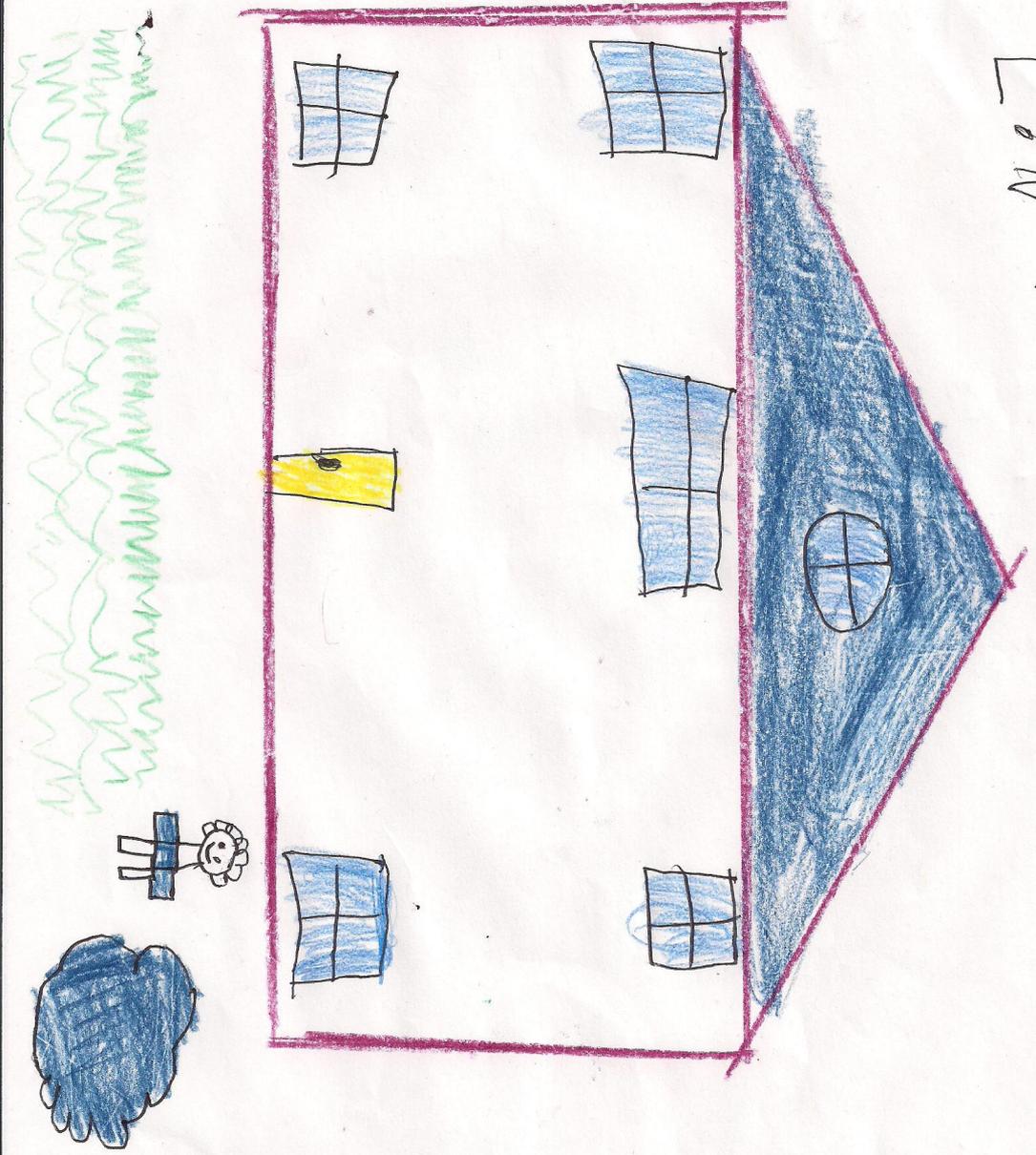
E.R.G.

2/



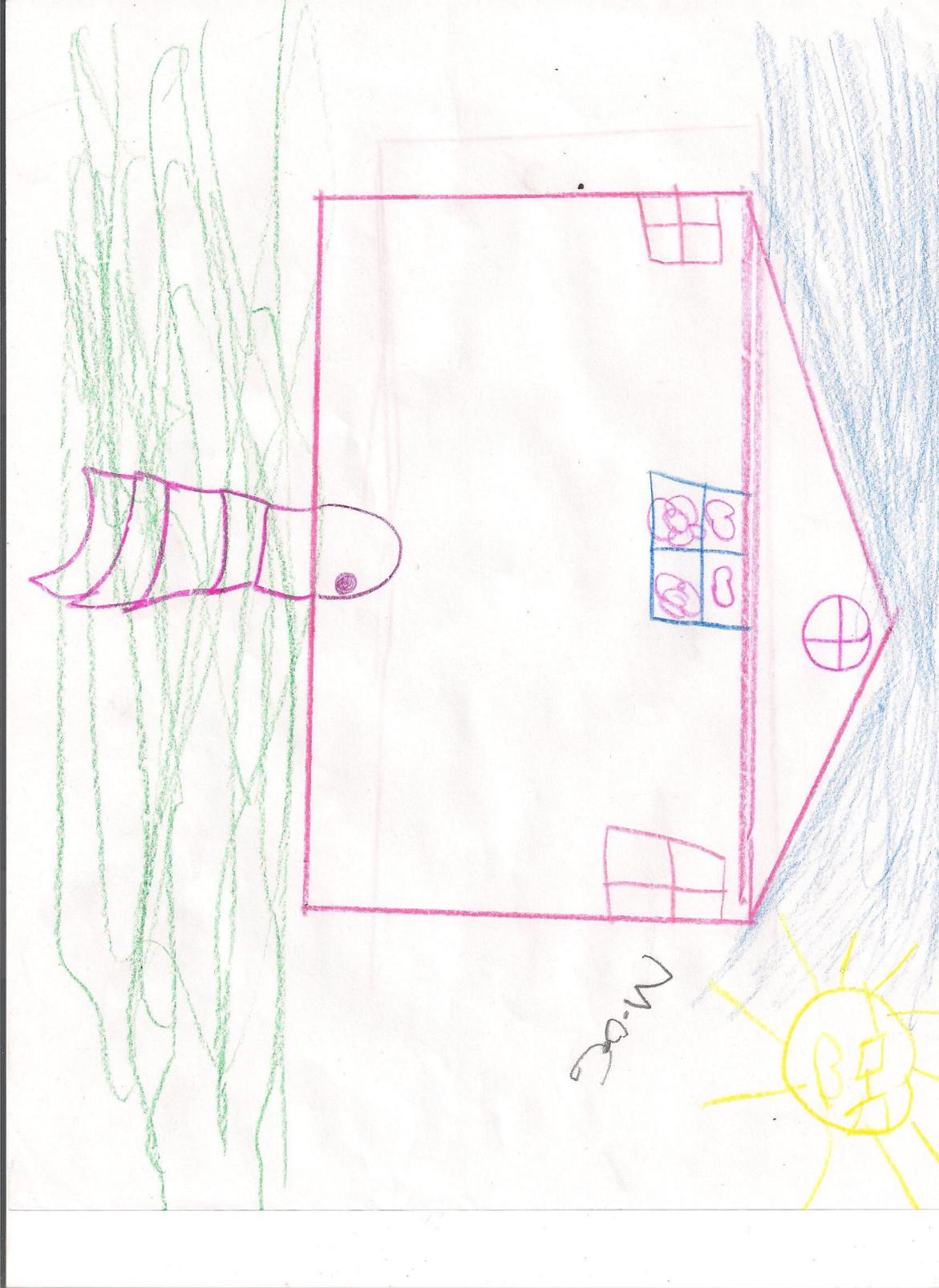


E-N-1



M.J. O

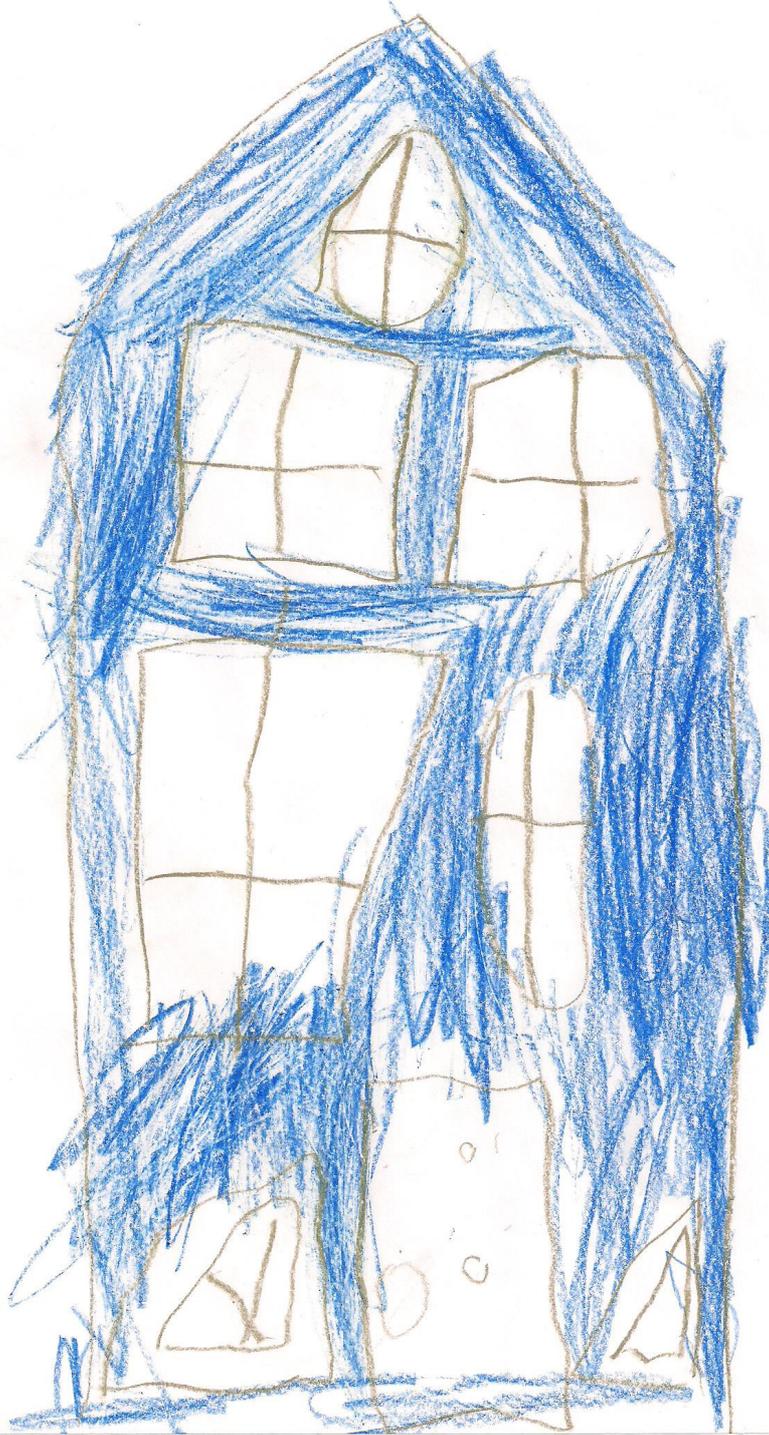




J. R. V. L.



J.R.V.L.



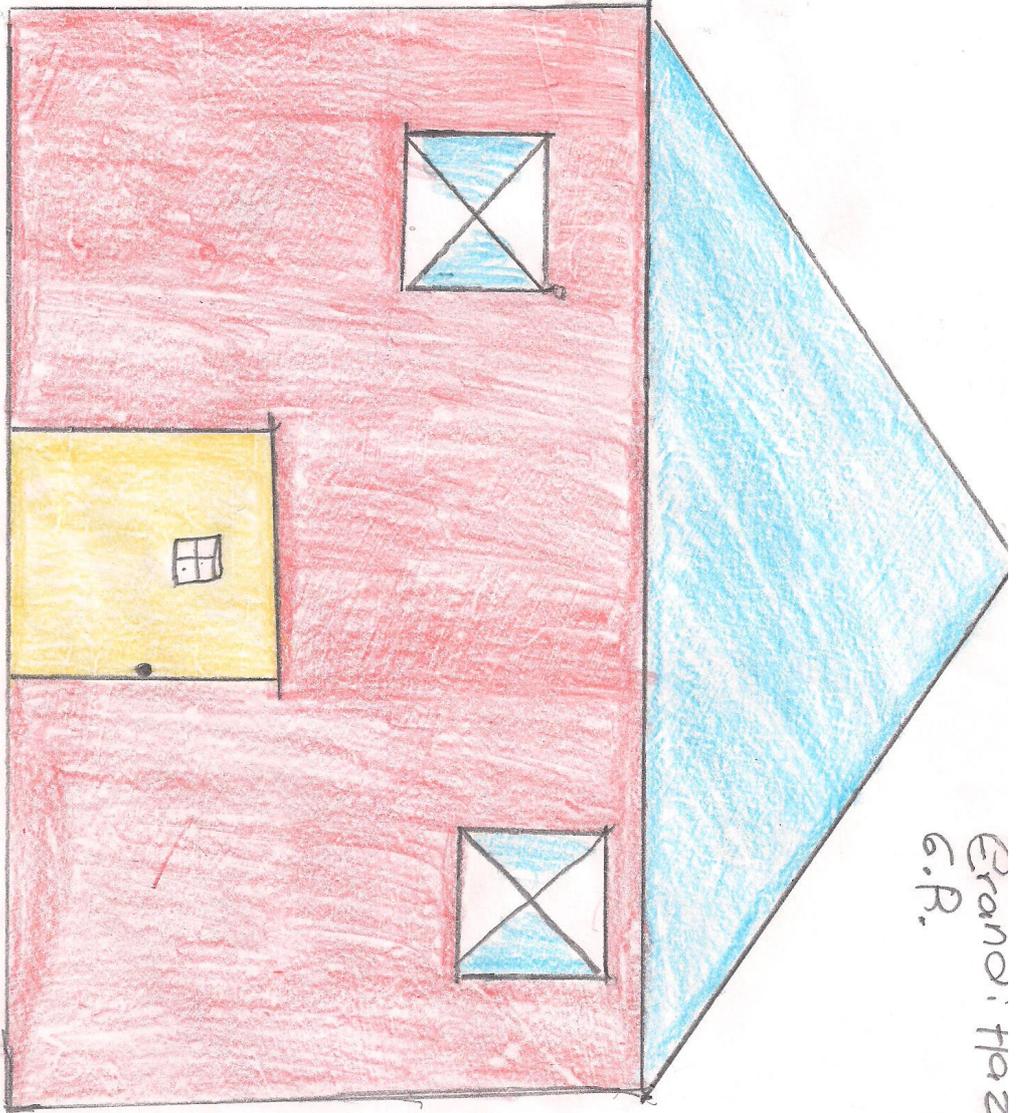
E.F.R.





E. H.





Grandi: Hazei
G.R.

D.R.E.

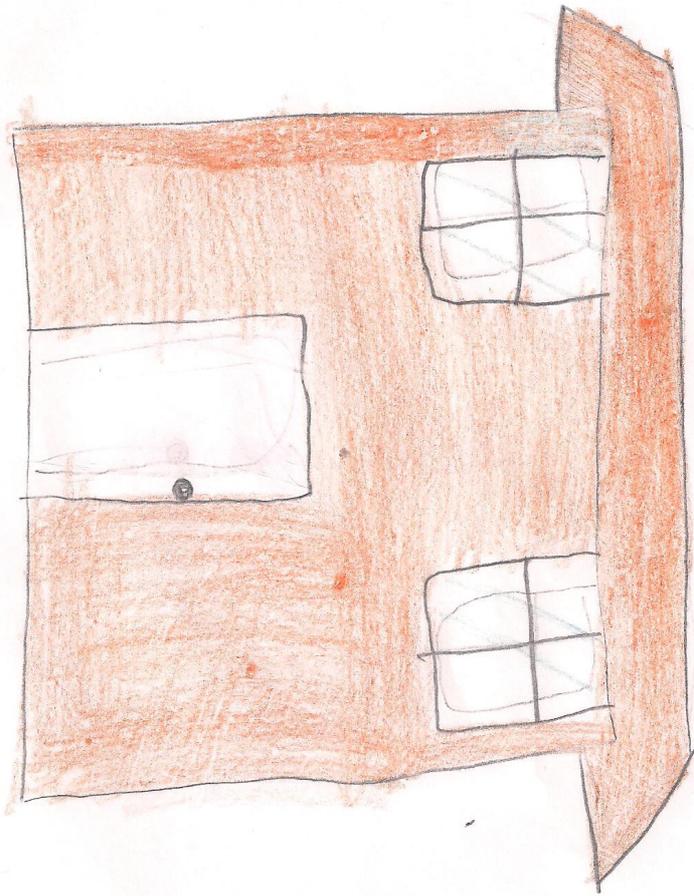


D.F.E



J. J. M. G.



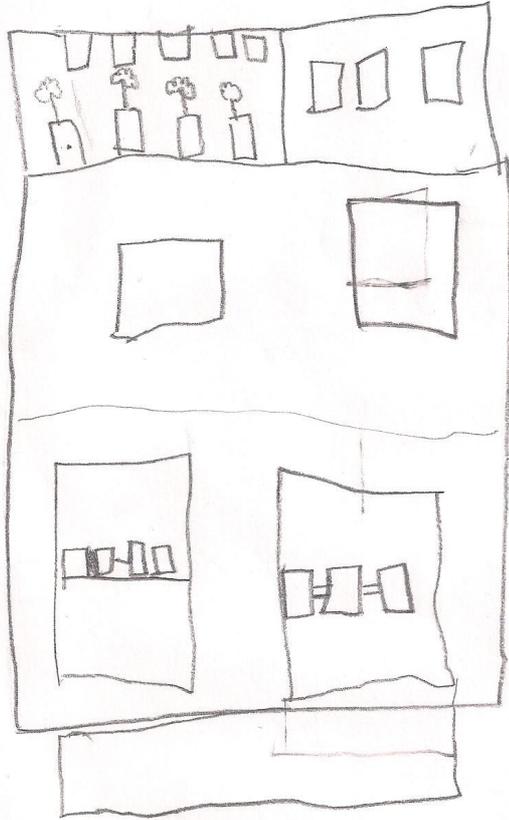


TWCC

S.M.G.



S. M. G.



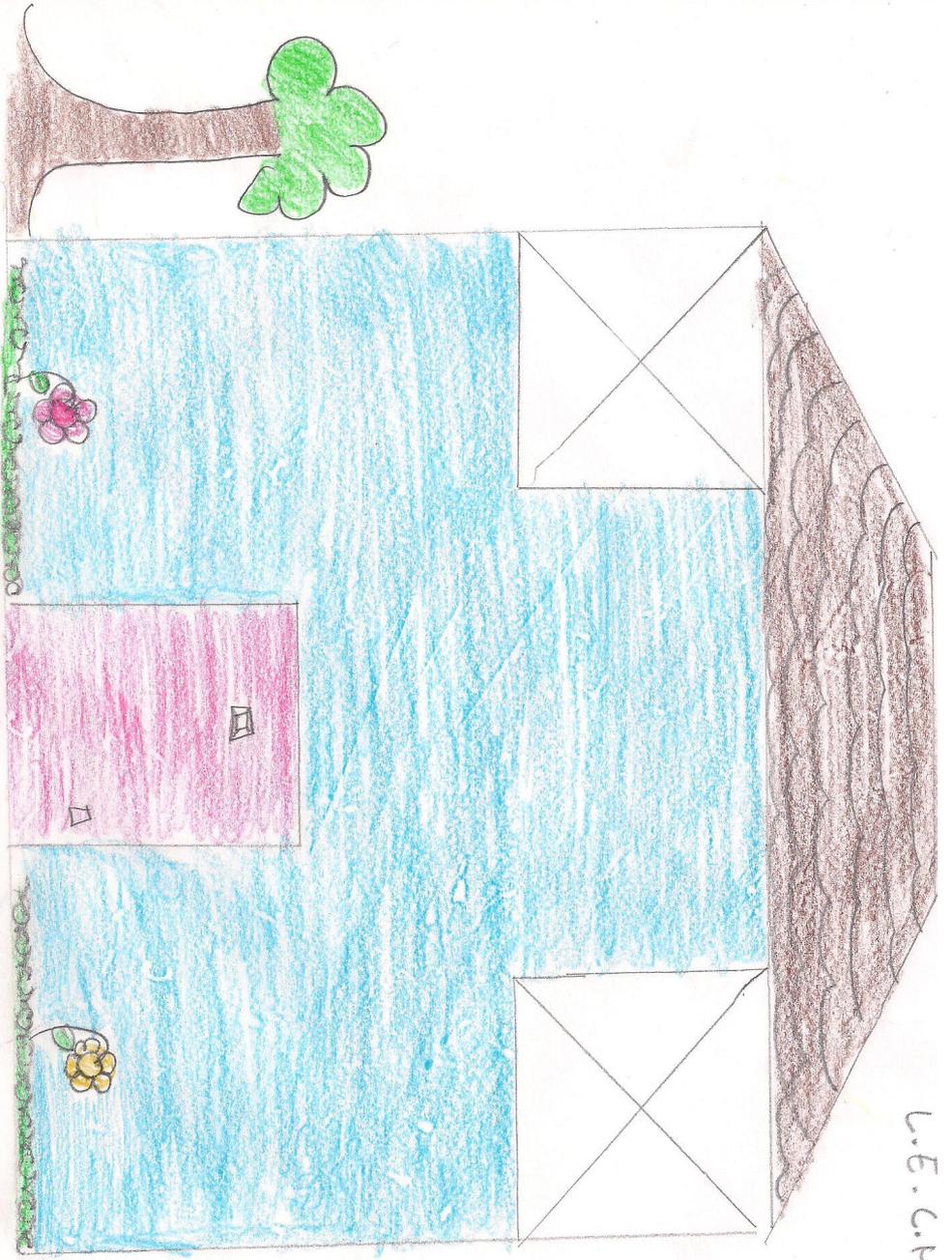
Germán



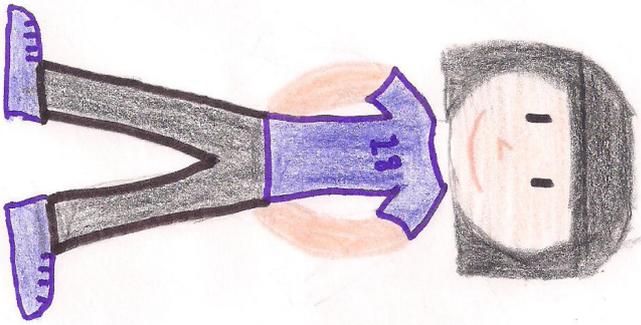




L.E.C.M.

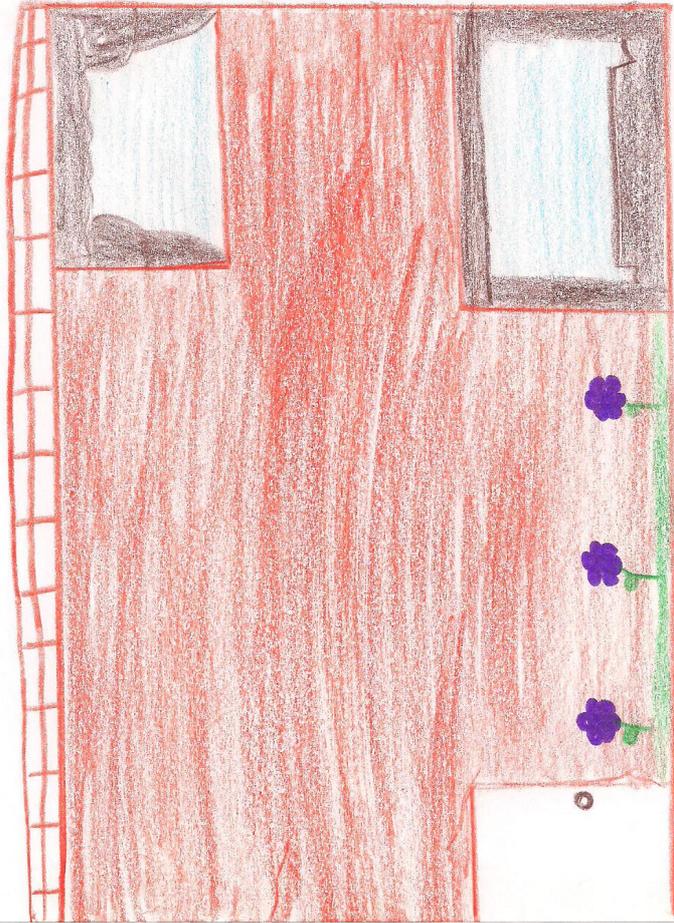


L.E.C.H.



L.A. 13

J.A.B.



V. V. V. C.



Vc Vc

